



**Universitat de les
Illes Balears**

Títol: *Traumatización vicaria y catástrofe: una realidad poco conocida.*

NOM AUTOR: Neus Covas Martorell

DNI AUTOR: 43.208.892-B

NOM TUTOR: José Francisco Campos Vidal

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau de Treball Social

Paraules clau: *trauma, traumatización vicaria, trauma secundario, catástrofe, desastre.*

de la
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2013-2014

En cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marcau aquesta casella:

Traumatización vicaria y catástrofe: una realidad poco conocida.

Resumen

El objetivo de este documento es conocer un término poco trabajado y relativamente actual como es el concepto de traumatización vicaria, el cual será enfocado desde la perspectiva interventiva, ante situaciones catastróficas, por parte de los distintos profesionales que trabajan en dichos contextos. Para ello, hacemos un recorrido por los distintos elementos que permiten recrear el ambiente en el que tiene lugar la empatía del profesional que interviene y los distintos aspectos que inciden en él. Por ello, en primer lugar, tratamos el concepto de trauma planteando la perspectiva que adopta en términos generales, qué características lo definen y qué fases se identifican en éste. Posteriormente trabajamos el concepto de traumatización vicaria y el vínculo que tiene con las vivencias de los usuarios ante situaciones catastróficas. Finalmente, se hablará de la prevención y el tratamiento de la traumatización vicaria, desde el planteamiento de las posibles técnicas a utilizar para dicho cometido.

Palabras clave: *trauma, traumatización vicaria, trauma secundario, catástrofe, desastre.*

Abstract

The objective of this paper is to know a term relatively little current as is the concept of vicarious traumatization, which will be approached from the perspective interventional, against natural disasters, by different professionals working in these contexts. To do this, we do a tour of the various elements that allow recreating the environment in which professional empathy involved and the different aspects that affect it occurs. Therefore, first, we treat the concept of trauma raising the prospect that adopts broadly, defining characteristics and phases identified in this. Then work the concept of vicarious traumatization and the link it has with the experiences of users with catastrophic situations. Finally, we talk about the prevention and treatment of vicarious traumatization from the approach of the techniques used for this task.

Keywords: *trauma, vicarious traumatization, secondary trauma, catastrophe, disaster.*

1. EL CONCEPTO DE TRAUMA.

Tal y como remarca Sassón (2004), a lo largo de la historia de la psiquiatría ha habido discusiones acerca de la etiología del trauma: si sus causas eran orgánicas, psicológicas o sociales; si el origen de la enfermedad estaba en el suceso traumático en sí mismo o si se necesita una vulnerabilidad preexistente; si el trauma era el evento en sí mismo o la interpretación subjetiva que el individuo le otorga.

La etiología y sintomatología del trauma ha sido adjudicada y formulada por las teorías psiquiátricas en consonancia con el pensamiento dominante de cada época. La variedad del desarrollo teórico, demuestra que la noción de trauma es inherente a la complejidad de la existencia humana y aún no cuenta con un consenso conceptual.

Actualmente, el trauma es considerado una experiencia que pone a prueba la integridad de las personas y que suele estar asociado a acontecimientos inesperados e incontrolables que, producen emociones extremas, confusión, ambivalencia,... Normalmente, tiene efectos sobre la concepción de seguridad, invulnerabilidad y control de la propia vida y provoca desconfianza en sí mismo y en los demás. Se trata de un suceso difícil de compartir con otras personas e incomprensible para los demás, lo que disminuye la posibilidad de que el sujeto pueda hacerle frente (Pérez, 2006).

Así pues, un suceso traumático es un acontecimiento para el cual no estamos preparados, porque no se encuentra entre las experiencias vitales habituales. Por lo que la gravedad de este suceso y la ausencia de respuestas adecuadas para hacerle frente, derivan en un impacto psicológico de gran intensidad. Se consideran situaciones traumáticas: las agresiones sexuales, actos de terrorismo, tortura, secuestro, desastres naturales... (Martínez, 2010)

Del mismo modo, una vez se ha vivido una situación traumática, las personas tienden a percibir una sensación constante de incertidumbre acerca de lo vivido, es decir que la concepción de real se ve distorsionada, lo cual provoca dudas en la víctima sobre la veracidad de lo padecido (Kaufman, 1998).

Por otro lado, la magnitud del impacto psicológico dependerá de la intensidad de la experiencia vivida y de las condiciones vitales de cada persona, de las defensas con las que cuenta y del sentido y significado que le dé al acontecimiento.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, las características que definen el trauma podrían enumerarse de la siguiente manera (Martínez, 2010):

- a. Es una situación extraordinaria compartida con pocas personas o con ninguna.
- b. Suele provocar la movilización pública o privada.
- c. Situación representada por roles sociales específicos: víctima, héroe, verdugo.
- d. Normalmente supone un peligro para la propia vida y va acompañado de una pérdida.

- e. La percepción de la persona es que se siente sola, única e incomprendida.
- f. Muy pocas veces es percibido por lo demás.
- g. Es vivido como algo impactante, inesperado y que puede sucederle a los demás pero no a uno mismo.

Finalmente, merece la pena destacar que a pesar de singularidad de la situación vivida y la heterogeneidad de los sucesos traumáticos, las personas que han padecido estas situaciones muestran un perfil común respecto a los efectos que esta situación ha tenido sobre ellos y que según Puchol (2001) se pueden clasificar en tres bloques:

1. Re – experimentación del suceso traumático:

- ✓ Flashbacks. Sentimientos y sensaciones asociadas por la persona a la situación traumática.
- ✓ Pesadillas. Sobre el evento u otras imágenes asociadas al mismo son recurrentes en sueños.
- ✓ Reacciones físicas y emocionales desproporcionadas ante acontecimientos asociados a la situación traumática.

2. Incremento de la activación:

- ✓ Dificultades para conciliar el sueño/ híper vigilancia.
- ✓ Problemas de concentración.
- ✓ Irritabilidad, impulsividad y/o agresividad.

3. Evitación y bloqueo emocional:

- ✓ Intensa evitación, huida, rechazo hacia situaciones, lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones asociadas al suceso traumático.
- ✓ Pérdida del interés.
- ✓ Bloqueo emocional y/o aislamiento social.

Estos síntomas post – traumáticos pueden prevalecer en el tiempo o ir desapareciendo poco a poco. Sin embargo, hay una serie de elementos que funcionan como obstáculos y que no permiten que los síntomas vayan desapareciendo. Estos elementos reciben el nombre de factores perpetuadores y potenciadores de los síntomas y son (Pérez, 2006):

1. Compartir los hechos traumáticos: Hablar con otras personas sobre lo que se ha padecido, puede ser una acción muy beneficiosa porque da coherencia y sentido interno a la experiencia, facilita su integración, se recibe una validación y reconocimiento social de la situación y, finalmente, se comparten experiencias y modos de afrontamiento potencialmente útiles. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la persona en cuestión,

debe estar preparada para compartir estos sucesos traumáticos, sin forzarla a hacerlo y con un motivo terapéutico.

2. Búsqueda de la lógica de los hechos: El hacerse preguntas del tipo “por qué”, “por qué él/ella”, “por qué yo”, “por qué en ese lugar”, “por qué de esa manera”... perpetúa el sufrimiento y además, no nos facilita la superación del suceso traumático, ya que son preguntas que no tienen respuesta. Lo que tiene como consecuencia el acabar dando vueltas una y otra vez a lo sucedido sin llegar a conclusiones que lleven a conductas.
3. Ruptura de los vínculos afectivos: La seguridad que siente uno mismo se basa en las relaciones que se mantienen con la realidad y con los demás, el romper con estas relaciones tiene como consecuencia posturas de auto protección. Estas posturas se caracterizan en que la persona en cuestión se aísla de todo el mundo y no quiera establecer nuevas relaciones debido a las experiencias pasadas que dieron como resultado la vivencia del trauma.

2. TRAUMATIZACIÓN VICARIA.

El malestar sufrido por profesionales o trabajadores involucrados en el manejo de situaciones altamente estresantes (trabajo con pacientes terminales, con víctimas de violencia y/o abuso, con afectados por catástrofes, con personas en situaciones límite...), puede identificarse con diferentes términos: Desgaste por Empatía (Compassion Fatigue), Traumatización Vicaria o Estrés Traumático Secundario, de los cuales abordaremos el concepto de traumatización vicaria.

La identificación del concepto específico de traumatización vicaria fue realizada por McCann y Pearlman en 1990 para referirse a síntomas traumáticos sufridos por los profesionales (policías, bomberos, personal sanitario, psicólogos, trabajadores sociales y voluntarios) que integran equipos que trabajan con víctimas que sufren violencia extrema. La traumatización vicaria, tal y como explica Sassón (2004), “alude a la transmisión del estrés traumático mediante la exposición repetida, auditiva o visual, al relato de eventos traumáticos sufridos por otro individuo y las consiguientes modificaciones/distorsiones que tienen lugar en los sistemas perceptual y de sentido del profesional”. Armayones (2007) afirma:

Es el efecto de experimentar, vivenciar, de vivir la angustia, el dolor, el miedo y cualquier otra emoción negativa de las que viven las personas a las que se está ayudando, es la exposición secundaria al trauma y la implicación emocional a las experiencias traumáticas de los usuarios.

El término traumatización vicaria se refiere a una situación puntual que aparece inesperadamente y sin demasiado aviso, a un estado que se puede ir repitiendo a lo largo del tiempo con unos efectos acumulativos y permanentes; que tendemos a concebir más como una reacción a acontecimientos concretos que a un proceso.

Además de ser un acontecimiento concreto e inesperado, tal y como dice Vila (2010), “los cambios que se dan ante la traumatización vicaria son únicos para cada profesional y dependen de su personalidad, estilo defensivo y recursos propios”. Los autores que han trabajado este tema describen la existencia de cambios generales y específicos en la conducta personal de los profesionales. En cuanto a los cambios generales, se encuentran con una falta de tiempo para uno mismo, aislamiento social, sensibilidad aumentada a la violencia, cinismo, desesperanza generalizada, pesadillas, entre otros. Por lo que se refiere a los cambios específicos, se dan: interrupciones en el esquema referencial, cambios en la identidad, la perspectiva del mundo, recursos del yo afectados, interrupción de las necesidades psíquicas y los esquemas cognitivos, alteraciones en las experiencias sensoriales (imágenes intrusivas, disociación, despersonalización), entre otros. (Ayuso & Ruiz, 2010)

De este modo, el trauma vicario se asocia a trastornos y cambios sufridos en los esquemas cognitivos que el terapeuta tiene, los cuales se clasifican en cinco áreas: la seguridad (sentirse seguro del daño perpetuado por uno mismo y por los demás), la confianza y la dependencia (ser capaz de depender y confiar en los demás y en uno mismo), la autoestima (sentirse valorado por los demás y por uno mismo, y valorar a los demás), la intimidad (sentirse conectado a los demás y con uno mismo) y el control (la necesidad de ser capaz de “aceptar y gestionar” los sentimientos y comportamientos propios, así como los de otros), cada una representando una necesidad psicológica y experimentándose en relación con el “sí mismo” y con el otro (Morales, Gallego & Rotger, 2008). El proceso cognitivo derivado del trauma vicario puede nublarse, realizándose diversidad de conductas negativas a nivel personal y profesional: trabajar en exceso, dificultad para tomar decisiones, pérdida de sensibilidad a las propias necesidades, falta de interés por los demás, entre otras (Vila, 2010).

En el momento en que se da el trauma vicario pueden evidenciarse una serie de factores que contribuyen a que este acontecimiento se produzca. Estos factores pueden clasificarse desde la contribución de los diferentes agentes que interaccionan en el proceso de traumatización vicaria. Vila (2010) los clasifica según la contribución de las organizaciones, de los usuarios y del propio profesional:

- Contribución a la traumatización vicaria desde las organizaciones:
 - No dar respiro al personal.
 - No dar suficiente supervisión calificada.
 - Negar la gravedad de las consecuencias traumáticas de los pacientes.
 - No dar oportunidades de educación continua.
 - No dar suficientes vacaciones.
 - No encontrar formas de que el personal tenga psicoterapia.

- Contribuciones a la traumatización vicaria desde nuestros pacientes:
 - Multiplicidad de problemáticas y limitación de recursos propios.
 - La crisis de la experiencia traumática reciente.

- Su idealización positiva o negativa respecto del profesional.
 - Los peligros que actualmente enfrentan.
 - El terror y la vergüenza que los paraliza.
 - La indefensión y la vulnerabilidad de los pacientes niños.
 - Sus conductas destructivas, odio, desesperación y deseos de suicidalidad crónicos.
- Contribuciones a la traumatización vicaria desde los profesionales:
 - Expectativas no realistas de la profesión.
 - Una historia personal de trauma que puede ser movilizada por el material del paciente y que puede hacerlo a uno particularmente sensible a ciertas transferencias o expectativas de los pacientes.
 - Creencias infundadas sobre el valor del estoicismo o la supuesta neutralidad que determina que el profesional se avergüence y silencie sus sentimientos.
 - Estrategias personales de vida que no ayudan o tienen mucho costo psíquico (adicciones, aislamiento, disociación).
 - Circunstancias actuales de vida estresantes.
 - Trabajar en áreas en las que el profesional tiene insuficiente entrenamiento o una comprensión teórica inadecuada de las problemáticas.
 - Rechazo a utilizar supervisiones o consultas en un esquema de educación continua.
 - Ser nuevo en el campo del trauma.

Finalmente, hay que nombrar cuales son los signos con los que puede evidenciarse que los profesionales de la emergencia son tan humanos como cualquier otra persona, lo que significa que pueden verse tan afectado como cualquier otra persona ante determinados estimulantes. Se ha de saber que la mayoría de dichos profesionales en el momento de la intervención tienden a revestirse de una “coraza”, no obstante, una vez transcurre la intervención esta actitud protectora tiende a desaparecer y dar paso a los signos que indican la existencia de un estado de estrés agudo derivado el impacto psicológico con la vivencia de la intervención.

Los signos y síntomas incluyen, pero no se limitan a, aislamiento social, inestabilidad emocional, agresividad, mayor sensibilidad a la violencia, los síntomas somáticos, dificultades para dormir, imágenes intrusivas, el cinismo, las dificultades sexuales, dificultad para la gestión de las fronteras con los clientes, y creencias fundamentales y que resulta dificultades en las relaciones que reflejan problemas con la seguridad, la confianza, la autoestima, la intimidad y control. Tal y como nombra Parada (2005), “los signos que nos pueden resultar perceptibles son tan diversos como:

- A nivel fisiológico: Fatiga, tensión, opresión en el pecho, dolor de cabeza o espalda, mareos, escalofríos, temblor, respiración entrecortada, etc.
- A nivel cognitivo: Confusión, desconcierto, hipervigilancia, búsqueda de culpables, problemas para tomar decisiones, pensamientos intrusivos o recurrentes, disminución en

la capacidad para solucionar problemas o para hacer razonamientos, falta de concentración, etc.

- A nivel afectivo: Tristeza, culpabilidad, miedo, ansiedad, agitación, irritabilidad, cólera, aprehensión, shock, indefensión, etc.

- A nivel motor: Retraimiento, comportamiento antisocial, incapacidad de descansar, movimientos deambulantes, habla acelerada y balbuceante, apetito alterado, consumo de alcohol, tranquilizantes, etc.”

Por todo ello, se ha de tener muy en cuenta todas las situaciones a las que puede derivar el hecho de estar en contacto con una situación crítica, de este modo se podrán divisar todas las consecuencias y síntomas que un profesional puede tener.

3. TRAUMA VICARIO ANTE UNA CATÁSTROFE.

A partir de lo expuesto en los apartados anteriores, y tras conocer el concepto de traumatización vicaria; es necesario hacer hincapié en cuál es su relación con las situaciones catastróficas que viven nuestros usuarios. Por ello, siendo el objetivo de este documento conocer la perspectiva interventiva que se da ante situaciones catastróficas por parte de los distintos profesionales y cuál es la repercusión de la empatía de dichos intervinientes ante las situaciones de estrés, en este apartado nos dispondremos a conocer las distintas situaciones de emergencia y de urgencia en las que se puede intervenir, definir el concepto de catástrofe, y esclarecer cual es la relación que se da entre trauma vicario y una situación estresante como es una catástrofe.

3.1. CONCEPTO DE CATÁSTROFE.

A lo largo de la historia, se han utilizado de manera indistinta los conceptos de desastre, catástrofe, emergencia o accidente, para referirse a acontecimientos destructivos, tanto para el individuo como para la comunidad (García & Gil, 2004). De ello, surge la dificultad de establecer las fronteras entre uno u otro, ya que la literatura proporciona poco consenso a la hora de definir los distintos términos. Esta dificultad viene derivada de que todos ellos pueden ser englobados dentro de un mismo ámbito conceptual, ya que los cuatro términos, aunque en diferentes grados, hacen referencia a acontecimientos estresantes que ponen en peligro la integridad tanto física como emocional de la persona.

García & Gil (2004) nos acercan una serie de características comunes existentes entre los distintos términos, entre las que encontramos:

- Precisan de una intervención inmediata.

- Presentan reacciones psicológicas similares en función de la magnitud del evento y las repercusiones en el sujeto.
- Pueden ser inesperadas y accidentales, y por tanto causar desconcierto, conmoción, confusión y desprotección, entre otros.
- Constituyen una situación de peligro inmediata para la integridad física y emocional del sujeto.
- Son una fuente de destrucción que provoca daños materiales y humanos.

A pesar de compartir estas características comunes, es importante reconocer que existen importantes elementos diferenciadores entre las diversas situaciones y se hace necesario identificarlos para poder delimitar los conceptos claramente. Los elementos diferenciadores pueden clasificarse en cuatro criterios:

- La movilización de recursos tanto para la gestión del suceso como para dar apoyo a las propias víctimas (principales y secundarias). El declarar un suceso como desastre, emergencia, accidente o catástrofe puede implicar una mayor o menor movilización de los recursos tanto para la propia gestión del desastre como para las propias víctimas. Esto permitirá conocer las características diferenciativas de cada situación con el fin de diseñar planes de intervención.
- El número de personas implicadas.
- El grado de implicación de las personas dentro del área o sistema social impactado.
- La cantidad de destrucción causada en el sistema social por el suceso estresante.

Los últimos tres parámetros sitúan los cuatro tipos de crisis sociales en un continuo que va de menor a mayor estrés colectivo. Por lo que se refiere al concepto de accidente, este se encontraría en el extremo de menor estrés, donde la ruptura se produciría en un grupo muy específico de víctimas. Como ejemplo de accidentes se pueden citar un accidente de un coche, un suicidio, una muerte de un hijo, etc.

Por emergencia entendemos aquellas situaciones que producirían mayor estrés que el accidente pero menos que el desastre, ya que estas crisis interfieren sobre las actividades realizadas de un número determinado de personas implicadas en una comunidad concreta, como por ejemplo un choque de trenes.

El desastre, se situaría en el extremo que causaría mayor estrés colectivo y implicaría el mayor número de víctimas afectadas, así como una ruptura en la mayoría de las estructuras sociales y la infraestructura comunitaria (edificios, redes de comunicación...). Un tornado y un terremoto podrían ser considerados como desastres.

Finalmente, por lo que concierne al objetivo del presente trabajo abarcaremos con más profundidad el concepto de catástrofe. Las catástrofes se situarían en el extremo que producirían un mayor grado de estrés colectivo que el desastre debido a la ruptura total de

todas las estructuras sociales de la comunidad afectada. Son situaciones que requieren acciones inmediatas y bien planificadas, que generalmente superan la capacidad de respuesta por la insuficiencia de recursos humanos, tecnológicos, económicos, y de organización de la comunidad afectada (Sassón, 2004).

Benyakar (citado por Sassón, 2004) considera la existencia de dos grandes tipos de catástrofes:

- Las provocadas por la acción u omisión del hombre, las cuales, a su vez, se pueden subdividir en:
 - Planificados o deliberados: deforestaciones, incendios, masacres, genocidios, holocaustos, guerras, terrorismo, motines, etc.
 - Accidentales, Técnicos y Defectos químicos: accidentes automovilísticos, aéreos y ferroviarios, explosiones, incendios, derrumbes, etc.

- Las que son producto de los fenómenos naturales que escapan a su control, entre los que encontraríamos terremotos de un nivel alto en la escala de Richter, tsunamis y huracanes.

Una vez clasificadas las tipologías, es importante esclarecer los rasgos singulares de ambas, ya que la causalidad del evento determinara el impacto del dolor en el sujeto y colectivo social. Los rasgos singulares que importa considerar son: la previsibilidad o no previsibilidad, si son fugaces o prolongadas, transitorias o permanentes, selectivas o masivas, individuales o colectivas. Con ello, se debe tener presente que aunque las catástrofes puedan ser pronosticadas o prevenidas, e incluso puedan explicarse científicamente, el daño individual y colectivo (entorno del sujeto) seguirán sufriendo un sentimiento de incertidumbre que es prolongado en el tiempo (Sassón, 2004).

Finalmente, teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, todas las situaciones mencionadas podrían comprenderse bajo el concepto de “situaciones de emergencia y urgencia”, ya que todas producen una situación de estrés en todas las personas implicadas así como en la comunidad afectada; desembocando en una alteración, en la mayoría de los casos temporal, del equilibrio psicológico debido a una serie de cambios producido, en su mayoría inesperados, por lo que requieren una intervención inmediata (García & Gil, 2004).

3.2. RELACIÓN ENTRE TRAUMA VICARIO Y CATÁSTROFE

“Tradicionalmente, a lo largo de la historia, la respuesta a las emergencias fueran del tipo que fueran (peleas, maltratos, incendios, desastres naturales, atentados, guerras, pobreza...) atendían a ciertas necesidades concretas de la situación: como la atención médica y policial inmediata, la provisión de refugio, ropa, alimentos... Sin embargo, desde hace un par de décadas se ha venido demostrando que la necesidad y la importancia del apoyo psicológico en los momentos críticos es tan fundamental como las necesidades que ya se venían cubriendo con anterioridad, y que esta es vital tanto para las víctimas como para trabajadores y voluntarios implicados en sucesos estresantes.” (Esteban, Herreros, Iglesias & Larrañaga, 2013)

El trabajar en situaciones de emergencia expone a las personas que intervienen a experiencias estresantes que repercuten en el bienestar personal, su rendimiento en el trabajo y, en la vida social y familiar. El desgaste profesional causado por el contacto constante con el dolor de los demás, la frustración, los conflictos... hacen que el profesional dedicado a labores de asistencia, intervención, prevención, orientación y atención a la población, esté expuesto a un estrés continuado, y manifieste síntomas de agotamiento físico y psíquico.

Más concretamente, podemos hablar de aquellas personas que intervienen en situaciones críticas de emergencia como puedan ser catástrofes naturales, guerras o atentados terroristas. Es habitual que dichas personas al terminar su trabajo sufran un gran impacto psicológico y tengan, consecuentemente, dificultades para volver a su vida habitual. “Estas situaciones, llamadas críticas constituyen eventos fuera del rango habitual de experiencias del interviniente, y es por ello que producen tal grado de afectación en la persona que ésta podría sufrir un alto riesgo físico y psicológico. La importantísima labor que llevan a cabo los profesionales y voluntarios de la emergencia, por lo tanto, conlleva un gran coste físico y psicológico y tiene daños colaterales. Durante y después de una experiencia estresante, pueden surgir sentimientos y emociones muy fuertes al respecto del suceso vivido, los profesionales de las emergencias y voluntarios han de ser conscientes del trabajo que supone atender a los intervenidos, y han de hacer consciente la importancia del propio trabajo al respecto. Además han de recibir la ayuda psicológica necesaria tras su intervención, con el objetivo de aliviar la tensión acumulada y prevenir el estrés post traumático”. (Esteban et al 2013).

Esteban et al (2013), nos acercan la visión de la National Centre for PTSD (EEUU) acerca de los síntomas que pueden aparecer en los profesionales y voluntarios que trabajan en situaciones de emergencias críticas. La National Centre for PTSD expone al respecto que una de cada tres personas que trabajan en situaciones de emergencia crítica habitualmente llegan a presentar una serie de síntomas de estrés, llegan a presentar uno o todos los síntomas de estrés siguientes: disociación, reexperimentación de la situación vivida, intento de evitar estímulos asociados al traumatismo, disminución de la capacidad de respuesta al mundo exterior, aumento de la activación, ansiedad y depresión.

Por ello, el personal de emergencia ha de ser consciente de la situación a la que está expuesto, a la situación que está viviendo y, ha de ser consciente del impacto personal que está dicha vivencia puede conllevar, siendo capaz de cuidar y preservar su bienestar emocional y físico. Además, han de disponer de un apoyo psicológico que trabaje con las personas implicadas en la intervención cuando ya haya finalizado su trabajo para permitirles que el impacto posterior no sea tan negativo como lo sería sin un apoyo. La tarea de atención psicosocial al personal que atiende a las víctimas en situaciones de emergencia, se convierte en una acción de primer orden, por lo que los programas de prevención y la atención posterior dirigida a los profesionales y voluntarios implicados en emergencias, han de ser piezas prioritarias en el engranaje de la atención (Esteban et al, 2013).

4. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

“La traumatización vicaria no es responsabilidad de los usuarios o sistemas, aunque las instituciones que prestan servicios relacionados con el trauma tienen la responsabilidad de crear políticas y entornos de trabajo que faciliten el bienestar del personal. Cada profesional que trabaja el trauma es responsable del autocuidado, de un trabajo reflexivo, y de participar en consultas regulares y frecuentes. Hay muchas maneras de abordar la traumatización vicaria, todas ellas implican la conciencia, el equilibrio, y la conexión” (Centro de Artigios, 2012).

Existen muchas técnicas para hacer frente a los problemas a los que se ven expuestos los profesionales tras haber trabajado en incidentes críticos. Sin embargo, es conveniente que se tenga en cuenta la necesidad de que los profesionales no solo se queden con el tratamiento posterior, sino que es importante que dispongan de una formación previa, que les permita tener herramientas para manejar este tipo de situaciones y mecanismos de afrontamiento (Esteban, Herreros, Iglesias & Larrañaga, 2013). Con ello, no solo se ha de tener en cuenta el modo de tratar el trauma vicario, sino que se han de conocer también las posibles estrategias que permitan prevenir la traumatización vicaria.

Tal y como exponen Esteban et al (2013), “la meta principal de toda prevención es que el equipo de primera respuesta como bomberos, rescatistas, policías, médicos, voluntarios y trabajadores cuya labor consiste en el trato constante con el público y personas inmersas en conflictos de difícil tratamiento, cumpla con éxito sus funciones. Para prevenir síntomas y reacciones inadecuadas en los trabajadores se recomienda:

- Proporcionar períodos de descanso: permitirá la recuperación rápida y que el trabajador, algo más relajado, retome sus actividades.
- Reducir el estímulo, permitir al individuo que se mueva, camine, se siente, etc. La única restricción es alejarlo de la escena o la situación perturbadora.
- Estimular la discusión, dejar que la persona hable y diga lo que quiera. Invitarle a hablar sobre lo que pasó, pero sin forzarle a ello.
- Reducir la desorientación, ayudar al individuo a que se centre en sus habilidades de razonamiento y no en sus sentimientos.”

Así, para la formación preventiva, hay que definir bien los perfiles más adecuados para la intervención, ya que hay determinadas personalidades que aumentan o disminuyen la probabilidad de pasar por un trauma vicario. Del mismo modo, hay que tener en cuenta la concordancia existente entre las expectativas de los agentes y los objetivos de la intervención. Además, se debe informar y normalizar acerca de las reacciones que seguramente tendrán durante el trabajo, así como aquellas otras que surgirán al finalizar la intervención.

Para acabar con la formación, como exponen Esteban et al (2013), “es conveniente favorecer la creación de grupos de trabajo cohesionados que fomenten el apoyo intergrupar con encuentros informales y formales, como por ejemplo, ejercicios prácticos, la participación activa de los intervinientes en los diferentes proyectos y tareas a realizar, las reuniones de seguimiento y evaluación, favorecer canales de comunicación adecuados, el reconocimiento a los intervinientes por el trabajo realizado, etc.”

Por lo que concierne a la intervención, es idóneo analizar el grado de estrés de los intervinientes, normalizar las reacciones que van a aparecer en ellos, brindar mecanismos de afrontamiento adecuados, y muy importante, que ellos mismos reconozcan cuándo pueden necesitar ayuda complementaria. Para todo ello, existen mecanismos de apoyo y de trabajo para que la traumatización vicaria pueda ser trabajada y paliada. Estos mecanismos o técnicas son (Esteban et al, 2013):

- ❖ El **Debriefing**: Se trata de una intervención psicológica grupal que constituye una estrategia altamente estructurada e ideada, en principio, dirigida a profesionales de emergencia pero los resultados positivos obtenidos han llevado a que se utilice con otro tipo de víctimas secundarias (personal sanitario, militares, educadores...), e incluso se ha optado por realizarla con víctimas directas y sus familias. Se encuentra dentro de las estrategias utilizadas de forma inmediata para atender el estrés, y se dice que es conveniente ponerla en práctica entre las 48-72 horas después de finalizar la intervención, siendo a veces necesario realizar un seguimiento. El modelo mayormente empleado con profesionales de emergencia ha sido el Critical Incident Stress Debriefing (CISD) desarrollado por Mitchell.
- ❖ La **Desmovilización**: Es una técnica de soporte grupal que tiene como finalidad disminuir la presencia de perturbaciones cognitivas y reacciones emocionales reactiva y desadaptativas, y facilitar su descarga. Se trata de una intervención brevísima que se realiza al final de todo, tras el acontecimiento crítico. Un operador o facilitador, invita a los miembros del grupo a una reunión, en la cual los primeros diez minutos van dirigidos a informar al grupo sobre síntomas de estrés y procedimientos de autoayuda. Transcurridos estos minutos, los participantes emplean un corto período de tiempo para hablar, de manera informal, sobre su experiencia y reacciones.
- ❖ El **Defusing**: A diferencia del Debriefing con profesionales de emergencia, el Defusing no pretende promover el “cierre” respecto al estrés provocado por el incidente crítico sino facilitar la reposición del profesional tras la intervención. Por tanto, el Defusing es un encuentro grupal breve y semiestructurado que suele tener lugar tras finalizar un

incidente crítico o el trabajo efectuado con respecto a él. Se realiza una reunión en la que se habla de algunos temas de manera recurrente como la exposición a peligros inesperados, contacto con cadáveres o restos humanos, reacciones de estrés agudo de supervivientes y afectados, encuentro con el sufrimiento de otros, trabajo errático y de gran desgaste, etc. El Defusing puede servir como procedimiento sustitutorio de la sesión del Debriefing, sin embargo, los participantes necesitan de mayor soporte y ayuda y esto lo da el Debriefing.

❖ El **Peer Support**: Constituye unos dispositivos formales de apoyo psicológico proporcionado por profesionales de rol similar al personal afectado, formados y capacitados para la provisión de primeros auxilios psicológicos. Esta labor se proporciona bajo la supervisión de psicólogos especializados. Sus funciones son:

- Proporcionar apoyo psicológico a compañeros afectados y a sus familias.
- Proporcionar enlace con el personal de salud mental cuando es necesario.
- Apoyar al personal de salud mental cuando se requiere.
- Apoyar en la “educación de campo” sobre los servicios de apoyo psicológico a los intervinientes.
- Participar en encuentros de supervisión, formación y asesoramiento.

❖ La **Dramaterapia**: Sue Jennings (citada por Torres-Godoy, 2010), pionera del desarrollo de la dramaterapia, la define como “la aplicación específica de las estructuras teatrales y procesos del drama con una clara intención que es terapéutica”. Algunos de los conceptos clave señalados por la autora son útiles para ofrecer asistencia a los profesionales de ayuda, que requieren frecuentes prácticas de autocuidado, y para trabajar con los usuarios. Este método ofrece un acercamiento colateral y simbólico, desde el teatro y el juego de roles ficcionales, en la co-visión grupal interdisciplinaria, en situaciones generadoras de estrés profesional.

La dramaterapia, tiene como fundamentos conceptuales el teatro, y su práctica busca en los grupos acceder al inconsciente individual y colectivo en forma figurada y metafórica, a través del uso de imágenes, escenas y metáforas teatrales con una finalidad terapéutica de desarrollar la expresividad corporal-emocional y la creatividad. Algunos dramaterapeutas utilizan el dibujo, la pintura, el trabajo con arcilla, plastilina, máscaras, títeres y muñecos, para llevar a cabo la proyección a la dramaterapia (Torres-Godoy, 2010).

Para finalizar, sea de tener presente que cada situación a la que se enfrentan los profesionales de ayuda ante situaciones críticas, conlleva unas consecuencias determinadas condicionadas en su mayoría a las capacidades de afrontamiento de los profesionales. Por este motivo, se ha de partir desde la concepción de que cualquier tratamiento es positivo, no hay una mejor que otro, sino que se han de tener en cuenta muchos factores para determinar cuál será la intervención que favorecerá que los profesionales puedan sobrellevar las secuelas posteriores a la situación traumática. A sí mismo, se ha de tener muy claro que las técnicas de tratamiento expuestas son la única solución a las problemáticas, sino que antes de ello tiene

que haber un primer paso, el más importante, que es dar una formación preventiva a todas aquellas personas que se involucran ante situaciones de emergencia, dándoles las herramientas para poder afrontar los síntomas posteriores a la situación crítica.

5. VALORACIONES FINALES

A lo largo de la historia los profesionales nos hemos encontrado con distintas dificultades a la hora de trabajar con personas que ha pasado por situaciones críticas, y nos hemos enfrentado a distintas consecuencias de dichas intervenciones. Pero, ¿Cuántas nomenclaturas tenemos para describir aquellos síntomas y signos que surgen tras el contacto con situaciones altamente estresantes? Pues bien, la experiencia nos ha enseñado que no existe un solo síntoma sino que depende de muchos factores, que han sido descritos con anterioridad, pero bajo que concepto debemos englobar estos signos.

Se han dado muchas investigaciones y muchos estudios que han tratado de mostrar las consecuencias en el profesional tras intervenciones que conllevan altos niveles de estrés, situaciones que son traumáticas para los usuarios con los que trabajamos, pero todas ellas en su gran mayoría son entendidas bajo un mismo concepto. Los distintos autores que han tratado de entender el proceso por el que pasa el profesional tras la intervención a lo largo de la historia han ido dando distintas nomenclaturas que se han ido renovando y ampliando a lo largo de los años y tras las miles de experiencias, pero a pesar de estas innovaciones la conceptualización aun queda muy breve, ya que aun hay conceptos por conocer.

Uno de estos conceptos es el definido en este trabajo, la traumatización vicaria, cuyas consecuencias son bastante frecuentes y deben ser conocidas por los intervinientes al igual que se tienen en cuenta los antecedentes. Por ello, tras realizar la búsqueda de información pertinente para poder acercar el concepto de trauma vicario, puede verse que a pesar de la cantidad de artículos que intentan definir el trauma vicario se da una gran escasez de documentos clínicos que permitan entender el concepto desde distintas perspectivas y en un amplio expositor de ejemplos.

Esta dificultad para encontrar estudios que permitan conocer que es el trauma vicario, cuando se da, y sus consecuencias, deriva en que para el profesional se den barreras para poder evitar pasar por ello o en su defecto poder tratar los factores que deriven del contacto con una situación traumática.

Por ello, considero que es muy necesario que se dé un mayor conocimiento de situaciones potenciales a ser padecidas por aquellas personas que se encargan de dar apoyo e intervenir en situaciones de emergencia, las cuales se dan a diario, ya que uno debe saber a que esta expuesto y de qué manera poder lidiar con ello.

6. REFERENCIAS

Armayones, M. (2010). *Técnicas de apoyo psicológico y social en situaciones de crisis. Como desarrollar las habilidades adecuadas ante situaciones de emergencia*. Vigo: Ideaspropias Editorial S.L.

Ayuso, F. & Ruiz, M. (2010). *Protocolos de actuación del técnico en emergencias sanitarias No asistenciales (I)*. Aran Ediciones, S.A.

Centro de Artigios (2012, 6 de noviembre). *Traumatización vicaria, Los factores que contribuyen, Signos y síntomas, Conceptos relacionados, Mecanismo, Medición de la VT, Abordar VT, Vicarious transformación*. Recuperado de <http://centrodeartigos.com/articulos-revista-digital/contenido-revista-40027.html>

Esteban, S., Herreros, U., Iglesias, M. & Larrañaga. L. (2013) *El apoyo psicológico a los profesionales de la emergencia*. Universidad del País Vasco. Recuperado de http://www.sc.ehu.es/ptwpfej/docencia/asesoramiento%20psicologico/trabajos/4_apoyo_psicologico_profesionales_emergencia.pdf

García, M. & Gil, J.M. (2004). Aproximación conceptual al desastre. *Cuadernos de crisis*, 1 (3), 7-20. Recuperado de http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2004/cdc_004.pdf

Kaufman (1998). Sobre violencia social, trauma y memoria. *Seminario memoria colectiva y represión*. Montevideo.

Martínez, J. J. (2010). Repensando el concepto de trauma. *Clínica e investigación relacional*, (4), 542-561.

Morales, G., Gallego, L. M. & Rotger, D. (2008). Entre crisis, traumas y "burnout". *Cuadernos de crisis*, 2 (7), 8-19. Recuperado en

<http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2008/Num7Vol22008.pdf>

Parada, E. *Intervención psicológica inmediata con intervinientes*. Recuperado de [http://campus.educalogos.net/Cursos/CFS_ELOGOS/Psicologia Emergencias Urgencias/teoria7.pdf](http://campus.educalogos.net/Cursos/CFS_ELOGOS/Psicologia_Emergencias_Urgencias/teoria7.pdf)

Pérez, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia integradora*. Editorial: Desclée de Brouwer, S.A.

Puchol, D. (2001, 6 de noviembre). El trauma psicológico. *Psicopedia Hoy.*, 3 (10). Recuperado de <http://psicopediahoy.com/trauma-psicologico/>

Sassón, M. (2004). *Catástrofes y Salud Mental. Abordajes Teóricos y Modalidades de Intervención*. (Universidad de Belgrado, Departamento de Investigación). Recuperado de http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/140_sasson.pdf

Torres-Godoy, P (2010). Trauma vicario y catástrofes: propuestas para el autocuidado de equipos con dramaterapia. *Gaceta de Psiquiatría Univeritaria*, 6 (2), 194-204. Recuperado de <http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl/ediciones/a6vol6n2jun2010/pdf/PC%20Trauma%20vicario.pdf>