

RIGEL. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO PARA LOS EQUIPOS DE PRIMERA RESPUESTA.

Cepeda, Claudio, Sutil, María Antonella, Álvarez Craise, Alejo y Arbizu, Julieta.

Cita:

Cepeda, Claudio, Sutil, María Antonella, Álvarez Craise, Alejo y Arbizu, Julieta (2018). *RIGEL. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO PARA LOS EQUIPOS DE PRIMERA RESPUESTA. VIII Congreso Marplatense de Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/claudio.cepeda/10>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pxt5/drU>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



VIII Congreso Marplatense de Psicología

de alcance Internacional

**DE LA IGUALDAD
A LA EQUIDAD
Y DE LA DIFERENCIA
A LA DIVERSIDAD**

29 y 30 de Noviembre, 1 de Diciembre de 2018
Mar del Plata, Argentina

ACTAS
TRABAJOS LIBRES
TOMO I

Lic. Julieta Filippi Villar
Lic. Claudio Cepeda
Lic. M. Antonella Sutil
Mariana Kantt
(Compiladores)

RIGEL. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO PARA LOS EQUIPOS DE PRIMERA RESPUESTA

Lic. Cepeda, Claudio; Lic. Sutil, M. Antonella; Álvarez Craise, Héctor Alejo; Arbizu, Julieta
Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología, Programa de Psicología de la Emergencia
Correo electrónico para contacto: ClaudioCepeda@Hotmail.com

RESUMEN:

El Grupo de Apoyo Psicológico de la UNMDP realizó una intervención de Apoyo Psicosocial con las familias del Rigel, pesquero siniestrado en el Mar Argentino, la cual se extendió durante casi treinta días. La misma, consistió básicamente la administración de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), centrados en el acompañamiento y contención a las víctimas, desde el momento mismo en que se declara la alerta, y hasta la presentación del informe final, con el cual la Prefectura Naval Argentina (PNA) daba por concluido el Operativo de Búsqueda y Rescate (SAR, Search and Rescue).

La tripulación del buque pesquero Rigel, hundido en aguas del Mar Argentino el 9 de junio de 2018, estaba conformada por 9 marinos, todos ellos, víctimas fatales del naufragio. Sin embargo, siguiendo a Taylor & Frazer (1978), el número de víctimas que debe tenerse en cuenta es mucho mayor, ya que, ante la ocurrencia de una emergencia o desastre, se producen impactos psicológicos en familiares y amigos, a quienes los autores clasifican como víctimas secundarias, y dada la naturaleza conmocionante del evento, también pueden resultar afectados los primeros respondientes, clasificados como víctimas terciarias (Taylor & Frazer, citado en Valero, 2002).

El presente trabajo describe las actuaciones realizadas por el Grupo de Apoyo Psicológico, siguiendo protocolos de intervención en emergencias y desastres (IASC, 2007; OPS, 2006; Ministerio de Salud, 2015), en el marco de un trabajo interdisciplinario ajustado a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2013), junto a equipos de Salud, Seguridad y Desarrollo Social de Nación y Provincia, conforme a las premisas de la Psicología de la Emergencia (Valero, 2002; Araya, 2001), y enfocadas en el modelo Salutogénico de la Psicología (Antovnosky, 1996), orientado hacia la Promoción de la Salud y la prevención de los efectos potencialmente traumáticos para Salud Mental (OPS; 2002; Arraigada, Verón y Cepeda, 2016) que generan la exposición ante acontecimientos disruptivos (Benyakar, 2003).

Diversos autores refuerzan la idea de que la exposición directa a intensas manifestaciones de angustia, dolor o enojo por parte de las víctimas, también puede impactar negativamente sobre la Salud Mental de los equipos de primera respuesta (OPS, 2010; Benyajar, 2003; Poseck, Carbelo & Vecina, 2006), y los agentes de Salud o Seguridad afectados a la contención y acompañamiento de familiares. Por este motivo, la aplicación de técnicas de desactivación emocional, tales como el Defusing o el Debriefing (Miller, 2003; Perren Klingler, 2009; OPS, 2010) resultó de vital importancia para el cuidado de los integrantes del Grupo de Apoyo Psicológico. En este sentido, el presente trabajo comparte también algunas técnicas de Autocuidado empleadas por el equipo de trabajo al cierre de cada encuentro.

PALABRAS CLAVE: Asistencia Psicosocial, Impacto Psicológico, Psicología de la Emergencia, Autocuidado, Rigel.

INTRODUCCIÓN:

En el marco del Programa de Psicología de la Emergencia, dependiente de la Secretaría de Extensión y Transferencia, de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, se conformó el Grupo de Apoyo Psicológico (GAPs), un equipo de voluntarios integrado por graduados y estudiantes avanzados, todos ellos especialmente entrenados en técnicas y estrategias propias de la Psicología de la Emergencia, preparados para brindar asistencia psicosocial en situaciones de Emergencias o Desastres.

Este tipo de situaciones, calificadas por Benyakar (2003) como disruptivas, afectan no solamente a quienes sufren el impacto directo del incidente, denominados por Taylor & Frazer (1978) como víctimas de primer grado, sino también a sus familiares o amigos –víctimas de segundo grado– así como a los integrantes de equipos de primera respuesta (bomberos, servicios de salud, de seguridad y personal de defensa civil), quienes conforman el grupo de víctimas de tercer grado (Taylor & Frazer, 1978, citado en Valero, 2002; OPS, 2006; OMS, 2013; MSAL, 2015).

De este modo, el dispositivo GAPs está preparado para brindar asistencia a víctimas de primer, segundo o tercer grado, bajo una modalidad de intervención psicosocial, esto es, siguiendo a Benyakar (2003), abandonando cualquier tendencia psicopatologizante que nos pudiese llevar a pensar las conductas de las personas en situaciones disruptivas como síntomas, para entender que estamos tratando con reacciones, reacciones normales frente a situaciones anormales.

Por esta razón, las estrategias y herramientas que conformen este modelo de intervención deberán seguir las premisas de la Psicología de la Emergencia (PE), la cual estudia las reacciones de personas, grupos o comunidades frente a situaciones de emergencia o desastre (Valero, 2002; Araya, 2001). La PE se enmarca dentro del enfoque Salutogénico de la psicología (Antonovsky, 1996), orientado hacia la Promoción de la Salud y la prevención de los efectos potencialmente traumáticos para Salud Mental (OPS; 2002; Arraigada, Verón y Cepeda, 2016), que pueden generar la exposición ante acontecimientos disruptivos (Benyakar, 2003).

CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA

Dado que integrantes del GAPs vienen acompañando a las familias del pesquero El Repunte, hundido el 17 de junio de 2017, resultó entonces convocado el equipo GAPs el pasado 9 de junio de 2018, para brindar apoyo psicosocial a familiares del Rigel, mientras la Prefectura Naval Argentina llevase a cabo el Operativo SAR de la embarcación, la cual había perdido contacto con PNA en horas de la madrugada de ese mismo día.

La tripulación del buque pesquero (fresquero) Rigel, estaba conformada por 9 marinos, todas ellas víctimas en primer grado del siniestro. Sin embargo, el número de víctimas de segundo grado asistidos fue por momentos superior a 50 personas, consistente esto con las estimaciones de OPS sobre que, el número de familiares y amigos impactados por una tragedia, pueden llegar a ser hasta 6 veces mayor al número de damnificados primarios (OPS, 2006).

Partiendo de esta premisa, y basado en la experiencia de naufragios anteriores, las autoridades del Consorcio Puerto Regional (CPR) de Mar del Plata, convocaron la asistencia del GAPs para la contención y acompañamiento de familiares, habida cuenta de la carga emocional que implica la angustiada espera mientras se desarrolla el Operativo SAR.

INTERVENCIÓN CON LOS FAMILIARES

La intervención del GAPs comenzó pasado el mediodía del sábado 9 de junio, con la llegada de los primeros familiares a las dependencias del PNA en el Puerto de Mar del Plata, en una jornada fría y lloviznosa. El pronto arribo del GAPs a las escenas, permitió observar las condiciones físico-ambientales donde aguardaban las familias por noticias: un salón grande, muy frío, sin ningún servicio ni atención incluso para los mayores o quienes se acercaban con niños, obligando al GAPs a informar y visibilizar esta situación a miembros del CPR, quienes dieron una rápida respuesta, poniendo a disposición un espacio diferente, más comfortable para la espera, con servicio de bebidas calientes y algún refrigerio, sanitarios accesibles y comodidades para la atención de los menores, incluyendo un par de bebés que llegaban acompañando a sus madres.

Siguiendo los protocolos de Primeros Auxilios Psicológicos (IASC, 2007), el acompañamiento y contención inicial brindado por el GAPs se complementaba con un relevamiento socio-ambiental de las familias, así como de la composición de los grupos y parentescos, información que sería fundamental con el correr de los días, para que los efectores del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y los servicios de Atención (Judicial) a la Víctima de Nación y Provincia, pudieran brindar asistencia específica y personalizada a cada familia, sin caer en la revictimización secundaria que implica preguntar y repreguntar una y otra vez los mismos datos a los afectados.

Otro espacio de actuación, que permitió aplicar algunos lineamientos básicos propuestos en los protocolos de comunicaciones para situaciones de emergencias y desastres (OPS, 2009), fue el acompañamiento al Comité de Crisis (CC), integrado por autoridades políticas de Nación y Provincia, incluyendo al Secretario de Seguridad Ciudadana, dependiente del Ministerio de Seguridad de la Nación, al Ministerio de Producción de la Provincia, al Secretario de Asuntos Marítimos de la Provincia, autoridades del CRP y autoridades del PNA, este último en carácter de organismo responsable del operativo SAR.

Así, la extensa intervención psicosocial, que se prolongó durante casi treinta días, brindando acompañamiento y asistencia a familiares del Rigel, desde la declaración de la emergencia y hasta la finalización del operativo SAR, incluyó la presencia de los 14 voluntarios del GAPs repartidos a lo largo de 37 partes informativos del CC, 2 marchas, presencia en la sesión especial que la Comisión de Intereses Marítimos de la Cámara de Diputados de la Nación celebró en la sede del CRP y numerosas reuniones del Comité de Crisis, insumiendo una carga de 420 horas/integrante de dedicación efectivas.

NAUFRAGIO, UN DESASTRE CON “DURANTE” EXTENSO

Si bien los estándares del protocolo PAP (OPS, 2002; OPS, 2006; IASC, 2007) recomiendan un plazo para la aplicación del mismo que va desde algunas horas hasta aproximadamente 7 días de ocurrido el incidente disruptivo, para el caso particular de este naufragio –tipificación de incidente que a la fecha no cuenta con protocolos de intervención específicos en nuestro país– el GAPs debió asumir, como criterio de aplicación del PAP, al período vigente del operativo SAR, ya que mientras el mismo se mantiene activo, los cuadros emocionales que presentan los familiares afectados resultan consistentes con las reacciones que se producen durante las primeras horas de una emergencia clásica, alternándose estados de negación y enojo, con intensas manifestaciones de ansiedad y angustia, las cuales se van incrementando con el correr de los días, a medida que la esperanza de encontrar vivos a los tripulantes disminuye.

De este modo, el acompañamiento y contención a las familias realizado por el GAPs en dependencias del CPR y de PNA, en la fase que podríamos denominar el “DURANTE” de la tragedia, fue realizado conforme los protocolos de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) validados por la National Child Traumatic Stress Network (NCTSN, 2006) y la Inter-Agency Standing Committee (IASC, 2007), de acuerdo a los criterios encomendados por la OMS.

El PAP, una herramienta que tiene por objeto brindar ayuda a niños, adolescentes y adultos, personas o grupos, para afrontar las consecuencias inmediatas de las emergencias o desastres, se propone establecer una conexión humana compasiva y no intrusiva con el individuo, identificando sus necesidades y preocupaciones inmediatas, recogiendo información adicional que este pueda brindar, a efectos de adaptar las intervenciones a su situación particular, ayudándolo de este modo a establecer contacto con redes de apoyo (familiares, amigos y recursos comunitarios), a la vez que proveyendo información sobre las reacciones esperables frente al estrés agudo padecido (normalización), brindando estrategias de manejo de adversidades que permitan reducir la angustia y conectando a los damnificados con los efectores de Servicios Públicos disponibles, que puedan necesitar en ese momento o en el futuro. De esta manera, el protocolo PAP busca reducir, en el corto y mediano plazo, la angustia producida por eventos traumáticos y promover el funcionamiento adaptativo y habilidades de afrontamiento, para lo cual es menester ajustar las intervenciones a las características y necesidad propias de cada sujeto, así como a sus modos de reaccionar frente al evento (MS, 2015; OPS, 2006; NCTSN, 2006; IASC, 2007).

IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LOS EQUIPOS DE INTERVENCIÓN

Diversos autores (Moreno Jiménez, Morante Benadero, Rodríguez Carvajal y Rodríguez Muñoz, 2008) sostienen que la atención a personas padecientes (LNSM, 2010) alcanza un desarrollo efectivo, debido fundamentalmente a la aplicación de la capacidad empática del interviniente. En este sentido, si bien la empatía se constituye como un factor determinante que resulta positivo, ya que refuerza el vínculo con los afectados y facilita el proceso de ayuda, también puede transformarse en negativa, toda vez que el respondiente no logra distinguir entre su propia realidad y la de la víctima, situación que lo puede llevar a sentirse desbordado o incluso desarrollar reacciones similares a las personas damnificadas. Por su parte, Figley (1995) afirma que, cuando el trabajo profesional implica compartir de manera prolongada historias y experiencias penosas de otras personas, se podría estar expuesto a una situación de desgaste emocional, potencialmente patógena. (Figley, 1995; Moreno Jiménez, Morante Benadero, Rodríguez Carvajal y Rodríguez Muñoz, 2008; citados en Fischetti, Sutil y Zarza, 2017)

Consistente con ello, los manuales y guías de OMS (2010) y OPS (2002; 2006) sostienen que los trabajadores de campo abocados a servicios de primera respuesta pueden resultar afectados en su Salud Mental debido al impacto negativo que resulta de la exposición ante situaciones de emergencia o desastres.

En el caso particular de la intervención realizada con las familias del Rigel, durante cuatro semanas, caracterizadas por una exposición prologada a intensas manifestaciones de sufrimiento, dolor y enojo por parte de los asistidos, puso a prueba todas las estrategias resilientes de autocuidado aprendidas de los integrantes del GAPs.

Entre los recursos salutogénicos aplicados por el GAPs, cabe mencionar la administración de protocolos desactivación emocional luego de finalizada cada intervención, tales como el

Defusing, diseñado por Mitchell (1993) y el Debriefing, también propuesto por Mitchell (1993) pero con interesantes modificaciones incorporadas por la Dra. Gisela Perren Klingler (Mitchell, 1993, citado en Miller, 2003; Perren Klingler, 2009).

El Defusing, una técnica basada en una sesión breve, semiestructurada, se aplica después del incidente, en este caso la intervención, tan pronto como sea posible o en las primeras 24 horas luego de ocurrida. Se conduce dentro de una atmósfera de apoyo mutuo, en la cual los participantes describen sus sentimientos y reacciones al suceso. Su objetivo es crear una atmósfera positiva, de apoyo y escucha respetuosa, sin permitir las críticas. Por otra parte, el Debriefing, se lleva a cabo una intervención grupal estructurada, donde se busca examinar y ayudar a los intervinientes a enfrentarse a los sonidos, olores, pensamientos, sentimientos, recuerdos y reacciones físicas percibidas durante la situación crítica, y la respuesta que los mismos generan en el interviniente, integrándolos como reacciones normales ante un evento anormal, a efectos de prevenir manifestaciones sintomáticas o traumáticas futuras.

ESTRATEGIAS DE AUTOCAUIDADO

En su función preventiva, la Psicología de la Emergencia provee herramientas tales como la capacitación, los simulacros y las estrategias de autocuidado destinadas a ayudar a los integrantes de equipos de primera respuesta (salud, seguridad, bomberos) y en general para todos aquellos que, en su quehacer diario, se vean enfrentados a situaciones que impliquen riesgo para su salud y bienestar.

Dentro de estas estrategias de autocuidado, las guías para primeros respondientes (OPS, 2002, 2006, 2010) incluyen la meditación como un importante recurso resiliente vinculado a la promoción de la salud y el control del estrés. Una buena adaptación de la meditación a nuestra cultura occidental la constituye el *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 1991), una herramienta práctica y efectiva para el autocuidado, denominada también como “atención plena”, concebida como una técnica para llevar la propia atención a las experiencias que se están percibiendo en el momento presente, aceptándolas sin juzgar.

De acuerdo con Parada Torres (2009), el cuidado de la salud de los emergencistas, debe iniciarse preventivamente y continuarse durante la intervención en situaciones críticas, inmediatamente después y en los días y semanas siguientes, ya que el estrés excesivo se acumula, convirtiéndose en un factor de riesgo personal. Por ello, las instituciones deben poner énfasis en la elaboración de programas preventivos que permitan el autocuidado de sus integrantes, dentro y fuera del área laboral, desde potenciar los hábitos saludables, las actividades de ocio, fomentar los vínculos sociales y demás estrategias que ayuden a generar resiliencia y fortalezas personales, para la gestión del estrés y la promoción y cuidado de la salud.

Teniendo en cuenta estas teorizaciones como parte de la formación y entrenamiento del GAPs, cada uno de los miembros pudo generar sus propias estrategias y actividades personales a manera de desactivación emocional, tanto en el durante con la contención a los familiares, como en el retorno a sus actividades cotidianas.

COMENTARIOS FINALES:

A modo de cierre, y como conclusiones de la experiencia, cabe destacar la importancia que reviste la formación y entrenamiento específico en herramientas propias de la Psicología de la Emergencia, el cual permitió, a los graduados y estudiantes avanzados que acudieron diariamente durante los casi treinta días que estuvo activa la operación SAR, la posibilidad de dar respuesta a las demandas cotidianas que surgían tanto de los familiares como del Comité de Crisis, articulando lo aprendido en teoría y entrenamientos previos con un caso real, en un marco de intervención profesional protegido con estrategias de autocuidado.

Por otra parte, la experiencia acumulada adquirida y el devenir de las situaciones diarias, fue determinando la construcción grupal de estrategias de intervención, y con ello un saber que debería ser aprovechado para la elaboración futura de un protocolo de asistencia psicosocial en situaciones de naufragios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Araya, C. (2001). *Psicoprevención y Psicología de la Emergencia*. Santiago: Editorial Infolink/Kartel.
- Arraigada, M., Verón, M.A. y Cepeda, C. (diciembre, 2016) *La Psicología de la Emergencia en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental*. Ponencia presentada en VII Congreso Marplatense de Psicología. Mar del Plata.
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo*. Buenos Aires: Biblos. Extracto.
- Benyakar, M. (2012). *Lo disruptivo y lo traumático: Vivencias y Experiencias*. *Imago Revista*, 160.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2007). *Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?*. *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Génova: IASC. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6410.pdf>
- Ley 26657 (LNSM). (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Responder al estrés en vez de reaccionar a él de forma automática*. En *Vivir con plenitud las crisis: Cómo Utilizar la Sabiduría del Cuerpo y de la Mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad* (pp. 313-322). Barcelona: Kairós.
- Miller, J. (2003). *Critical Incident Debriefing and Social Work*. En *Journal of Social Service Research* 30(2), 7-25. DOI: 10.1300/J079v30n02_02
- Ministerio de Salud (MS). (2013). *Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Disponible en: http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf
- Ministerio de Salud (MS). (2015). *Salud Mental: Recomendaciones para la intervención ante situaciones de emergencias y desastres*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/recursoscomunicacion/pdf/2015-04-24_sm-en-emergencias-y-desastres.pdf

- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) & National Center for PTSD. (2006). Primeros Auxilios Psicológicos, Guía de Operaciones Prácticas. Disponible en:
http://www.nctsn.org/sites/default/files/pfa/spanish/1primeros_auxilios_book_final_comp_guide
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (Ed). Disponible en <http://helid.digicollection.org/es/d/Js2923s/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2006). Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de desastres. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (Ed). Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: Guía para equipos de respuesta. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud (Ed). Disponible en
http://www.who.int/mental_health/publications/response_teams_guide/es/
- Perren Klingler, G. (2009). Técnicas de prevención secundaria de consecuencias psicológicas postraumáticas. Ponencia presentada en el 3r Congreso Mexicano de Psicotraumatología, en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Lasalle, Mexico, DF. Disponible en <http://www.institut-psychotrauma.ch/>
- Poseck, B., Carbelo, B. & Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del Psicólogo, 27(1), 40-49.
- Santacruz Escudero, J.M. (2008). Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). En Rev. Colomb. Psiquiat., 37, 1.
- Valero, S. (2002). Psicología en Emergencias y Desastres. Lima: