



Valoració de la necessitat del psicòleg a urgències

Treball de Final de Grau en Psicologia

ALMENDROS PAVÓN, Alba

Tutor: Agustí Comella Cayuela

Curs 2014-2015

Universitat de Vic - Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes

15 de maig de 2015

*"Ante una situación anormal,
la reacción anormal constituye una conducta normal"*
V. Frankl

Resum

La psicologia de les emergències i desastres, tot i ser un àmbit encara emergent en certa mesura, compta amb uns àmbits d'actuació concrets, un perfil del professional que hi treballa definit i unes funcions pròpies. Aquest treball té com objectiu investigar la importància i la necessitat de la figura del psicòleg de les emergències com a professional integrat del servei d'urgències dels hospitals generals, per tal de oferir una atenció assistencial integrada i prevenir possibles psicopatologies derivades de l'emergència. Els objectius d'aquesta recerca es centren en conèixer els protocols d'actuació en cas d'emergències, catàstrofes i desastres per tal d'entendre millor com es coordinen aquestes situacions; en establir la relació dels canvis fisiològics i psicològics que patim davant d'aquestes circumstàncies; destacar el paper de suport cap a víctimes i familiars; analitzar i descriure l'estat actual de l'atenció d'emergències tant al nostre país com a altres països i conèixer la prevalença i el tipus de patologies que se'n deriven amb més freqüència.

Per tal d'investigar si la societat pensa que es troba la mancança d'un professional de la psicologia, s'ha creat un breu qüestionari online que han respost un total de 151 subjectes. L'anàlisi dels seus resultats ens ha ajudat a concloure que hi ha una demanda present de la societat cap a una intervenció psicològica en emergències i que la figura d'un psicòleg d'emergències a urgències es percep com essencial tant per a prevenir el desenvolupament de psicopatologies com per a pal·liar l'ansietat i el desconcert que aquestes situacions desencadenen.

* Paraules clau: Emergències; TEPT; Catàstrofes; Desastres; Víctimes; suport immediat; primers auxilis psicològics; crisi

Abstract

The psychology of emergencies and disasters, though it is still an emergent field in a certain extent, has some specific areas of action, a defined professional profile that works and particular functions. This research has the aim to investigate the importance and the need of the figure of the emergency psychologist as a integrated professional inside the emergency unit of the general hospitals, in order to provide integrated care

and attention to prevent possible psychopathologies derived from the emergency itself. The goals of this research focus on knowing the action protocols in case of emergency, catastrophe and disaster in order to have a better understanding about how this situations are being coordinated; in establish the connection between the physiological and psychological changes that we suffer in this circumstances; highlight the support role towards the victims and the relatives; analyze and explain the current state of emergency care both in our country and others and knowing the prevalence and the type of pathologies which are most often derived.

In order to research if the society believes that there is a lack of a psychology professional an online questionnaire has been created, with a total of 151 participants. The analysis of this results helped us to sum up that there is a current demand from the general population towards a psychological intervention within the emergency field and the figure of an emergency psychologist among emergency unit is perceived as an essential professional to prevent the development of psychopathologies and to palliate the anxiety and the bewilderment that this situations trigger.

* Key words: Emergency; PTSD; Catastrophes; Disasters; Victims; immediate support; psychological first aid; crisis

Sumari

1. Introducció.....	6
2. Fonamentació teòrica.....	9
2.1 Conceptes clau	10
2.2 Coordinació a urgències i emergències.....	11
2.2.1 Suport psicològic a la víctima i a les famílies.....	13
2.3 Teories psicològiques.....	14
2.3.1 Aproximació al trauma.....	15
2.3.2 Fisiologia de l'estrès: bases neuroendocrines.....	15
2.4 Primers auxilis psicològics.....	17
2.4.1 Reaccions emocionals davant la crisi.....	17
2.5 Psicopatologies derivades.....	19
2.5.1 Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT).....	19
2.6 Estat actual de la psicologia de les emergències a Espanya.....	20
2.6.1 Altres països.....	21
3. Part pràctica de recerca.....	23
3.1 Disseny de l'estudi.....	23
3.2 Mostra.....	23
3.3 Instruments de muesra.....	24
3.4 Metodologia.....	25
3.5 Anàlisi estadístic.....	25
3.6 Resultats.....	26
4. Discussió dels resultats.....	35
5. Conclusions	38
5.1 Línies d'estudi a seguir i possibilitats.....	39
6. Bibliografia	41
7. Annexos	44
7.1 Annex I: El qüestionari.....	45

1. Introducció

Avui dia, quan parlem de les víctimes d'una gran catàstrofe o d'un desastre, es dona per entès que aquestes han rebut l'assistència adequada, tant física com psicològica. Però, què passa quan es tracta de la víctima d'un accident de trànsit? Si ho comparem amb un terratrèmol, per exemple, aquest esdeveniment tindrà una repercussió mediàtica molt important així com l'activació de recursos socials i institucionals i un interès o seguiment posterior a l'accident. En canvi, quan parlem d'un accident de trànsit o qualsevol altre emergència que adopta un caràcter quotidià, no rebrà la mateixa alerta. Però en què es diferencien el dolor per la pèrdua d'un ésser estimat per un error a la maquinària d'un avió o a la d'un cotxe? Per què l'atenció que es proporciona tant a les víctimes de primer grau (víctima directe) com a les de segon grau (familiars i amics) hauria de ser diferent? Sempre que ens trobem davant d'una emergència (independentment de la seva magnitud), tant nosaltres com el nostre entorn es trobarà davant d'una situació de desconcert, cosa que provocarà una crisi que redueixi la nostra capacitat de reacció.

Altres dades o conclusions com les investigacions de Schuchter i Zisook (1987) han posat de manifest que una primera ajuda psicològica té una influència positiva sobre les reaccions psíquiques de les víctimes, afavoreix a la resolució de les seqüeles de després de l'esdeveniment traumàtic i facilita la noció de control de la situació i, conseqüentment, el control de les pròpies reaccions. Un bon abordatge psicològic aconseguiria reduir els efectes de l'estrès, millorant tant la seva salut com la societat en general, reduint les despeses de diferents malalties potenciades arrel d'això. El psicòleg pot ajudar a enfocar de manera adaptativa l'espera, l'angoixa, els tràmits legals, l'inici del dol (si fos necessari) i tots aquells aspectes que poden generar confusió i embotiment psicològic en una situació derivada d'una emergència. En resum, la possibilitat d'un recolzament psicològic de manera immediata facilita la capacitat d'afrontament de la situació i redueix l'aparició de la victimització secundària¹.

¹ Patiment psicològic afegit als afectats degut a una inadequada atenció per part dels professionals que intervenen i/o les institucions implicades.

Derivat d'aquestes informacions, sorgeix aquest treball que pretén obtenir resposta a la pregunta: "És necessària la integració del psicòleg de les emergències als equips d'urgències hospitalàries?" I en referència a això, es presenten els objectius que envolten la recerca:

- Analitzar i descriure l'estat actual de les emergències
- Conèixer la importància del suport psicològic a la víctima i a la família
- Descriure els aspectes psicofisiològics relacionats amb el trauma o amb la posterior psicopatologia que pot desencadenar-se
- Conèixer la incidència i dades de les patologies derivades (son, conducta...)
- Conèixer els protocols d'actuació per a emergències (si n'hi ha), catàstrofes i desastres a Espanya.
- Conèixer la situació a altres països, per conèixer altres models que poguessin ser d'utilitat per a aquest treball.

Estructura

El següent treball està estructurat en tres apartats principals. El primer d'ells fa referència a la fonamentació teòrica, on es pretén exposar una síntesi de la informació i els estudis que giren vers la psicologia de les emergències i que són útils o imprescindibles per a poder entendre tota la recerca. Dins d'aquest gran apartat, es parla primer de certs conceptes claus, fent una ràpida repassada històrica a la intervenció en crisi, seguint amb l'explicació dels principis bàsics de la coordinació en urgències i emergències, mentre s'aprofundeix a la importància del suport tant a les víctimes com a les famílies d'aquestes. Seguidament s'esmenten algunes de les teories psicològiques que més s'han trobat relacionades amb la temàtica, sense deixar de banda la part biològica que hi participa. S'explica el concepte de primers auxilis psicològics i es descriuen les reaccions emocionals que acostumen a desencadenar-se davant de situacions de crisi, a la vegada que es parla del Trastorn per Estrès Posttraumàtic com exemple d'una de les psicopatologies més freqüentment derivades de les experiències traumàtiques, i es faciliten dades estadístiques sobre altres que també se'n deriven. Per finalitzar aquesta primera part, es donen dades sorgides d'estudis i recerques per a conèixer l'estat actual en que ens posicionem respecte a la psicologia d'emergències tant al nostre com a altres països.

El segon apartat se centrarà en la part pràctica del treball. Per a començar, es descriuen els objectius que es pretenen aconseguir, seguits de la presentació de la metodologia i la mostra que ha participat. Després es presenta el qüestionari utilitzat com a instrument per a la recollida de dades, on s'explica de quines preguntes es compona i què es pretén obtenir amb elles, juntament amb el procediment seguit des de la posada en marxa fins a l'anàlisi dels resultats. Tot seguit, es remarca que l'anonimat dels participants està assegurat i s'han tingut en compte els aspectes ètics des de l'inici del treball. Per últim, es realitza un anàlisi descriptiu de cada pregunta que compona el qüestionari, desglossant el número de participants i el percentatge que representen respecte a la mostra general. Per finalitzar, es realitza una discussió sobre els resultats obtinguts, on es remarquen aquells més rellevants tant positiva com negativament respecte a la figura del psicòleg d'emergències a urgències i altres observacions interessants. Posteriorment, es contrasten els resultats obtinguts amb els objectius principals que es plantejaven a l'inici de la recerca, s'estableix relació entre la part teòrica i la part pràctica, acompanyat d'una petita reflexió personal.

A mode de conclusions finals, es destaca la informació més rellevant que s'ha extret de la recerca i es puntualitzen certs obstacles o dificultats que han suposat un conflicte o endarreriment al moment de portar a terme aquest treball i possibilitats de cara a ampliar o profunditzar els aspectes que s'han pogut treballar.

2. Fonamentació teòrica

Al llarg de la història, sempre que es fa referència a la intervenció sobre esdeveniments traumàtics es mostra un especial èmfasi al voltant dels factors mèdics i socials de la crisi, però hem de tenir en compte que a aquests successos les víctimes no només experimenten morts, danys o malalties físiques i pèrdues econòmiques i materials, sinó que el seu equilibri mental i l'estat de salut psíquic també es troben afectats. Per tant, la intervenció que es realitza en aquests esdeveniments no s'ha de limitar a identificar símptomes i medicar i hospitalitzar als ferits (Organització Panamericana de la Salut, 2002).

Per tot això, ens trobem davant de la necessitat d'introduir intervencions que parteixin des de la concepció de generar un augment dels recursos personals i socials per a poder enfrontar els esdeveniments vitals estressants que puguin plantejar-se.

No s'estableix un moment clau en que la humanitat va començar a patir desastres, catàstrofes, crisis i emergències. Aquestes, ja fossin provocades per causes humanes, per accidents tecnològics o pel propi ésser humà, sempre han estat presents. I per aquest motiu hi ha hagut una necessitat d'investigar com podem prevenir aquests esdeveniments, aprendre a adaptar-nos a ells i a reaccionar, així com observar quines conseqüències tenen dins de les comunitats. Per tant, a la pràctica, parlem sense un inici clar. A la teoria, però, és a finals del segle XIX quan, arrel dels efectes i l'amenaça que la Primera Guerra Mundial suposa a la població, l'interès per aquest tema comença a prendre forma. Al llarg de la Segona Guerra Mundial apareixen referències i intervencions sobre les respostes d'estrès i dol dels combatents i les seves famílies i, un cop acabada, apareixen les primeres publicacions que recullen aquestes noves teories o conceptes.

Posteriorment, quan Eric Linderman i els seus col·laboradors, al 1942, analitzen els efectes de l'incendi del club Cocoanut Grove (Boston) en el que unes cinc-centes persones van perdre la vida, es comença a parlar d'intervenció en crisis i es refereixen un seguit de símptomes comuns que presenten les víctimes dels successos traumàtics (ansietat, pensaments i emocions recurrents, depressió, problemes de son²...).

² El que avui dia coneixem com Síndrome d'Estrès Post Traumàtic (De Nicolás, 1997).

Linderman també va aportar un principi essencial en la intervenció en crisi, exposant que les persones disposen d'una gran quantitat de recursos interns amb els quals poden enfrontar-se a les diverses crisi que poden presentar-se, però que a vegades aquests no són suficients i és llavors quan l'ajuda de professionals seria clau per a prevenir futures dificultats psicològiques.

A Espanya no es comencen a organitzar dispositius d'atenció psicològica en situacions d'emergència i desastres fins a que al 1996 té lloc, al camping de les Neus de Biescas (Huesca), una gran riada on van perdre la vida 87 persones i unes 183 van resultar ferides.

Un cop diversos investigadors fan recerca sobre el tema, es comencen a fer classificacions (segons agent causant; origen o factor desencadenant; velocitat d'inici i aparició; duració del factor desencadenant; repercussió sobre la comunitat; zona afectada; número de víctimes) i a crear conceptes que recullen aspectes comuns vers les situacions que estem descrivint, i que es convertiren en la base dels estudis sobre emergències i crisis.

2.1 Conceptes clau

Primer de tot, hem de tenir en compte que tant les crisis com les emergències, les urgències, els desastres i les catàstrofes tenen trets comuns i diferenciats, acostumant a diferenciar-se principalment per la seva magnitud. Per una banda, totes elles comparteixen el fet que són esdeveniments traumàtics i pertorbadors que irrompen imprevisible i accidentalment a les vides de persones, comunitats, entorns naturals o essers vius, posant de manifest la seva vulnerabilitat i arribant a convertir-se, en moltes ocasions, en greus amenaces. Tothom qui s'enfronta a una circumstància que respongui a aquestes característiques ha d'enfrontar-se a reaccions psicològiques semblants, variables en funció de les conseqüències (patiment, inseguretat, tristesa, por, ansietat, ira, adversitat...), a la vegada que es pateixen pèrdues materials i/o personals. Aquest fet provoca una desorganització dels patrons normals de la seva vida diària, cosa que pot causar des d'una pèrdua de l'estabilitat emocional momentània fins a greus trastorns mentals a llarg termini. Poden constituir, per tant, una situació de perill immediat per a la vida o la integritat física. Per l'altra banda, és clar que existeix una diferència respecte a la gradació dels efectes o les conseqüències que un fet específic pot tenir, així com

l'àmbit social i físic que comprèn. Aquestes s'organitzen d'una manera jeràrquica i, seguint la proposta d'Auf Der Heide (1989), podem entendre les *emergències* com el primer dels tres nivells, recollint aquí els fets en que els recursos mèdics i d'assistència local són suficients per a intervenir (per exemple, els accidents de tràfic). Posteriorment, parlariem dels *desastres* com els esdeveniments en que el nombre de ferits, de damnificats o els costos econòmics suposen una alarma a la població, i que impliquen la pèrdua o amenaça de la vida o la propietat, mentre que pertorben el sentit de la comunitat i provoquen conseqüències adverses per als supervivents. Per últim, les *catàstrofes* o desastres massius, en que les conseqüències destructives es troben més esteses i afecten a un nombre més gran de persones i bens materials, pel que suposen un gran esforç i coordinació per part de les institucions públiques i/o privades que es dediquen a l'auxili i protecció dels afectats al territori.

Qualsevol persona que es vegi exposada a una situació com les descrites anteriorment es trobarà exposada a patir un canvi sobtat que implica un estrès extrem. Quan un esdeveniment en particular suposa una amenaça per a l'estabilitat del nostre equilibri personal, tant positiu com negatiu, ens podem trobar davant d'una *crisi* que pot ser evolutiva, si forma part de la pròpia evolució de la persona, o accidental, on inclouríem tant emergències com desastres o catàstrofes. Segons Slaikeu (1996), una crisi és "*un estat temporal de trastorn i desorganització, caracteritzat principalment per una incapacitat de l'individu per a manejar situacions particulars utilitzant mètodes acostumats per a la solució de problemes i pel potencial per a obtenir un resultat radicalment positiu o negatiu*".

2.2 Coordinació a urgències i emergències

Un dels primers protocols estandarditzats d'intervenció psicològica a emergències i catàstrofes va ser publicat pel Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (COPC) a l'any 1999 i, després de diverses revisions, és el que encara s'utilitza. Depenent de cada institució, província o comunitat autònoma, però, ens trobarem amb un protocol o un altre. Tots ells seran adaptats als serveis assistencials amb que disposin, al grau de gravetat del desastre, etc., però per molt diferents que siguin, tots ells han de comptar amb quatre elements comuns: l'activació, l'equip d'avaluació, la cobertura logística i l'equip d'intervenció.

- **ACTIVACIÓ:** D'acord amb les possibilitats, els recursos i els riscos previstos a la zona, els equips hauran de trobar-se prèviament disposats i preparats per a respondre funcionalment quan sigui necessari. En aquest punt, els simulacres són un element molt útil per a reduir el temps de reacció, realitzar una mobilització millor coordinada i un trasllat efectiu cap al lloc d'intervenció. Referent a l'atenció psicològica, ens trobem d'abans d'una manca de protocols estandarditzats i de catàlegs d'intervenció (quin tipus de situacions s'haurien de cobrir i quines no). Un altre punt important en aquesta primera fase és la comunicació interna entre els membres de l'equip d'avaluació mentre es desplacen cap al lloc d'intervenció, que han de compartir, com a mínim, la informació bàsica sobre el tipus d'accident, la hora, la ubicació geogràfica i els accessos, la quantitat i tipologia de les víctimes, els llocs d'evacuació o concentració de persones i la ubicació del CCA (Centre de Coordinació Avançat) i dades de coordinació³.
- **EQUIP D'AVALUACIÓ:** L'equip que el formi s'ocuparà, principalment, de quatre funcions: la *valoració inicial*, un cop arribin al lloc on s'ha produït l'incident, que serà més acurada degut a una apreciació directa que permetrà adequar els recursos a les necessitats; la *localització de recursos i escenaris d'intervenció*, ja que la col·laboració d'altres serveis no només pot ser útil sinó que pot ser imprescindible (per exemple, disposar d'un vehicle per a traslladar a les víctimes); la *planificació general de les actuacions*, ja que un cop es coneix la situació, es poden desplegar les actuacions necessàries, la senyalització, els itineraris, els elements de confort, etc. així com planificar aspectes que poden ser necessaris com la rotació de torns; per últim, es *designarà un coordinador de dispositiu*, que serà un membre de l'equip d'avaluació que s'ocuparà d'organitzar un *briefing*, és a dir, una acollida i concentració dels efectius que s'incorporin al dispositiu per tal de planificar-los i distribuir-los. A més, participarà d'altres *briefings* que es puguin portar a terme per part d'altres institucions i evitarà les intervencions directes amb els afectats.
- **COBERTURA LOGÍSTICA:** Per a una assignació més efectiva dels recursos, és necessari que hi hagi persones que es dediquin exclusivament a això. D'aquesta

³ Sáinz Sordo, Àngela; Nomen Martín, Leila *Tratando... situaciones de emergencia*. Ed. Pirámide: Madrid, 2012 (pg. 121-122)

manera, s'aconsegueix un nivell de control més elevat pel que millora l'autoeficàcia, la seguretat i disminueix estressors.

- **EQUIP D'INTERVENCIÓ:** Cada coordinador assignarà les tasques a les persones del seu equip, que es converteixen en responsables d'allò que se'ls hi hagi encomanat: de la informació relacionada amb la tasca, la persona o la funció que se li hagi assignat i de que aquesta es transmeti de manera adequada. En aquest punt s'han de tenir en compte diversos aspectes, com la possible adherència a la víctima, arribant al nivell emocional de la persona; el reconeixement dels propis límits, ja que alguns professionals descuiden les seves pròpies necessitats; la fugida cap a la organització, degut a un sentiment de esglai; el caràcter d'equip; l'excés de psicòlegs; la desmobilització de l'equip entre els torns; la desactivació i el seguiment, per a que els afectats no es trobin sense recursos un cop acabada la intervenció.

2.2.1 Suport psicològic a la víctima i a les famílies

Per entendre la importància de la assistència psicològica professional hem d'analitzar els moments d'abans, durant i després de l'emergència i les funcions que adopta el psicòleg en aquesta situació (Gutiérrez, Vera i Puertas, 2004).

Abans de que la situació es produeixi, es poden realitzar activitats de prevenció com programes d'informació, simulacres d'emergència i programes formatius i d'atenció als grups d'intervenció (metges, infermers, policies, bombers...). Poden dissenyar-se plans i protocols d'actuació i desenvolupar programes d'investigació psicosocial del comportament humà. Per exemple, les reaccions de les víctimes difereixen depenent del tipus de catàstrofe ja que, si aquesta ha sigut d'origen natural, els sentiments són d'indefensió i desemparament mentre que si l'origen ha sigut amb influència de l'home, es magnifiquen els sentiments d'indignació i recerca de protecció (Puertas, 1997).

Durant l'emergència, el primer contacte psicològic que es realitza amb l'afectat es realitza mitjançant una actitud empàtica i una escolta activa que faciliten l'exteriorització dels sentiments, percepcions i idees sobre la situació. Aquesta empatia i

escolta són terapèutiques per si mateixes, pel que suposen la primera eina d'intervenció (Sánchez Barranco i Sánchez Barranco, 1999). Posteriorment, es realitza una avaluació preventiva de l'estat de les víctimes examinant les funcions bàsiques per a detectar la gravetat i dimensió del problema (Lima i al., 1987), amb especial atenció als grups de risc (nens, ancians i víctimes molt afectades que poden contagiar a la resta). El psicòleg també deriva a un centre de Salut, si és necessari; s'organitza amb els centres de recepció i informació; inicia l'elaboració de dol amb les famílies, si és necessari, així com l'acompanyament en la identificació de cadàvers; intervé amb els familiars en crisi; adopta el rol de portaveu amb els mitjans de comunicació; assessora a gestors sobre diversos aspectes psicosocials; coopera i es coordina amb altres professionals i s'encarrega de una comunicació de males notícies eficaç, intentant disminuir l'impacte psicològic de les mateixes. A més, és important la funció d'ajuda als professionals que hi intervenen per tal d'evitar psicopatologies com el TEPT, la "*fatiga per compassió*"⁴ o el "*trauma vicari*"⁵.

Per últim, després de l'emergència, es promou i realitza un recolzament psicològic i un seguiment dels grups d'intervenció. Normalment, s'utilitza la tècnica grupal de *debriefing* per a prevenir les seqüeles psicològiques probables després d'una experiència crítica i la qual permet expressar i compartir els sentiments viscuts, ajudant a separar la part emocional i la part cognitiva de l'experiència. A més, es realitza una intervenció preventiva o terapèutica amb els afectats i els familiars que ho necessitin; s'elaboren informes tècnics i es participa en fòrums de debat científic.

2.3 Teories psicològiques

Una gran varietat de teories psicològiques han envoltat el tema de les emergències: a vegades, la mateixa teoria ha sigut revisada per diversos autors fins a completar-se a tal i com la coneixem ara i s'ha demostrat que altres eren errònies. Sigui com sigui, les més

⁴ Descrit per Lahad, M. al 1998 per a descriure el tipus d'estrès freqüent en professionals de la intervenció en víctimes de desastres. Entre un 3% i un 7% dels professionals poden desenvolupar-ho.

⁵ Risc comú en professionals dels serveis socials i terapeutes de traumes i dols, en que es genera un TEPT secundari per l'escolta sostinguda d'històries traumàtiques.

estudiades o rellevants són les teories relacionades amb l'estrès, el dol, l'ansietat, la resiliència, l'afrontament i el creixement posttraumàtic, entre d'altres.

Tampoc hem d'oblidar les teories fisiològiques que donen resposta al perquè de moltes qüestions i ens donen pistes per al tractament de la simptomatologia derivada de les situacions de crisi.

2.3.1 Aproximació al trauma

No tothom reacciona de la mateixa manera davant d'un mateix esdeveniment, tot i que tots els que viuen un mateix esdeveniment poden trobar-se afectats d'una manera o altra. Molta gent pot sentir-se sobrepasada per un desastre natural, confusa per un accident de trànsit o ansiosa per un incendi. Alguns presenten reaccions molt lleus, mentre que altres les tenen més greus. Que cada persona reaccioni de manera diferent depèn de diversos factors, entre els quals trobem:

- la naturalesa i la severitat del esdeveniment (o esdeveniments) que es viuen;
- la seva experiència amb anteriors esdeveniments estressants;
- la seva xarxa de suport;
- la seva salut física;
- la seva història personal i familiar respecte a malalties mentals;
- la seva cultura i tradicions;
- la seva edat (per exemple, nens o diferents grups d'edat reaccionen diferent).

Cadascú té els seus punts fort o les seves habilitats per poder manegar els reptes que es presenten però, per uns motius o altres, algunes persones són més vulnerables en una situació de crisi i requereixen ajuda extra.

2.3.2 Fisiologia de l'estrès: bases neuroendocrines

Quan ens estressem, patim canvis tant conductuals com emocionals i fisiològics, i les reaccions més habituals ens fan comportar-nos de diverses maneres: menjar malament, fumar i/o beure alcohol en excés, falta de son, deixar de banda la nostra vida social, perdre el temps pensant en tot allò que ens queda per a fer i el poc temps que tenim, etc.

El cervell és qui decideix què és amenaçador i, per tant, estressant i quina resposta conductual i psicològica tindrem a la situació. A més a més, aquestes respostes seran completament diferents segons la persona, basant-se en les seves experiències personals prèvies.

Per un costat, sempre que el nostre cos enfronta un repte o esdeveniment, allibera mediadors químics - catecolamines, que augmenten el nostre ritme cardíac i la pressió sanguínia - i ens ajuden a portar la situació (procés anomenat al·lostasi⁶). Per l'altre costat, l'augment crònic d'aquests mediadors químics produeix una sobrecàrrega del nostre sistema cardiovascular que pot acabar en diversos problemes mèdics o atacs de cor (càrrega alostàtica). Aquesta càrrega o sobrecàrrega alostàtica causa atrofia de les neurones de l'hipocamp i del còrtex prefrontal, ocasionant per tant problemes de memòria, atenció selectiva i funcions executives. Així mateix, causa hipertròfia de les neurones de l'amígdala, implicada amb la por, la ansietat i l'agressivitat. La habilitat per aprendre, recordar i prendre decisions també pot aparèixer i estar acompanyada per alts nivells d'ansietat i agressivitat.

L'adrenalina i la noradrenalina són dos mediadors que també participen en el procés alostàtic, i que es troben connectats per la mateixa xarxa de regulació. L'altre gran hormona de l'estrès són els glucocorticoides, produïts per còrtex adrenal en resposta a l'acetilcolina de la glàndula pituïtària. Citosines pro- i antiinflamatòries són produïdes per moltes cèl·lules al nostre cos; aquestes es regulen i són regulades pels glucocorticoides i les catecolamines. Mentre les catecolamines poden augmentar la producció de citosines antiinflamatòries, els glucocorticoides inhibeixen la seva producció. El sistema nerviós parasimpàtic també juga un paper regulador important a l'al·lostasi, ja que s'oposa al sistema nerviós simpàtic i actua, per exemple, disminuint el ritme cardíac i té efectes antiinflamatoris.

Una de les maneres en que les hormones de l'estrès modulen les funcions del cervell és canviant l'estructura de les neurones. L'hipocamp és una de les regions més sensibles i mal·leables del cervell, i de gran importància per les funcions cognitives. La plasticitat característica d'aquesta regió pot ser un factor protector contra el dany permanent, pel que provoca un seguit de canvis adaptatius en resposta a l'estrès crònic, com per exemple el reemplaçament de neurones.

⁶ Terme introduït per Sterling i Eyer

En referència als factors protectors, es coneix que una actitud positiva, una bona autoestima i una xarxa social semblen ser bones per a la salut a llarg termini. Això és degut a que es relacionen amb baixos nivells de cortisol i més variació del ritme cardíac. Una baixa autoestima i un baix locus de control intern s'han relacionat amb un volum inferior de l'hipocamp (del 12% al 13% menys) i amb nivells més elevats de cortisol.

2.4 Primers auxilis psicològics

Segons Sphere (2011), els primers auxilis psicològics (P.A.P.) és el nom que reben les respostes humanes cap a un altre ésser humà que està patint i que necessita suport, és a dir, un conjunt d'estratègies que s'apliquen immediatament pels professionals que intervenen a un esdeveniment crític i que estan orientades a prevenir o disminuir les conseqüències negatives a la salut mental dels afectats. Es pretén, doncs, reduir a curt i llarg termini l'angoixa inicial produïda pels esdeveniments traumàtics i promoure l'adaptació i les habilitats d'afrontament.

Aquests inclourien, per exemple, ajudar amb les necessitats bàsiques (aigua, menjar, informació), ajudar a sentir-se calmat i còmode, protegir de patir més dany de qualsevol tipus, resoldre dubtes, etc. No es pot forçar a ningú a rebre P.A.P., però es pot estar fàcilment accessible per aquells qui ho volen.

2.4.1 Reaccions emocionals davant la crisi

La persona que es troba davant d'una situació de perill i amenaça vital pot manifestar dos tipus de reacció immediata, l'"esglai" i el "sobresalt". El primer tipus és el més elemental i el més habitual, i es caracteritza per reaccions d'immobilitat, estupor, engarrotament total fins arribar a la paràlització, que a vegades només dura uns segons o pot durar fins que l'esdeveniment acabi. Després, seguirà una reacció més elaborada de fugida o defensa. El segon tipus, en canvi, es caracteritza per una descàrrega massiva d'hormones i neurotransmissors a la sang i al SNC, començant una actitud frenètica de defensa o fugida. Acostumen a haver estats alterats de la consciència, amb memòria fragmentada després de que passi. També pot donar-se descontrol sobre els propis impulsos i moviments.

A cap dels dos casos les reaccions poden ser un reflex de la personalitat de la persona, perquè són innates i reflexes i independents de la voluntat o del control personal.

Per tant, les primeres reaccions emocionals que acostumen a observar-se són de tristesa, ràbia, plor, incredulitat i negació així com deteriorament de la capacitat de concentració i memòria, una elevada ansietat acompanyada per les reaccions fisiològiques característiques com augment del ritme cardíac i del ritme respiratori, sudoració... i reaccions motores extremes que poden expressar-se tant en hiperactivitat com en hipoactivitat. Totes aquestes emocions poden disminuir i augmentar depenent de la situació (per exemple amb la identificació dels objectes personals o l'arribada de familiars i amics).

Un cop la persona es troba fora del lloc de perill i han passat les primeres hores o dies, es normal que es produeixi un cert enterboliment de la consciència, que pot expressar-se amb una sensació de flotació o estranyesa. Es presenta un embotiment general amb lentitud i pobresa de reaccions, acompanyat per una sensació de gran laxitud i abatiment.

Quan aquest estat de shock comença a diluir-se, vivències afectives més violentes i dramàtiques poden aparèixer: dolor, indignació, ràbia, impotència, culpa cap a un mateix o cap als altres, por... alternats amb altres moments de aflicció, abatiment, sentiments de vuit o desesperació cap al futur ("què faré ara sense ell/a?"). Els mecanismes de defensa apareixen amb facilitat i els més comuns són la negació, l'aïllament i la regressió. La memòria torna poc a poc a ser completa i poden haver irrupcions súbdites de moments relatius a l'esdeveniment.

Poden aparèixer alteracions del son i de la conducta alimentària, quadres fòbics que abans no hi eren o desenvolupar trastorns psicològics a mig o llarg termini, sent els més habituals el Trastorn per Estrès Posttraumàtic, el Trastorn per Ansietat Generalitzada, la Depressió Major i l'augment de la ingesta de substàncies com drogues i alcohol (Beverly i Warwick, 1987; Krug i al., 1998).

Una absència de emocions negatives no significa que l'individu estigui adoptant una conducta desadaptativa, sinó que està allargant la seva expressió.

2.5 Psicopatologies derivades

No tots els esdeveniments negatius provoquen que desenvolupem un trauma, ni totes les persones que viuen una situació traumàtica desenvolupen una simptomatologia psicopatològica. Tot i així, les patologies que poden derivar-se d'una experiència traumàtica, en major o menor percentatge, són les següents:

- Diferents trastorns d'ansietat
- Depressió (fins a un 47,6% en víctimes de violència de gènere)
- Abús o dependència de substàncies
- Disfuncions sexuals
- Trastorns del son
- Trastorns somatomorfs
- Trastorns gastrointestinals
- Trastorns adaptatius
- Descompensació de trastorns de personalitat premòrbids
- Modificacions permanents de la personalitat (suspicàcia, hostilitat, dependència)
- Aïllament social
- Conductes hetero/ autoregressives (suïcidi o ideació suïcida)

Que desenvolupem una simptomatologia psicopatològica depèn de dos factors: els factors protectors (com per exemple una bona autoestima, una adequada gestió emocional, un recolzament social elevat, un projecte de vida actiu, un estil de vida equilibrat, una actitud positiva davant de la vida...) i els factors de risc (psicopatologia prèvia, presència d'altres problemes vitals com econòmics, laborals, de parella, familiars, etc., altres pèrdues recents o múltiples traumes...).

2.5.1 Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT)

Degut a la elevada incidència d'aquest tipus de trastorn psicològic a les víctimes que viuen una experiència traumàtica, aquest és un dels trastorns que s'han investigat més i que compten amb múltiples teràpies o tractaments. El TEPT deriva més freqüentment

d'aquells successos provocats deliberadament per l'ésser humà i aquells que són reiterats i romanen en el temps més, com les víctimes d'agressió sexual (57%), de violència de gènere (54%), les víctimes de terrorisme (50%), les persones que reben un diagnòstic de malaltia greu (33,3%) o les víctimes d'accidents de tràfic (12,3%), sense tenir en compte altre tipus de víctimes com els ferits per armes de foc o armes blanques, els atropellaments, els familiars de pacients suïcides o d'altres morts súbdites, segrestos amb o sense agressió, catàstrofes naturals, etc. Segons Kessler i al. (1995), l'estimació de la prevalença d'aquest trastorn a la població general és de 7,8%, sent les dones més vulnerables que en homes. En tots aquests casos, la presència de P.A.P. pot ajudar a reduir el nombre de víctimes que desenvolupen un TEPT o altres psicopatologies.

2.6 Estat actual de la psicologia de les emergències a Espanya

Actualment, només el SAMUR de Madrid disposa d'un psicòleg de les emergències a la seva plantilla. Quan es realitza una recerca profunda de tot el que envolta a les emergències i la seva atenció, es poden trobar referències a infermeria i medicina, a tècnics, a bombers, a policies... però s'han d'utilitzar paraules clau de psicologia si es vol arribar a alguna conclusió que es refereixi a aquesta.

La psicologia de les emergències es troba cada cop més present si parlem de grans catàstrofes i desastres, però pel que suposa les urgències quotidianes, tot i que molts autors expressen la utilitat i la necessitat de la figura psicològica, encara no apareix reflectida.

A Catalunya, trobem diversos telèfons o serveis d'emergències. Per un costat, el SEM va començar al 2012 el 061 CatSalut Respon, que ha resultat de la fusió del Sanitat Respon i el 061. Aquest servei, disponible les 24 hores del dia al llarg dels 365 dies de l'any, respon qualsevol pregunta o problema de salut tant via telefònica, correu electrònic, web o xat. Més de 200 metges, infermers i tècnics responen urgències sanitàries, activant els recursos assistencials quan es precisa, o oferint consell sanitari i informant sobre els serveis i procediments administratius sanitaris. Ens trobaríem, per tant, amb el telèfon principal d'emergències 112 i el 061 CatSalut Respon per la resta de problemes de salut.

Segons la memòria del SEM de 2012, es destaquen com les consultes més significatives les relacionades amb el sida, la interrupció voluntària de l'embaràs de manera

farmacològica, la consulta pediàtrica i l'ús racional dels fàrmacs o utilització dels medicaments. Com podem veure, principalment les dues primeres podrien requerir, en molts dels casos, una atenció telefònica per part d'un psicòleg.

També es disposa d'una àrea específica per a cobrir riscos previsibles com grans esdeveniments, manifestacions, etc. Per a accidents de múltiples víctimes (AMV), catàstrofes, situacions amb risc de contaminació NBQ (nuclear, biològica i química).

2.6.1 Altres països

La figura del psicòleg de les emergències, el concepte d'intervenció en crisi, de suport psicològic a víctimes de desastres... és àmpliament reconegut i acceptat arreu del món, pel que es reconeix aquesta professió, tal i com es fa a Espanya. Els psicòlegs que atenen als afectats per emergències, desastres i catàstrofes es troben cada cop més integrats a les societats. Tot i així, la figura del psicòleg de les emergències com a professional que treballa al servei d'emergències i urgències dels hospitals no apareix.

És als països amb un nivell socioeconòmic més elevat on es troben estudis i recerques més extenses sobre el tema, com per exemple als Estats Units d'Amèrica, país que s'ha centrat bastant en la organització de l'assistència sanitària davant de desastres, o la capacitat de comptar amb diversos serveis mèdics durant el desastre. Però, hi ha poca informació sobre països amb ingressos mitjos o baixos. A la Xina, per exemple, tot i ser un país afectat prou sovint tant per desastres naturals com per pandèmies i desastres infecciosos, compta amb un sistema de resposta d'emergència insuficient. Al 2005, es va desenvolupar el Comitè Nacional per a la Reducció dels Desastres, format per 34 ministres i departaments, i 22 equips distribuïts per tot el país per a donar resposta a aquest tipus de situacions. No obstant, diversos estudis basats en qüestionaris d'avaluació hospitalària han posat de manifest que el país encara està donant els primers passos per a estar adequadament preparat (en molts casos, per exemple, els hospitals no disposen de plans específics d'actuació davant de desastres naturals o atacs terroristes). En el tema de psicologia d'emergència, trobem una escassa existència de programes d'avaluació i identificació de problemes psicològics, especialment durant el desastre, cosa que provoca que els pocs cops que es dona una intervenció o un tractament hi hagi un risc elevat de que es realitzin de manera inadequada.

Altres països també són cada cop més conscients d'aquesta necessitat i, per tant, la demanden. Ens referim a països com Colòmbia (una de les nacions amb alt risc de morir per desastres naturals⁷) o Bogotà.

⁷ Guerrero, Leonardo. *Ensayo Psicología de emergencias-desastres y psicoemergenciología. Un nuevo reto para la psicología en Colombia* (2012)

3. Part pràctica de recerca

3.1 Disseny de l'estudi

Per tal d'obtenir les dades que es pretenien, s'ha realitzat un estudi descriptiu, observacional de disseny transversal. La part pràctica d'aquest treball s'ha realitzat a través d'un qüestionari creat exclusivament per al present estudi, amb l'objectiu de reunir resultats significatius que aportessin informació per a poder respondre a la hipòtesis principal. Les dades obtingudes s'han analitzat de manera principalment quantitativa.

- Conèixer la importància del suport psicològic a la víctima i a la família
- Analitzar i descriure l'estat actual de les emergències
- Conèixer la incidència i dades de les patologies derivades (son, conducta...)
- Conèixer l'actual grau de demanda de la figura del psicòleg a urgències

Les enquestes han sigut totalment anònimes i les dades personals demanades (sexe i edat) no eren suficients per a revelar la identitat de cap dels enquestats. D'aquesta manera, i tenint en compte que en certs casos les respostes podien ser personals i implicar detalls íntims sobre moments difícils viscuts, s'ha intentat que les respostes fossin honestes. Des del moment en que es proporcionava l'enllaç, s'informava de les intencions i objectius del treball i es facilitava el contacte amb mi si hi havia posteriors dubtes o interessos.

3.2 Mostra

El qüestionari ha sigut proporcionat a homes i dones pertanyents a la població nacional general, d'entre 18 i 65 anys i amb l'objectiu d'arribar al màxim nombre de persones possible per tal de que els resultats adquirissin un caràcter més significatiu i fiable. Era indiferent si havien sigut víctimes directes o indirectes d'alguna experiència traumàtica o no, ja que totes les respostes eres significatives. Donat que el qüestionari es feia arribar de manera online, les persones analfabetes o amb algun tipus de problema per a respondre informàticament han quedat excloses.

Els resultats obtinguts d'aquest treball no es poden extrapolar fora del territori espanyol, ja que degut a ser una valoració de la situació de la figura del psicòleg a Espanya no s'ha considerat oportú ampliar la mostra de manera internacional.

La mostra final es compon de 151 individus, dels quals 115 corresponen al sexe femení i 36 al sexe masculí i la majoria dels participants se situen en una edat compresa entre els 18 i els 23 anys. Tots ells amb nacionalitat espanyola, i la majoria residents a Catalunya, tot i que el qüestionari era en castellà. La seva participació és totalment voluntària.

3.3 Instruments de mesura

S'ha creat un únic instrument de recollida de dades: un qüestionari en format digital i titulat: "Psicologia de les Emergències⁸". Aquest està compost per 9 preguntes de les quals les 7 primeres eren tancades i les dues últimes obertes i opcionals, per a proporcionar un anàlisi qualitatiu i orientatiu de les respostes.

- 1) Les dues primeres preguntes eren útils per a obtenir les dades corresponents al sexe i l'edat i poder situar de manera bàsica el perfil de la persona que responia.
- 2) Les següents qüestions es centraven en les experiències personals de la persona, referents a si ell/a ha viscut algun tipus de situació d'emergència i si algun familiar i/o amic proper també havien viscut aquesta experiència. Si aquestes resultaven afirmatives, es preguntava sobre el tipus d'atenció psicològica proporcionada en aquest cas particular i si aquesta havia tingut lloc durant o després de l'emergència. De manera general i sense referir a cap cas particular, es preguntava com es considerava el grau d'intervenció psicològica en aquest tipus de situacions.
- 3) Per últim, es preguntava en quin sentit pensaven que la figura del psicòleg podria millorar el servei d'urgències de l'hospital i un espai per a posteriors comentaris que poguessin ser d'utilitat envers a la recerca que s'estava realitzant, o explicació de l'emergència viscuda.

⁸ Annex 1.

Un cop recollides les dades de les 7 primeres preguntes de forma directa, es va procedir a realitzar un anàlisi quantitatiu de les mateixes i un anàlisi qualitatiu de les dues últimes.

3.4 Metodologia

Per començar, es va realitzar el qüestionari utilitzant la pàgina web surveymonkey, que recollia les preguntes claus que es van creure oportunes. Aquestes preguntes van ser creades específicament per aquest estudi, i pensant en les dades que es volien obtenir per tal de conèixer si hi havia una demanda implícita o explícita de la figura del psicòleg de les emergències. El qüestionari és breu i directe des del principi, per a poder recollir les dades necessàries i arribar a un nombre de gent més elevat. Per aquest motiu, el qüestionari va ser creat de manera digital i es va proporcionar a diversos col·lectius a través de xarxes socials com Facebook i Twiter i webs de professionals sanitaris com E-emergències: estudiants de les diverses universitats de Catalunya, associacions de víctimes d'algun tipus d'emergència, accident o desastre (víctimes del terrorisme i de la violència de gènere), grups de professionals relacionats amb les emergències (fòrums de psicologia de les emergències i els desastres) i població general de diverses edats i àmbits.

Primer es van passar uns qüestionaris a mode de prova i després es va procedir a passar els que han format part de l'estudi. Aquests qüestionaris s'han recollit al llarg d'un mes (des de finals de desembre fins a finals de gener).

3.5 Anàlisi estadístic

L'últim pas va ser introduir les dades informàticament amb el programa Excel per a poder ser analitzades. Aquí vaig crear diverses fulles de càlcul, una per a cada pregunta on després vaig realitzar els gràfics. L'anàlisi estadístic descriptiu de la mostra es va realitzar mitjançant el programa SPSS, seguint l'ordre en que es van formular les preguntes i expressant les dades obtingudes en percentatges i nombres totals. Amb aquest programa vaig obtenir les mitjanes, les medianes, les desviacions típiques i estàndard.

3.6 Resultats

Donat que les respostes realitzades al qüestionari són breus i de resposta clara, presentaré els resultats tant de forma gràfica com de manera escrita.

En total s'han recollit 151 enquestes, tot i que no totes elles han sigut contestades amb la mateixa profunditat (depenent de si es van viure o no situacions d'emergència o s'han volgut aportar dades qualitatives al final de les preguntes obligatòries).

Descripció de la mostra

Un 76,15% (115 subjectes) dels participants correspon a persones del sexe femení, mentre que el restant 23,85% (36 subjectes) correspon a persones del sexe masculí (figura 1).

Respecte a l'edat, els enquestats se situen entre els 18 i els 54 anys, sent els de 21 anys els que representen un percentatge més elevat de participació (13,90%, corresponent a 21 subjectes de la mostra total) seguits pels subjectes de 22 anys (12,58%, 19 subjectes), els de 23 anys (7,85%, 12 subjectes) i els participants de 20 anys (6,62%, 10 subjectes). Els que menys representació tenen serien principalment el rang dels 35 als 54 anys, on un subjecte de pràcticament cada edat ha donat la seva opinió, representant cadascun el 0,66% de la mostra (figura 2). El motiu de que la mostra es centri en aquest rang d'edat, és que he rebut més participació de les xarxes socials de les universitats i no tant de les associacions de víctimes i famílies de les víctimes. Desgraciadament, una part molt important de la mostra corresponent al 33,77% no ha contestat a aquesta pregunta.

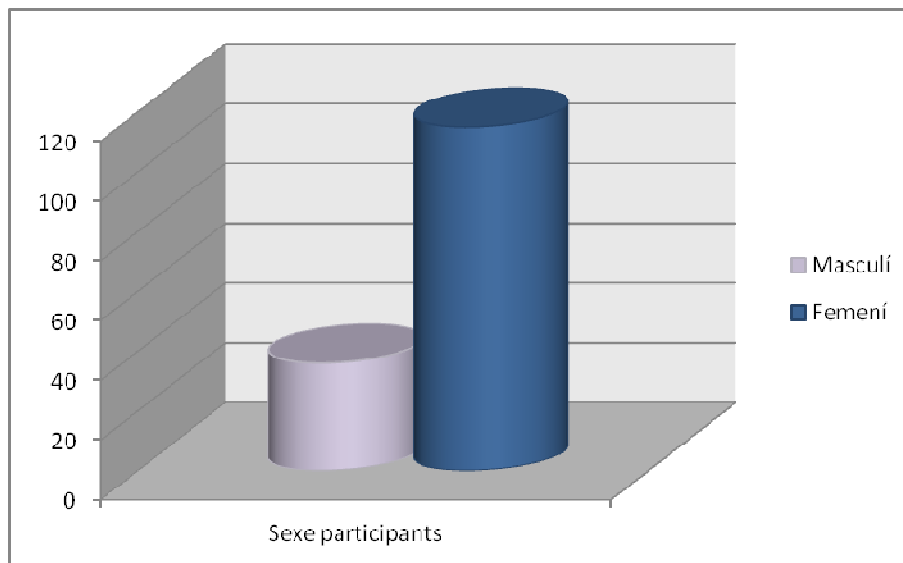


Figura 1. Sexe dels participants

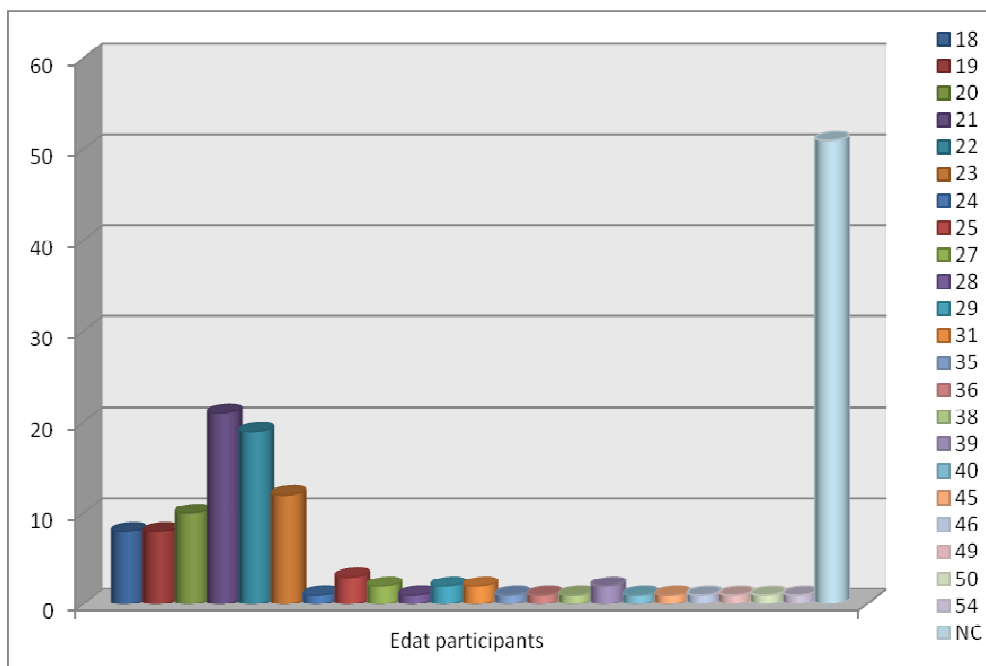


Figura 2. Edat dels participants

Resultats d'experiència personal o propera

Respecte a si s'ha viscut o no una emergència en primera persona (figura 3), el resultat que més respostes ha obtingut és No, amb 66 subjectes que corresponen al 43,7% i el 22,51% correspondria als 34 subjectes que han viscut una situació d'emergència. Un 33,77% (el mateix percentatge que a la pregunta anterior sobre l'edat) no ha contestat a aquesta pregunta.

En referència a si algun familiar directe o amic proper ha sigut víctima d'una situació d'emergència (Figura 4), un 33,77% (51 subjectes) comuniquen que un familiar proper; un 13,9% (21 subjectes) senyalen que un amic proper; un 19,86% (30 subjectes) no coneixen a ningú del cercle pròxim que hagi viscut cap situació d'aquestes característiques; un 1,98% (3 subjectes) especifiquen que cap de les respostes s'adequa al seu cas, donat que es tractava en dos casos de coneguts i en el tercer cas tant de familiars com d'amics i pacients. En aquesta pregunta, el nombre de persones que no ha contestat correspon al 30,46% de la mostra enquestada.

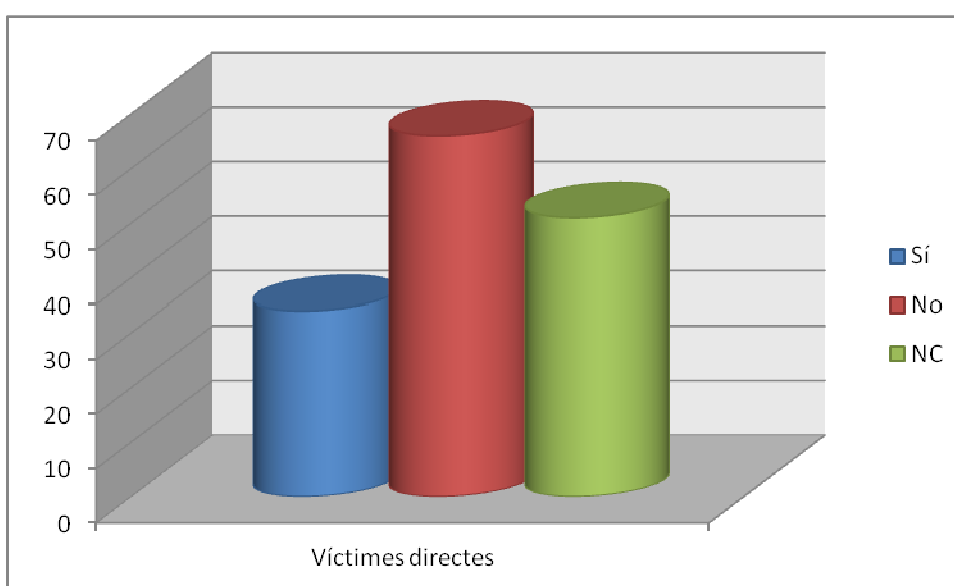


Figura 3. Algun cop has sigut víctima en una situació d'emergència?



Figura 4. Algun familiar directe o amic proper ha sigut víctima en una situació d'emergència?

Resultats sobre l'ajuda psicològica proporcionada

La figura 5 recull les respostes d'aquells que van contestar de manera afirmativa a ser víctima o persona propera a una víctima d'una situació d'emergència. El nombre de persones que no contesten s'eleva degut, doncs, a aquesta exclusivitat, sent el 47,01% (71 subjectes) els que no responen. Per tant, dels 80 restants, ens trobem que la majoria (51 subjectes, corresponents al 33,77% de la mostra total) responen que la ajuda psicològica no va existir a cap moment. El 9,27% (14 subjectes) indiquen que va haver ajuda psicològica després de l'emergència i el 4,63% (7 subjectes) indiquen que va existir durant de l'emergència. 6 subjectes (3,97%) ens informen que tant durant com després de l'emergència va haver una ajuda psicològica. Per últim, 2 subjectes (1,32%) puntualitzen que no van rebre ajuda psicològica però sí un recolzament familiar.

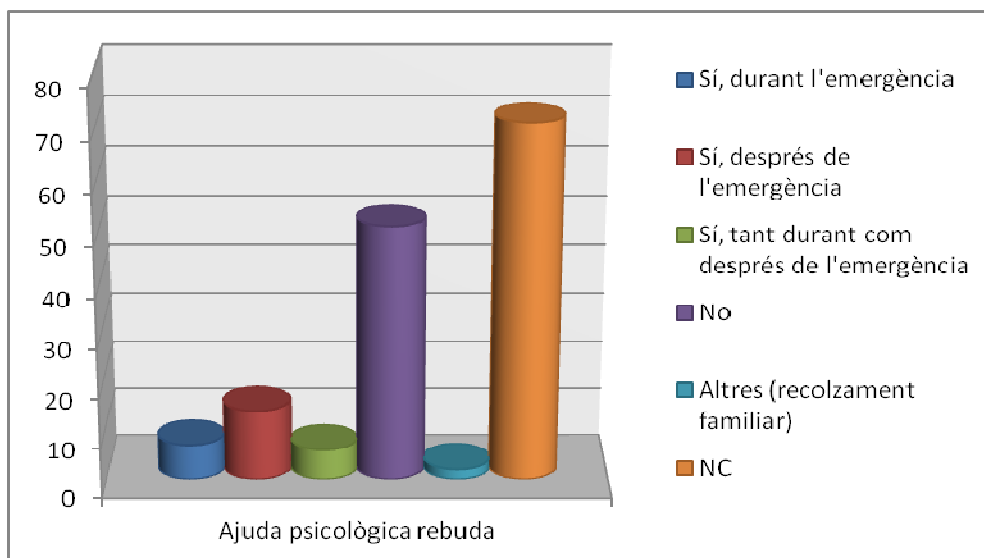


Figura 5. En el cas afirmatiu d'alguna de les preguntes anteriors, es va proporcionar algun tipus d'ajuda psicològica durant o després de la situació?

Seguidament, trobem els resultats de les persones que van contestar afirmativament a haver rebut algun tipus d'ajuda psicològica (figura 6). De nou, aquest és el motiu de que el 80,79% de la mostra no hagi contestat, ja que 122 subjectes no van necessitar o no van rebre ajuda psicològica. Dels 29 restants, trobem que 17 (11,25%) va rebre aquesta atenció a l'hospital, 11 (7,28%) la va rebre al mateix lloc on va tenir lloc l'accident i 1 subjecte (0,66%) indica haver rebut ajuda tant al lloc de l'accident com a l'hospital.

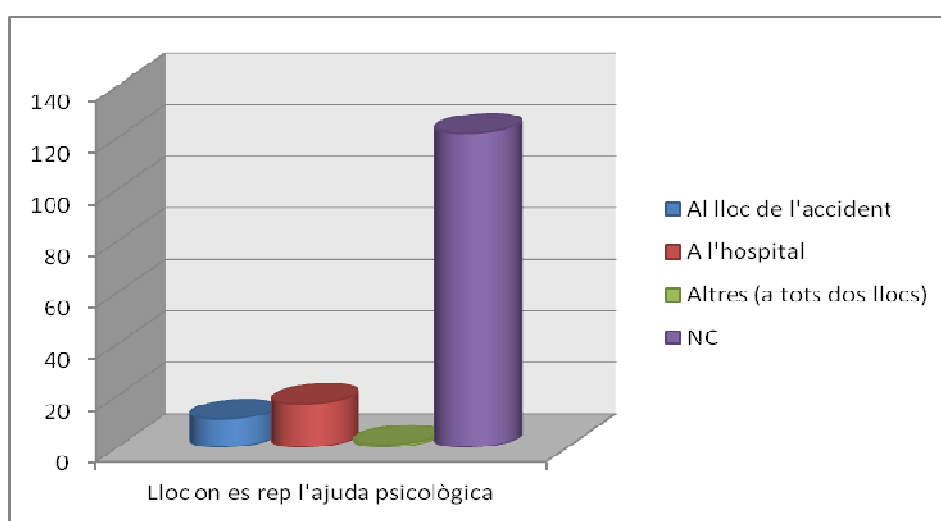


Figura 6. En el cas de que la pregunta anterior sigui afirmativa, on va proporcionar-se l'ajuda?

Respostes sobre la percepció de la intervenció psicològica

Per tal de conèixer com els participants valoren, de manera subjectiva, l'ajuda psicològica que es proporciona actualment quan es presenta una emergència, es va realitzar una pregunta enfocada a aquest aspecte. A la figura 7 es pot observar com el 25,82% (39 subjectes) valoren la intervenció que es realitza com insuficient. El 17,88% (27 subjectes) la valoren com a bona; el 5,96% (9 subjectes) com a extraordinària i 1 subjecte (0,66%) la valora com innecessària. El 4,63% dels participants, corresponents a 7 subjectes, prefereixen no posicionar-se per diversos motius: tres d'ells creuen que depèn de la gravetat de la situació, tres més desconeixen com és la intervenció que es dona i una setena persona opina que és necessària. Per últim, cal que comentem que el 45,03% de la mostra no ha contestat a aquesta pregunta. Sent 68 persones les que no han contestat, i després de reflexionar sobre aquest fet, penso que pot ser degut a que hagin relacionat que aquesta pregunta es referia al grau d'intervenció en una situació viscuda i no de manera global.

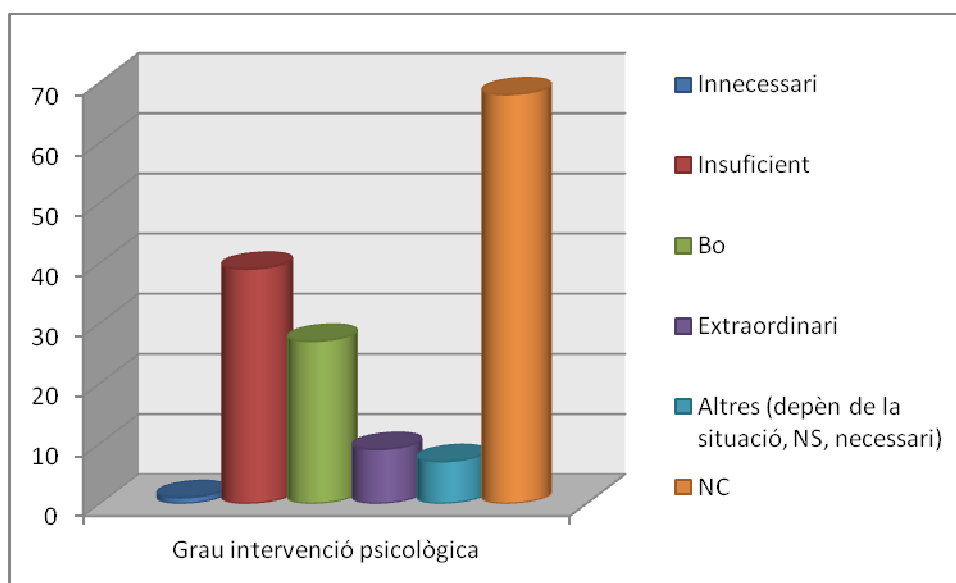


Figura 7. Com consideres el grau de intervenció psicològica que es proporciona davant d'una situació d'emergència?

Respostes qualitatives. Aportació de informació rellevant

Les dues últimes preguntes, completament opcionals, es basaven en aportacions de resposta oberta. La primera d'elles, més concreta i enfocada a allò que aquest treball pretén contestar, pregunta "*En quins aspectes consideres que la figura d'un psicòleg d'emergències pot millorar el servei d'urgències d'un hospital?*". Dels 151 enquestats, 68 van contestar a la pregunta, amb diferents graus de profunditat. A continuació, es pot observar un gràfic (figura 8) on s'han agrupat les idees principals a les que fan referència les respostes aportades.

Com podem veure, la majoria de respostes (15 subjectes que corresponen al 22,05% dels enquestats que han contestat a la pregunta) fan referència a que contribuiria a una millor assistència sanitària i una prevenció de futurs trastorns psicològics associats al trauma. El segon i el tercer lloc es trobarien empatats amb 14 subjectes cadascún (20,58%), que creuen que el punt fort de la intervenció del psicòleg seria aportar una tranquil·litat crucial a la incertesa que caracteritza aquestes situacions, juntament amb la inquietut i la ansietat de no tenir informació necessària respecte a l'accident o la situació, i aquells enquestats que creuen que proporcionaria un tracte més humà i empàtic amb víctimes i familiars que actualment, segons el seu punt de vista, queda emmascarat per receptes de medicació i "*la soledat al passadís d'urgències*⁹", en comptes d'aportar una atenció més personalitzada tant a pacients com a segones víctimes. El 16,17% (11 subjectes) remarquen que aquesta és una figura essencial i necessària que no existeix actualment, sense aportar més dades sobre quins aspectes concrets milloraria o completaria. El 8,82% (6 subjectes) puntualitzen que ajudaria a víctimes i familiars a entendre millor la situació i assimilar-la, sentint-se compresos sobre les confoses reaccions emocionals que es viuen. 4 subjectes (5,88%) desconeixen com podria millorar el servei d'urgències, tot i creure que és una figura que aportaria més aspectes positius que no pas negatius o neutres. 12 respostes més (17,64%) recollirien opinions minoritàries, com que ajudarien a afrontar millor processos de dol en particular, que serien útils principalment en situacions greus (amb pèrdues

⁹ Extracte de la resposta aportada per un participant, que defensa: "*(...) Es necessita un tracte més humà i empàtic amb els pacients i familiars. Sempre, d'incertesa, desconcert o angoixa davant una situació conflictiva es resol amb una pastilla i la soledat al passadís d'urgències quan en realitat s'hauria de resoldre amb paraules i recolzament. (...)*"

importants), que la seva tasca ajudaria a altres professionals a centrar-se plenament en les seves funcions, que assessorarien a altres professionals de les emergències i, per últim, un subjecte opina que no seria útil perquè la seva intervenció incrementaria la incertesa de les víctimes.

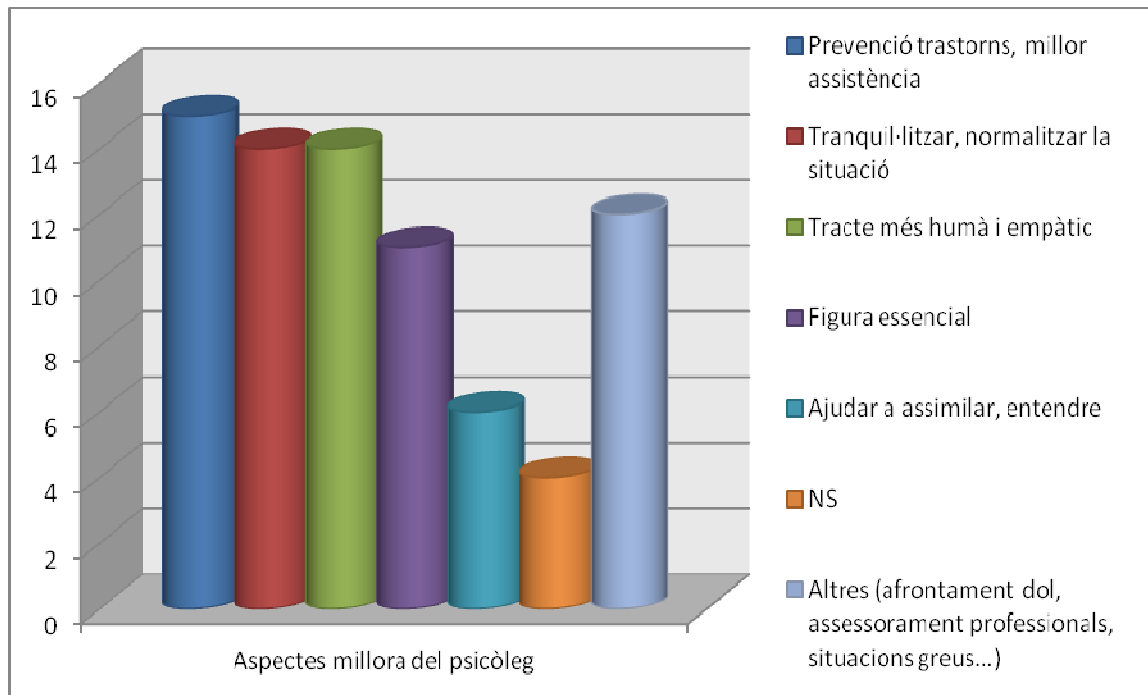


Figura 8. En quins aspectes consideres que la figura d'un psicòleg d'emergències pot millorar el servei d'urgències d'un hospital?

La última pregunta de l'enquesta reservava un espai que enunciava: "*Explicació de l'esdeveniment particular / Altres comentaris que puguin ser útils en relació al tema tractat*", i en la qual es van obtenir 11 respostes, de les quals 9 són per explicar el cas d'emergència concret i dues per puntualitzar comentaris sobre el tema.

Sobre els casos particulars, ens trobem amb un atac epilèptic, un desmai d'una persona gran a un supermercat, tres accidents de trànsit (dos dels quals van ser produïts per una persona que circulava sota els efectes de l'alcohol i una tercera on va morir un menor d'edat), l'ictus d'una àvia, la mort d'un pare degut a un par cardíac¹⁰, una experiència

¹⁰ On es remarca la necessitat d'un psicòleg que pogués atendre psicològicament tant a la seva mare com a ell.

propera a la mort per ofegament i l'amputació traumàtica d'un dit de la mà d'un company.

Els comentaris giren entorn a la necessitat urgent d'una millora en la sanitat i la importància d'una bona formació professional ja que una mala intervenció pot causar més efectes negatius que una falta d'intervenció.

Aquesta pregunta va ser realitzada amb una intenció més personal, ja que esperava poder entendre des d'una visió més personal la tipologia de casos que havien viscut els subjectes participants de l'enquesta. El fet que s'expliciti tant als casos particulars com als comentaris la necessitat del psicòleg de les emergències a urgències reforça les opinions anteriors, tot i que la representació de la mostra que aporta aquestes dades sigui mínima.

4. Discussió dels resultats

A partir de l'anàlisi dels resultats de la part pràctica, i gràcies als coneixements adquirits amb la part teòrica del treball, trobo diversos punts importants per a destacar. A més, en els resultats que he obtingut he trobat coincidències amb estudis de diversos autors, i no he trobat cap article o estudi que sigui contrari als meus resultats.

Malgrat que no és molt comú haver viscut una situació d'emergència en primera persona, el 73% de persones enquestades que van contestar a aquesta pregunta mantenen una relació de proximitat amb una persona que ha patit alguna situació d'aquestes característiques. Per tant, podem establir que les situacions d'emergència són part del nostre dia a dia i, per la qual cosa, requereix que els professionals que hi intervenen estiguin ben formats i siguin els adients. Tal i com hem comentat al llarg del treball, no només es causen trastorns psicològics o es desenvolupa simptomatologia relacionada al trauma a través d'una experiència viscuda en primera persona, sinó que moltes vegades els amics propers o familiars queden desatesos i són posteriors víctimes. Fins i tot els membres d'una comunitat, persones que es veuen reflectides amb les víctimes directes per la seves característiques personals o persones que escolten la notícia i queden trasbalsades desenvolupen problemes psicològics que modifiquen la seva conducta i la seva vida diària. Per això és tan important el suport immediat a qualsevol persona que mostri signes d'estar en risc i necessitar atenció psicològica. Com posteriorment hem vist a les respostes del qüestionari, una de les àrees on es demanda la figura del psicòleg de les emergències és a l'hora d'ajudar a entendre les emocions que es viuen, acompanyar i pal·liar l'ansietat i l'estrès que sempre es troba present a les situacions emergents. A més a més, i per últim, cal recordar que els resultats de diversos estudis demostren que quant més ràpida és la intervenció psicològica, més preventiva és respecte al desenvolupament de simptomatologia psicopatològica.

Tot i que en moltes ocasions els tècnics d'emergències, els infermers, els metges i altres professionals sanitaris estan formats en intervenció psicològica, aquesta intervenció queda en un segon pla o no es porta a terme, pel que reporten els enquestats, ja que el 63,75% no va rebre cap tipus d'atenció psicològica durant o posterior a l'esdeveniment. Aquí podem remarcar la importància de, a més de que existeixi una intervenció, que aquesta es realitzi el més aviat possible, ja que com revelen les investigacions

realitzades per Schuchter i Zisook (1987), aquesta ajuda aporta una influència positiva amb múltiples factors afavoridors que facilitarien la capacitat d'afrontament de la situació i reduiria els percentatges de victimització secundària.

El 47% de les persones que van respondre a la pregunta sobre el grau d'intervenció psicològica que es proporciona la van descriure com insuficient. Per tant, podem afirmar que existeix una demanda per part de la societat respecte a la intervenció psicològica en emergències.

Si ens centrem en el tipus de millora que s'esperaria que un psicòleg d'emergències com a professional d'urgències realitzés, podríem parlar principalment de una tasca preventiva per tal de evitar que es desenvolupin posteriors símptomes psicopatològics; d'acompanyament a víctimes i familiars per tal de tranquil·litzar-los, fent entendre que les diverses reaccions emocionals que s'experimenten són normals i aportant tota la informació que es pugui, a través d'un tracte més humà i empàtic; millorar en conjunt la resposta sanitària que es dona. A més, aportaria altres factors positius com un bon assessorament a altres professionals. Trobaríem reflexats aquí a dos dels autors dels que hem parlat a la fonamentació teòrica. Per un cantó, Puertas ens parlava sobre la importància en la prevenció a través de simulacres, programes formatius i proporcionar informació, entre d'altres. Per l'altre cantó, també Sánchez Barroso y Sánchez Barroso (1999) remarcaven el paper terapèutic de l'actitud empàtica i de l'escola activa envers a les víctimes i a les seves famílies.

Un últim punt important a tenir en compte és la falta d'informació sobre el tema. Molts dels enquestats manifesten el seu desconeixement cap a les intervencions que es realitzen o si la figura del psicòleg té algun paper rellevant actualment o no. Aquest desconeixement que envolta tot el tema de la psicologia de les emergències i pel qual he estat motivada a fer recerca fa plantejar-me una qüestió de reflexió personal sobre fins a quin punt una bona tasca preventiva ajudaria a resoldre tots aquests dubtes i a aportar eines pel seu desenvolupament.

Per últim, m'agradaria remarcar algunes de les idees que més clarament he definit a través d'aquest treball de final de grau. Com a tal, és un treball on he hagut de recórrer a molts coneixements que he anat assolint al llarg dels anys que ha durant aquesta carrera.

Per descomptat, els coneixements de caràcter clínic com aspectes de la personalitat i el coneixement de la psicopatologia es troben directament relacionats, però no són els únics coneixements que he utilitzat. La psicologia dels grups, la psicologia del treball, aspectes educatius i altres socials... Quan es porta a la pràctica, aquestes barreres que definim entre coneixements per tal de facilitar el seu estudi es trenquen i es difuminen, i tot té una relació pròxima i es troba influenciat d'una manera o altra per les diferents branques del coneixement.

Aquest treball m'ha aportat gran coneixement teòric, però el fet de poder conèixer situacions concretes de les persones que han contestat al meu qüestionari també m'ha fet recordar molt bé els seus comentaris, perquè són opinions sinceres de com es percep l'atenció psicològica que brindem (o la falta d'aquesta) i com repercuteix a la salut mental de les persones. En concret, hi han hagut dos casos que m'han fet pensar molt en la feina que suposa ser un psicòleg de les emergències, davant de situacions inesperades i doloroses i de persones amb una múltiple escala de reaccions des de la superació personal fins al més profund enfonsament. Un d'aquests casos és el d'un noi que va perdre al seu pare recentment a causa d'un par cardíac. Des del trasllat al lloc de l'accident fins a l'hospital i les posteriors hores, amb la última comunicació de la defunció, ni la seva mare ni ell van rebre cap tipus d'ajuda o recolzament psicològic. Accepta de manera convençuda que si hagués rebut algun tipus d'acompanyament psicològic en algun moment d'aquell dia, l'ansietat desencadenada i el procés de dol al que encara s'enfronta no serien tan patològics. El segon cas s'explica des de l'altre cantó, ja que és una ex-conductora del SEM la que explica àmpliament la seva experiència i on remarca la soledat que pateixen les víctimes i els pacients a la sala d'urgències, desconcertats per les característiques de la situació i amb la normalitzada resposta d'una recepta mèdica davant de les seves demandes d'assistència sanitària. Jo em plantejo, llegint aquests testimonis, fins a quin punt haurem d'arribar per adonar-nos que una emergència quotidiana és suficient per a trastocar la nostra realitat. Ningú posa en dubte que davant d'un desastre natural, un atac terrorista o d'una catàstrofe es precisi una immediata intervenció psicològica i una gran mobilització dels recursos sanitaris, però que un accident de trànsit sense víctimes mortals, una experiència propera a la mort o la visió d'una amputació no són prou greus com per a requerir aquesta intervenció¹¹. Cada

¹¹ Faig referència a aquestes experiències ja que són algunes de les experiències viscudes i manifestades per les persones enquestades.

cop es reconeix més la necessitat d'aquesta figura, però la situació econòmica en la que ens trobem no facilita el creixement en aquest sector. Fins a quin punt haurem d'arribar per a poder fer una passa endavant?

5. Conclusions

- El 47% de la mostra enquestada ha manifestat directament que l'atenció actual és insuficient.
- Alguns dels símptomes psicopatològics i físics que mostren més freqüentment les víctimes de emergències són el trastorn per estrès posttraumàtic, trastorns d'ansietat, depressió, abús o dependència de substàncies, trastorns del son, trastorns somatomorfs, trastorns gastrointestinals, modificacions permanents de la personalitat, etc. La seva prevalença varia segons el tipus de trauma, sent el més freqüent el TEPT (del 12,3% al 57% de les víctimes).
- Les situacions on la meitat de la mostra (49,98%) demanda l'atenció psicològica d'un professional és en l'acompanyament general a víctimes i familiars (proporcionant explicacions i informació sobre les reaccions emocionals i les respostes d'estrès, potenciar les seves estratègies d'afrontament i, en definitiva, que no estiguin sols i puguin canalitzar les seves preocupacions i pensaments intrusius).

5.1 Línies d'estudi a seguir i possibilitats

Durant i després d'aquest treball de recerca, he anat trobant certes dificultats o pensant en maneres que requereixen més dedicació o un accés més directe als organismes per a poder proporcionar unes dades molt més clares i complexes.

Per una banda, el principal motiu pel que vaig voler aprofundir en aquest tema era per la falta d'informació i d'estudis que hi havien. Aquest fet, doncs, també ha sigut un dels principals obstacles que m'han acompanyat al llarg del treball, ja que la informació que trobava podia no ser suficientment fiable o recolzada científicament i el procés per a poder fonamentar certs coneixements ha sigut molt més llarg i feixuc del que podia esperar-me en un principi. Aquesta falta d'informació també s'ha manifestat en la població enquestada, tot i que aquest és un punt molt important que ha servit per a la discussió dels resultats i com a un punt a tenir en compte, no ha facilitat respostes fonamentades sobre el tema. També treballar amb un temps límit ha sigut una restricció, ja que si hagués tingut més temps hagués pogut ampliar la mostra o poder realitzar un anàlisi més exhaustiu.

Per l'altra banda, també crec que aquest estudi pot ampliar-se a una mostra més significativa o pot excloure's la població escollida a l'atzar i enfocar-ho tan sols a professionals sanitaris per obtenir dades més científiques. També es pot realitzar tenint en compte població hospitalitzada, amb una experiència amb els professionals que l'han assistit a curt termini, i amb respostes molt més específiques. Un altre tipus d'enfocament tenir en compte una mostra més reduïda i longitudinal, per a poder analitzar la progressió de la simptomatologia psicopatològica de víctimes d'accidents similars que han tingut assistència psicològica.

El fet de que aquest no sigui un tema àmpliament estudiat dona moltes possibilitats per a treballar amb variants d'aquesta recerca o altres d'invenció totalment nova i innovadora que pot aportar dades significatives.

Arrel d'aquesta recerca, però, penso que es poden començar a donar alguns passos. Tot i que hi ha una formació específica per als professionals de la psicologia que volen dedicar-se a aquest àmbit i una demanda interna des de l'àmbit sanitari, sembla que no hi han suficients recursos econòmics i/o socials per a posar a donar una assistència socio sanitària més completa i efectiva. Aquest fet podria debatre amb el fet que, si hi hagués una inversió en la figura del psicòleg de les emergències, les tasques preventives que realitzaria estalviarien els diners que posteriorment s'han de destinar al tractament dels trastorns psicològics que se'n deriven (que en molts casos són crònics). Actualment, només el SAMUR de Madrid compta amb la figura del psicòleg de les emergències de manera estable, i això vol dir que és possible i efectiu. Per tant, aquest estudi podria aplicar-se als hospitals generals del nostre país (i d'altres països que ho demanden) per a donar resposta a una necessitat que es troba clarament present.

6. Bibliografía

- Alarcón, E.; Alcaraz, M. B.; Corpas, A.; López, A.; Montilla, A.; Navarro, R.; Soriano, A. (2004) *Protocolo de intervención psicológica en crisis antes situaciones de emergencias y desastres*. Córdoba
- Allué, M. (2008) *La piel curtida*. (Ed. Bellaterra). Barcelona
- Alvarez, C.; Chuliá, V.; Hernando, A. E. (1992) *Manual de asistencia sanitaria en las catástrofes*. (ELA D.L.). Madrid
- Bosch, S. (2007) "Tratamiento psicológico con víctimas de experiencias traumáticas". *Cuadernos de crisis*, núm. 6(1), p. 7-21
- Brunet, I. (2002) "Catástrofes, asistencia psicológica y organización ambiental". *Cuadernos de crisis*, núm. 1(1), p. 9-16
- Cascales, M. J.; Rivas, A.; Luna, A.; Llor, B. (2004) "¿Qué pueden hacer los psicólogos en una situación de desastre? *Revista electrónica semestral de Enfermería*, núm. 4, pg. 1-12
- Cavanillas, M.; Martín-Barrajón, P. (2012) "Psicología de urgencias y emergencias. ¿Mito o realidad?. *Lex Artis ad Hoc: International Scientific Journal*, núm. 1, p. 27-32
- Duval, F.; González, F.; Rabia, H. (2010) "Neurobiología del estrés". *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, núm. 48(4), p. 307-318
- Fernández, J. M. (2005) *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. (Ed. Pirámide). Madrid
- Fjeldheim, C. B.; Nöthling, J.; Pretorius, K.; Basson, M.; Ganasen, K.; Heneke, R.; Cloete, K. J.; Seedat, S. (2014) "Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and the effect of explanatory variables in paramedic trainees" *BMC Emergency Medicine*, vol. 14, p. 1-7
- García, M.; Mateu, R.; Flores, R.; Gil, J. M. (2012) "La resiliencia y las víctimas de desastres". *Cuadernos de crisis y emergencias*, núm. 11(2)
- García-Vera, M.P. (2008) *Ayuda psicológica a las víctimas de atentados y catástrofes* (Ed: Computense). Madrid

- Guerrero, L. (2012) Ensayo Psicología de emergencias-desastres y psicoemergenciología. Un nuevo reto para la psicología en Colombia
- Hernández-Coronado, N. R. et al. (2006) "Intervención psicológica en situaciones de emergencia" *Revista electrónica de intervención psicosocial y psicología comunitaria*, vol. 1(1), p. 40-46
- Infocop (2009) "El psicólogo, herramienta esencial y preventiva en la intervención en emergencias. Entrevista a Isabel Vera y Elena Puertas". *Infocop online*, 23/04/2009
- Kirchner, T.; Forns, M.; Soler, L.; Planellas, I. (2014) "Post-traumatic stress problems among poly-victimized Spanish youth: Time effect of past vs. recent interpersonal victimizations". *Child abuse & neglect*, núm. 38, p. 1303-1312
- Losada, P. (2004) "Función y perfil profesional del psicólogo como recurso humano en catástrofes". *Conferencia Internacional de Psicología de la Salud PSICOSALUD*. Cuba
- McEwen, B. S. (2006) "Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain". *Dialogues of Clinical Neuroscience*, núm. 8(4), p. 367-381
- McEwen, B. S. (2007) "Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain". *Physiol rev*, núm. 87(3), p. 873-904
- Moreno, J. A. et al. (2011) *Atención sanitaria inicial en situaciones de emergencia*. (Ed. Altamar). Madrid
- Rasmussen, A.; Keatley, E.; Joscelyne, A. (2014) "Posttraumatic stress in emergency setting outside North America and Europe: A review of the emic literature". *Social Science & Medicine*, núm. 109, p. 44-54
- Robles, J. I.; Medina, J. L. (2008) *Manual de salud mental en desastres* (Ed. Síntesis, D.L.) Madrid
- Sáinz, À.; Nomen, L. (2012) *Tratando... situaciones de emergencia*. (Ed. Pirámide). Madrid
- Samur - Protección Civil (2004) Procedimiento general de activación y actuación del psicólogo de guardia. *Área de gobierno de seguridad y servicios a la comunidad*
- Samur - Protección Civil (2010) *El sistema de emergencias y urgencias médicas extrahospitalarias en Madrid y en Catalunya*. Madrid

- Saunders, P. T. (1989) *Una introducción a la teoría de catástrofes* (Ed. Siglo XXI). Madrid
- Saxena, S.; Germann, S.; Schouren, M. (2011) *Psychological first aid: Guide for field workers*. (Ed. World Health Organization). Geneva
- Sigales, S. R. (2006) "Evaluación longitudinal sobre los estados postraumáticos vinculados a las catástrofes industriales. El caso de la población de San Juan Ixhuatepec (México)". *Anales de psicología*, núm. 1(22), p. 22-28
- Simó, S. (coord.) (2013) *Manual de accidentes de múltiples víctimas y catástrofes* (Ed. Fundació Universitària del Bages). Manresa
- Zhong, S.; Clark, M.; Hou, X.; Zang, Y.; FitzGerald, G. (2014) "Progress and challenges of disaster health management in Cina: a scoping review". *Global Health Action*, núm. 7, pg. 1-9

5. Annexos

5.1 ANNEX I: EL QÜESTIONARI

Edad:

Sexo:

1. Alguna vez has sido víctima de una situación de emergencia?

Sí No

2. Algún familiar directo o amigo cercano ha sido víctima de una situación de emergencia?

Sí, un familiar Sí, un amigo No

3. En caso afirmativo de alguna de las anteriores, se proporcionó algún tipo de ayuda psicológica durante o después de la situación?

Sí, durante Sí, después No

- En caso de que la respuesta sea afirmativa, dónde se proporcionó la ayuda?:

En el lugar del accidente En el hospital Otros: _____

4. Cómo consideras el grado de intervención psicológica que se proporciona ante una situación de emergencia?

Innecesario Insuficiente Bueno Extraordinario

5. En qué aspectos consideras que la figura de un psicólogo de emergencias puede mejorar el servicio de urgencias de un hospital? (pregunta abierta)

6. Explicación suceso / Otros comentarios: (Opcional. Pregunta abierta)