

Intervención psicosociológica en situaciones de estrés agudo: consideraciones teóricas y sugerencias para la intervención en situaciones de emergencia

J. Guillermo Fouce
Esteban Sánchez
Universidad Complutense de Madrid

El concepto de estrés ha sido objeto de un creciente interés por parte de los profesionales de la salud mental. En concreto, la intervención psicosociológica en situaciones de emergencia es uno de los campos más relevantes para el profesional de la salud mental. El presente artículo aborda algunos aspectos clave para una intervención eficaz en situaciones de desastres, catástrofes y urgencias. En concreto, se ofrece (a) un análisis del concepto de emergencia, (b) un modelo integrador para la investigación y la intervención, y (c) una discusión acerca de las posibilidades de intervención a través de la movilización del apoyo social en situaciones de emergencia.

Palabras clave: estrés, catástrofe, desastre, emergencia, apoyo social.

The reflection on the concept of stress is becoming a main concern for mental health professionals. Psychosocial intervention in emergency situations is one of the most important topics for mental health workers. The present paper approaches some of the aspects relevant to intervention in emergency situations. We offer (a) an analysis of the emergency concept (b) an integrative model for research and intervention and (c) a discussion on the intervention possibilities through mobilisation of social support in emergency situations.

Key words: Stress, catastrophe, disaster, emergency, social support.

cesidad de trasladar esta postura al análisis de la intervención en situaciones de emergencia. Se trata de un apuesta multidisciplinar, una integración de diversas perspectivas (psicología, sociología, medicina...) que favorezca un desarrollo de la investigación en el área, a la vez que ofrece claves para la intervención eficaz en situaciones de emergencia.

Dicho de otra manera, se trata de incorporar criterios psicosociológicos en nuestros procedimientos de intervención e investigación. Diversos factores parecen justificar dicha aproximación. Por ejemplo, la constatación de la escasa proporción de personas que, tras experimentar una situación traumática, desarrollan algún cuadro psiquiátrico grave o clínicamente significativo (Berren *et al.*, 1989; Guardia *et al.*, 1991). Si el desarrollo de trastornos clínicos no sólo no es común entre las personas afectadas por una situación de emergencia, sino que es más bien reducido, entonces parece necesario ampliar nuestra agenda de intervención más allá del territorio clínico (sin descartarlo: la importancia de la intervención clínica está fuera de toda duda).

Además, los problemas de ajuste psicológico no se limitan a cuadros o síndromes clínicos. De hecho, diversas investigaciones han puesto de manifiesto que ciertos síntomas o fenómenos de desajuste psicológico son bastante comunes en la población en general, pero no suponen una enfermedad mental concreta, sino más bien un deterioro psicológico general (véase Álvaro y Páez, 1996). En este sentido, las situaciones de emergencia, particularmente aquellas que suponen un cambio brusco en la vida cotidiana de las personas, parecen susceptibles de provocar problemas que ciertos autores han descrito como problemas vitales (*problems in living*) (Baisden y Quarantelli, 1981). No se trataría de cuadros psicopatológicos, y por tanto no requerirían una aproximación clínica, sino más bien de dificultades para ajustarse a la situación estresante, así como a las consecuencias de ella derivadas. Se trataría de un concepto de salud mental positiva, de manera que estos problemas harían referencia más bien al deterioro de ciertos atributos psicológicos positivos, y no a síntomas específicos de algún tipo de enfermedad mental.

Lo que aquí se plantea, por tanto, es la necesidad de una convivencia entre el modelo médico, basado en la intervención clínica, y un modelo que podríamos denominar de *intervención (psico)social*, en el cual la labor de los profesionales de la salud mental se ve justificada por su capacidad para aliviar tanto las consecuencias clínicas negativas de la situación estresante en sí, como las (probables) consecuencias psicosociales posteriores. Retomando nuestros objetivos iniciales, el resto del artículo se ocupará de la forma en la cual una aproximación como la aquí defendida se concretaría en una propuesta teórica explícita. Para ello, definiremos el campo de trabajo para, en segundo lugar, ofrecer un marco teórico general y apuntar algunas de sus posibles implicaciones.

Definición del campo de trabajo

Uno de los aspectos fundamentales para el análisis de las situaciones de emergencia es su conceptualización, la definición de un ámbito de trabajo que,

desde nuestro punto de vista, no se limita sólo a las catástrofes. Así, consideramos que existen suficientes elementos teóricos, y también prácticos, para justificar la inclusión de la catástrofe y la emergencia cotidiana o urgencia –y otras posibles situaciones similares– en un mismo ámbito conceptual. ¿Qué tienen en común estas situaciones para poder ser englobadas en un mismo conjunto? Todas ellas, aunque en grados diferentes, hacen referencia a acontecimientos estresantes más o menos imprevisibles, súbitos, accidentales, que ponen en peligro inmediato la integridad física –incluida la propia vida– y el equilibrio personal, pudiendo afectar a un gran número de personas (catástrofe) o a unas pocas (las urgencias, por ejemplo un accidente de tráfico). Además, todas estas situaciones tienden a producir reacciones psicológicas similares en las víctimas, como por ejemplo incertidumbre, indefensión, etc.

En cualquier caso, debemos reconocer que existen importantes elementos diferenciadores entre las diversas situaciones de emergencia. Ésta es la postura de Auf Der Heide (1989). Desde su punto de vista, es preciso identificar claramente los elementos específicos de cada situación. Así, podemos definir una situación de emergencia como aquella que afecta a un número reducido de personas (incluso una sola persona) y en la que disponemos de suficientes recursos de asistencia (por ejemplo, un accidente de tráfico). Un desastre consistiría en aquella situación que exige un mayor número de infraestructuras por la magnitud del suceso. Por último, una catástrofe o desastre masivo consistiría en aquel acontecimiento que tiene amplias consecuencias para un número elevado de personas y en el que necesitamos movilizar una amplia gama de recursos variados (cuya disponibilidad puede haber sido afectada por el desastre). La Figura 1 enfatiza la organización «jerárquica» de estos estresores, de manera que responderían a un patrón común, el de las situaciones de emergencia. Pero se distinguirían por la magnitud de su efecto, tanto en cuanto al número de personas como a la extensión geográfica afectada, y por la gravedad de sus consecuencias. De esta manera, podemos establecer un continuo cuyos polos son la catástrofe y la emergencia cotidiana.

La catástrofe sería el acontecimiento de mayor magnitud y repercusión en todos los niveles, individual y social, seguida por el desastre. Ambos acontecimientos se caracterizarían por un impacto amplio sobre el sistema social. En este contexto, diversas investigaciones desarrolladas desde una perspectiva interaccionista (véase Alway, Liska y Smith, 1998) ponen de manifiesto que uno de los efectos de ciertos desastres naturales es la ruptura del mundo cotidiano, de lo dado por supuesto, de los cimientos normativos y simbólicos sobre los cuales se desarrolla la vida grupal. Se trata de una ruptura de las normas sociales básicas que forman parte y sustentan el ámbito simbólico de la vida social. A su vez, estas normas tienen su origen en la interacción humana, siendo por tanto el producto de las relaciones interpersonales. Dicho de otra manera, las normas se mantienen y se modifican a través de la interacción grupal, de forma que el mundo de lo dado por supuesto es tanto condición para la interacción como su resultado. Las situaciones de emergencia pueden caracterizarse como acontecimientos que rompen este contexto social general. Así, por ejemplo, los desastres naturales o tecnológicos podrían definirse como acontecimientos ambientales

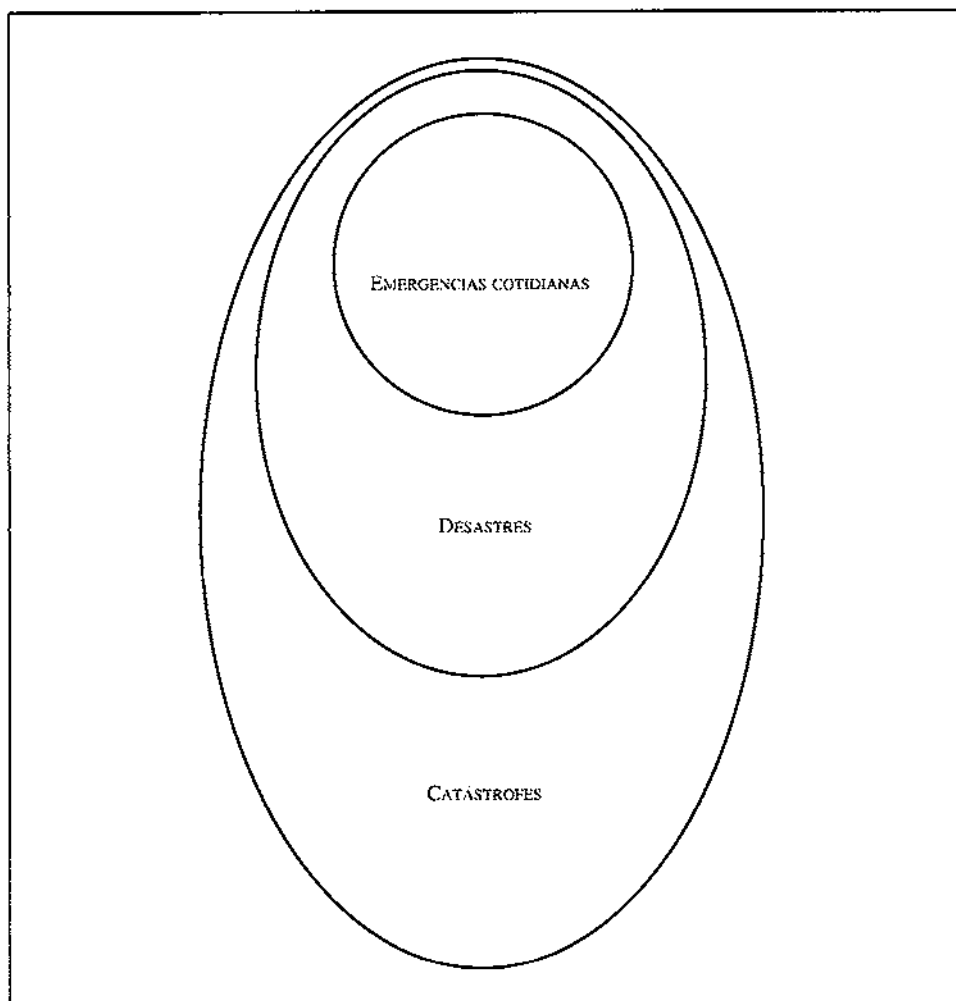


Figura 1. Clasificación de las situaciones de emergencia.

negativos que desestabilizan los sistemas sociales, al someterlos a unas demandas que requieren reorganización temporal y reestructuración de los vínculos internos. En el otro polo, nos encontraríamos con aquellos incidentes que afectan a un número restringido de ciudadanos y que, por tanto, pueden definirse como estresores de menor intensidad o gravedad, en los que los recursos médicos y de asistencia *local* serían suficientes para satisfacer las necesidades generadas por la emergencia.

Además, todas las situaciones recogidas en esta clasificación suponen una demanda de intervención inmediata, no demorable, si bien en diferentes grados

en función del tipo, magnitud y especificidad del acontecimiento estresante. Consideramos que el concepto de emergencia aquí manejado engloba situaciones, desde las emergencias cotidianas hasta los desastres y catástrofes, que conllevan una demanda de intervención urgente. Son acontecimientos que instan o precisan de la pronta ejecución de algún tipo de intervención, por lo que todas son «situaciones de urgencia» con diferentes tipos de emergencias a atender. Estas consideraciones nos permiten englobar una multitud de ámbitos o contextos de intervención que presentan importantes aspectos en común, desde las crisis psiquiátricas, al terrorismo, la intervención militar, la ayuda y asistencia sanitaria de urgencia, las catástrofes naturales, los incendios u otros accidentes y la cooperación internacional o el asilo y refugio.

Por último, queremos enfatizar un aspecto especialmente importante en relación a la intervención en situaciones de emergencia: su impacto supraindividual. Este tipo de incidentes puede tener repercusiones que van más allá de las consecuencias emocionales en las víctimas, dado el efecto acumulativo negativo que tienen sobre el contexto social más amplio. Como consecuencia, el efecto que algunas de las situaciones de emergencia tienen sobre el sistema social (servicios de salud, bienestar social, acomodación de viviendas...) puede incrementar el número de víctimas, complicar los problemas existentes y dar lugar a algunos nuevos (De Nicolás, 1997). Este rasgo, tal y como veremos en el próximo apartado, es fundamental para entender las condiciones concretas en las cuales se desarrolla la intervención en un ámbito de emergencia. A la vez, refuerza la necesidad de una aproximación que supere los límites individuales y/o clínicos, y la pertinencia de modelos psicosociológicos de análisis. A esta tarea dedicamos las páginas que restan.

Aspectos previos relevantes a considerar en la elaboración de un modelo integrador

Teniendo en cuenta todas las indicaciones aportadas, nos gustaría introducir alguno de los referentes teóricos básicos que consideramos indispensables para el trabajo en el área de la emergencia. Nos estamos refiriendo, en concreto, a la relevancia del modelo de estrés elaborado por Dohrenwend (1978). Ciertamente, no se trata de un planteamiento que surja en el ámbito específico de la emergencia o de las catástrofes. Sin embargo, el modelo refleja de forma patente las intenciones de los autores, explicitadas en las dos secciones anteriores. Así, se trata de un planteamiento integrador y simplificador (siguiendo el principio básico de parsimonia, con frecuencia olvidado en el ámbito de la ciencia social) que puede servirnos, con ciertas modificaciones, para afrontar la necesidad de integración teórica que venimos defendiendo. De esta manera, el modelo considera tanto las variables psicológico-individuales como las sociales o estructurales, integradas dinámicamente en el proceso de afrontamiento de los acontecimientos vitales estresantes por parte de los sujetos. El modelo se recoge en la Figura 2.

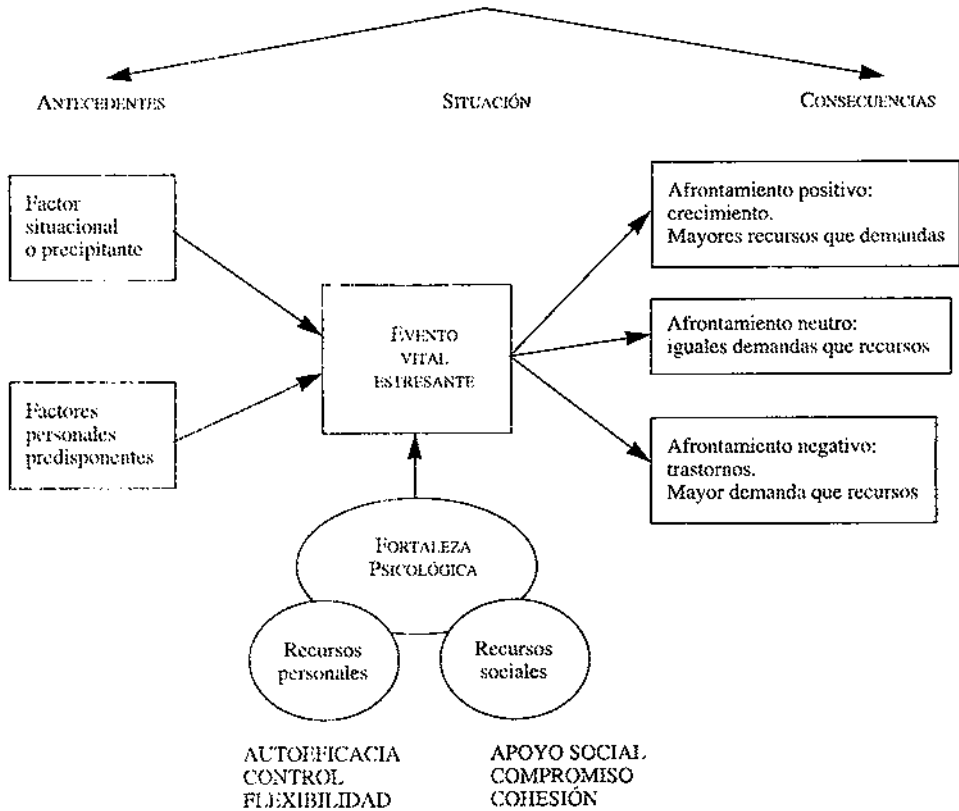


Figura 2. Adaptación del modelo de estrés de Dohrenwend (1978).

Sin embargo, es preciso señalar algunas modificaciones introducidas dentro del modelo original, y las implicaciones de dichas modificaciones.

1. En primer lugar, los recursos de afrontamiento. Entre los aspectos específicos a considerar dentro de los recursos personales y sociales hemos introducido una importante modificación recogida de los estudios y planteamientos de Imbar (1994, 1995), autor que analiza las características de los sujetos que mejor afrontan este tipo de situaciones críticas, señalando que las mismas serían las siguientes: sentido del humor, habilidades en la resolución de problemas, sensación de control, participación o compromiso con lo que está ocurriendo, autoeficacia percibida, flexibilidad para adaptarse a los cambios y cohesión social. Todos estos factores podrían integrarse dinámicamente en el concepto de fortaleza psicológica, aspecto incluido en nuestro modelo como el *resultado de la interacción* de los recursos personales y sociales de afrontamiento. Dicha fortaleza psicológica mediaría el impacto del acontecimiento vital estresante y facilitaría un afrontamiento positivo.

2. Otra de las modificaciones introducidas en el modelo base es el bucle de retroalimentación que va de las *consecuencias* que el acontecimiento vital estresante tiene para los sujetos (tanto a nivel individual como grupal) hasta los recursos sociales y personales de que dispondrán una vez que se vean sometidos a nuevos eventos vitales estresantes (las condiciones *antecedentes*). Esta modificación puede ser especialmente relevante para el estudio de las consecuencias de este tipo de estresores para los profesionales que trabajan dentro de este ámbito que, entrenados y más habituados a este tipo de situaciones críticas, podrían sufrir consecuencias en sus vidas más a largo plazo, como efecto de la acumulación progresiva de tensiones variadas. Este aspecto se conoce en la bibliografía especializada como *fatiga de compasión* (aquellos efectos somáticos y psicológicos identificables en los profesionales de la salud mental como consecuencia del encuentro terapéutico con víctimas de desastres que sufren trastornos de estrés post-traumático).

3. El último aspecto que señala este modelo nos sirve para recalcar otra de las ideas que consideramos clave: la vivencia de situaciones vitales estresantes no llevaría siempre asociada la generación de una patología o una situación traumática, sino que podría concluir en una situación de relativa normalidad y ausencia de deterioro psicológico grave, e incluso llevar a una situación de crecimiento personal (para análisis pormenorizados de los posibles efectos de una situación de emergencia, véase Azumendi, 1995; De la Fuente, 1996; De Nicolás *et al.*, 1994). Todo esto introduce la posibilidad de que este tipo de estresores (como cualquier otro) genere consecuencias personales positivas, o al menos que su impacto en el bienestar psicológico no sea siempre negativo. Ello implica el reconocimiento de que no siempre será necesaria la intervención en términos clínicos, abriendo la posibilidad a que la intervención pueda orientarse a la superación positiva de los acontecimientos, generando así un desarrollo personal.

Este planteamiento evitaría la psicopatologización de los procesos, con la consiguiente etiquetación negativa de las víctimas (victimización secundaria) y nos permitiría intervenir desde una óptica potenciadora de las características positivas, más que cubriendo necesidades, como tradicionalmente se ha venido desarrollando desde el modelo médico. Nos referimos a la posibilidad de percibir este tipo de situaciones como un desafío que puede permitir el crecimiento, y no exclusivamente como situaciones dolorosas, causantes de problemas. Se trataría de atender y partir más de lo que tenemos, de lo que nos queda, que hacerlo de lo que hemos perdido. Es el optimismo aprendido (Avia y Vázquez, 1998), el desarrollo de la capacidad de acción en el individuo (*empowerment*) (Rappaport, 1981, 1987) o la resolución positiva de problemas. Algunos de estos planteamientos han sido recogidos por autores como Imbar (1994) en su desarrollo de formas posibles de intervención en el ámbito de las situaciones de emergencia. Se trata de un modelo tridimensional, que recoge las siguientes posibilidades de intervención:

TIPOS DE INTERVENCIÓN

- Intervención psicológica individual.
- Intervención grupal.

GRUPOS DE INTERVENCIÓN

| | |
|----------------|----------------------|
| Individuo | Afectados directos |
| Familia | Afectados indirectos |
| Comunidad | Intervinientes |
| Organizaciones | |

MOMENTOS DE INTERVENCIÓN

Antes - Durante - Después

Como puede apreciarse, por tanto, nuestra reformulación (o modificación) del modelo de Dohrenwend implica y a la vez enfatiza la necesidad de integrar diversos niveles de análisis para dar respuesta a las demandas provocadas por una situación de emergencia. Esta necesidad es patente en todos los ámbitos de intervención, y el papel de los profesionales de la salud mental no es una excepción. En este sentido, es preciso considerar que dicha intervención dependerá en gran medida de las características de la propia situación de emergencia. Sin embargo, es igualmente necesario evitar una actuación exclusivamente clínica, siempre que las condiciones lo permitan. Para enfatizar esta necesidad *global* de intervención permítasenos realizar un breve análisis de las posibilidades de intervención que en situaciones de emergencia ofrece el manejo de un recurso psicossocial ampliamente estudiado, el apoyo social.

El apoyo social puede definirse, de forma amplia, como las provisiones, reales o percibidas, de recursos procedentes de las redes sociales (amigos, familia, etc.) y de la comunidad. El apoyo social parece cumplir una serie de funciones para las personas, informacional, emocional e instrumental. Estas funciones, a su vez, parecen las responsables del efecto beneficioso en el bienestar psicológico de las personas (véase Barrón, 1996; Thoits, 1985; Wheaton, 1985).

En este sentido, la investigación ha constatado un papel protector del apoyo social, de manera que éste mitigará el efecto negativo de los estresores experimentados por una persona. Se trata de un efecto de amortiguación (Cohen y Wills, 1985). Así, ante situaciones estresantes, la movilización de recursos generados en las relaciones interpersonales parece ser, tal y como múltiples investigaciones ponen de manifiesto (Lin, Woefel y Light, 1985; Barrón y Chacón, 1990; Garrido y Álvaro, 1993, Gore y Aseltine, 1995), un importante factor protector para el individuo.

El apoyo social se fragua en las relaciones interpersonales, y depende en gran medida de los ámbitos de interacción cotidianos en los cuales se desenvuelve el individuo. Ahora bien, uno de los efectos de las situaciones de emergencia (o al menos de algunas de ellas) es, precisamente, la quiebra de los ámbitos comunes de interacción. Los grupos sociales ven rotos sus lazos como consecuencia de la situación (terremoto, explosión, inundación). Esta ruptura de lazos puede entenderse de diversas formas, no excluyentes. Por ejemplo, la propia red puede verse reducida, por la muerte o desaparición de alguno de sus

miembros. En sí misma, esta situación, derivada de una emergencia, incrementa los niveles de estrés experimentados. Por ejemplo, en una inundación la familia puede perder a alguno de sus miembros, o a algún amigo. En un accidente de tráfico una de las víctimas puede perder a algún familiar directo, etc.

Por otro lado, la situación de emergencia afecta de una forma más general a los *lazos sociales y comunitarios*. La destrucción que genera, por ejemplo, un terremoto, puede transformar la propia realidad física del entorno, que a su vez condiciona y forma parte de nuestro paisaje social en el cual se desarrolla la interacción. Además, situaciones de este tipo suelen paralizar las instituciones sociales básicas, como por ejemplo el trabajo, y el funcionamiento de las redes comunitarias. Una de las pocas instituciones que parecen seguir funcionando en momentos de crisis es la familia y sus procesos asociados, como por ejemplo las diferencias de los roles de género.

En este contexto, diversas investigaciones han mostrado la importancia de la movilización del apoyo social en *situaciones de emergencia*, y su efecto beneficioso para diversos indicadores psicosociales (Norris y Kaniasty, 1996). Por esta razón, los profesionales de la salud mental que intervengan en una situación de emergencia deben estar preparados para movilizar y optimizar el efecto beneficioso del apoyo social para aquellos individuos afectados por el acontecimiento (Gist y Stolz, 1982; Solomon, 1986). Ahora bien, es preciso señalar que esto no consiste, o al menos no exclusivamente, en constituirse en fuentes de apoyo. Ciertamente, los profesionales son agentes susceptibles de convertirse en fuente de importantes funciones para los afectados (por ejemplo, ofreciendo apoyo informacional, emocional, psicológico...). Pero queremos enfatizar aquí que la intervención del profesional no puede limitarse a este tipo de acciones, ya que se trataría de reproducir más bien el modelo médico, en el cual el profesional de la salud mental se convierte en consultor y fuente de consuelo para la persona, pero no ayuda a activar los vínculos sociales en los cuales se genera el apoyo social. Dicho de otra manera, el profesional no debe confundir sus funciones como fuente de apoyo con la necesidad de recuperar las fuentes de apoyo «naturales» propias de la comunidad de los afectados. Se trata de evitar utilizar un modelo de servicio social para cumplir las funciones de un modelo médico. En este sentido, el *paralelismo* entre esta situación y la creación de grupos de autoayuda parece pertinente. Estos grupos se caracterizan por vincular a personas con problemas similares, de manera que el grupo se constituye en fuente de apoyo para todos sus miembros. Estos grupos no suelen estar dirigidos por un profesional (aunque sí suele participar en su formación), y de hecho diversas investigaciones ponen de manifiesto que una de sus características beneficiosas es su funcionamiento autónomo (véase Barrón, 1996).

En esta línea, experiencias como la descrita por Mor-Barak (1990) sugieren que la labor del profesional de la salud mental no es la de sustituir las funciones de la red de apoyo, sino más bien servir como agente canalizador para el restablecimiento de dicha red (si bien aportando recursos en determinados momentos, informacionales o de cualquier otro tipo). En este sentido, es preciso señalar que el estrés generado por una emergencia no está limitado a un espacio temporal breve, tal y como parece generar el carácter súbito de estas situaciones.

Al contrario, las emergencias dan lugar a un estrés de larga duración, en el cual se ven implicados aspectos psicosociales, económicos, sociales, etc. Dado este largo desarrollo temporal de las consecuencias del estresor, la figura del profesional de la salud mental no estará presente en todo el proceso, de manera que la forma más efectiva de intervención es aquella que tiene *consecuencias* a largo plazo, como por ejemplo la reestructuración de las redes de apoyo.

Pero no es sólo la situación de emergencia la que provoca estrés. La propia organización social de la intervención puede dar lugar a consecuencias potencialmente negativas. Cuando hablamos de organización social de la intervención, nos estamos refiriendo a todas las medidas adoptadas para mitigar los efectos negativos de la situación de emergencia una vez que ésta ha tenido lugar. Se trata de acciones que van desde el rescate hasta la atención psicológica. Esta organización de la intervención, así como su magnitud (es decir, los recursos implicados) depende de las características de la situación desencadenante. Quizá a través de ejemplos sea más fácil la exposición. Una de las acciones típicas, y totalmente justificadas en ciertas situaciones, es el realojo, a veces temporal, de gran parte de la población afectada. Así, por ejemplo, ciertas investigaciones describen la creación de «campamentos» improvisados donde alojar y atender a los afectados. En una explosión de gas en la ciudad mexicana de Guadalajara (Guardia *et al.*, 1998) se utilizó un campo de rugby. En una reciente explosión de la fábrica de pirotecnia holandesa, los polideportivos se convirtieron en alojamiento temporal para los afectados. Tras los terremotos y huracanes se adecuan instalaciones temporales para acoger a aquellos cuyo hogar ha sufrido importantes daños. En el desgraciado accidente de autocar en Soria, anteriormente citado, se adecuó un campo de fútbol como lugar de duelo y funeral.

Estas acciones son totalmente necesarias, imprescindibles. Se trata de alejar a los afectados de un posible riesgo y de ofrecerles alojamiento en la fase post-traumática. Son, por tanto, acciones imprescindibles en estas situaciones. Sin embargo, es preciso considerar los posibles efectos negativos de estos dispositivos (Bolin, 1989). En nuestro caso, dos posibles efectos. En primer lugar, el desarrollo de un estado de indefensión, una falta de control sobre el mundo. Ya la propia naturaleza de la situación de emergencia puede dar lugar a un sentido de indefensión. De nuevo, la respuesta social ante la emergencia puede «despojar» a los individuos afectados de su capacidad para desarrollar acciones directas a través de las cuales influir en su situación, tratando de paliarla, mejorarla, etc. Múltiples investigaciones, y una de las aproximaciones teóricas más importantes a la depresión (el modelo de indefensión aprendida de Seligman, 1975) han puesto de manifiesto la relevancia de la indefensión en el deterioro psicológico.

El segundo de los posibles efectos de la organización social de la intervención (para seguir con nuestro ejemplo, el realojo temporal de los afectados) es el de impedir el acceso a las redes de apoyo. El traslado y evacuación a este tipo de «campamentos» pueden quebrar los patrones y normas de relaciones familiares y sociales, suponiendo una traba para la efectividad de las redes de apoyo. Por tanto, de nuevo parece un ámbito de intervención privilegiado para los profesionales de la salud mental. Se trataría de un trabajo dentro de estos recintos, en los cuales se trataría de poner en contacto a los miembros de redes de

apoyo «naturales» (Gist y Lubin, 1989). Por supuesto a los familiares, pero también a otras redes sociales, como los amigos, vecinos, etc. Además, en el caso de que fuera posible, parece interesante constituir grupos de apoyo que trabajen en las tareas de recuperación.

En este sentido, el análisis de ciertos autores (véase, por ejemplo, Tierney, 1989) sugiere que las víctimas de un desastre no deben ser forzadas a abandonar sus rutinas y actividades sociales por un periodo de tiempo excesivamente largo. Estas actividades cumplen un número importante de funciones, ya que los contactos rutinarios constituyen una de las formas más naturales de compartir experiencias, incrementando los sentimientos de pertenencia, etc. Se trata de devolver a la persona a la normalidad, en la cual las relaciones interpersonales se desarrollan. Siguiendo esta línea de argumentación, una de las formas de activar el efecto amortiguador del apoyo social es la constitución de grupos basados en las redes sociales «naturales», grupos que trabajarían directamente en las tareas desarrolladas dentro del área afectada. Nos estamos refiriendo a todo tipo de actividades en las cuales los afectados puedan participar, desde el reparto de comida hasta la propia acción en el área afectada por el incendio, inundación, etc. Con ello se conseguiría reincorporar a los individuos al devenir de la vida colectiva. En suma, se trata de devolver a las personas a la normalidad facilitando que contribuyan a la reconstrucción de la misma (véase Solomon *et al.*, 1987).

Por último, este tipo de acciones es especialmente relevante para que la persona pueda desarrollar un sentido de control sobre su entorno. A través de este tipo de grupos se lograría dotar a los individuos de un control sobre el ambiente, ya que sus acciones servirían como acción directa frente a una situación estresante. La acción grupal incrementaría la autoeficacia individual, y devolvería, al menos en cierta medida, el control sobre el ambiente. En este sentido, el papel del apoyo social en el incremento de los niveles de autoeficacia, y su efecto beneficioso para el bienestar en situaciones de desastre natural, ha sido documentado por ciertas investigaciones (Benight *et al.*, 1999; McClure, Walkey y Allen, 1999; véase también Riad, Norris y Ruback, 1999).

Conclusiones

El presente artículo ha tratado de analizar los aspectos teóricos relacionados con la intervención psicosociológica en situaciones de emergencia. Tal y como ha podido apreciarse a lo largo del trabajo, la perspectiva adoptada trata de integrar diversos niveles de análisis, defendiendo una perspectiva claramente psicosociológica. Para ello, se ha ofrecido un modelo general a partir del cual entender tanto los aspectos teóricos y conceptuales como su aplicación en situaciones concretas de emergencia, desde un accidente de tráfico hasta una inundación u otra catástrofe, natural o tecnológica.

Una de las implicaciones del modelo propuesto es que evita la psicopatologización del ámbito de intervención. No se trata de reducir la importancia de la intervención clínica, sino más bien de ampliar las posibilidades de intervención

de los profesionales de la salud mental. Éstos no están cualificados exclusivamente para la terapia individual, sino que su capacitación rebasa esta estrecha concepción de la intervención. No se trata de eliminar el papel del profesional de la salud mental, sino de ampliar el rango de acciones que puede desplegar para producir efectos positivos en las personas afectadas por alguna situación de emergencia.

Hemos ejemplificado nuestro intento por evitar la psicopatologización de la intervención en situaciones de emergencia a través del análisis del papel jugado por el apoyo social. Éste constituye un recurso psicosocial ampliamente estudiado por la bibliografía sobre salud mental. Si nuestro modelo señala la necesidad de integrar diferentes niveles de análisis e intervención, y los factores propios de dichos niveles, entonces el apoyo social puede cobrar un papel protagonista, ya que dicho recurso parece una fuente potencial de importantes beneficios para los afectados por una situación de emergencia. Nuestro análisis de los desarrollos teóricos en torno al apoyo social parece sugerir que, ante una situación de emergencia, la intervención más adecuada será aquella que trate de reconstruir las redes de apoyo naturales, en la medida en que esto sea posible. De esta manera, además, se conseguiría evitar la etiqueta estigmatizante asociada a la atención psicológica, a menudo presente entre los afectados (Baisden y Quarantelli, 1981).

Para finalizar, nos gustaría señalar que todo lo dicho hasta aquí depende en gran medida de la infraestructura material disponible en el momento de intervenir en el contexto de una situación de emergencia, sobre todo si se trata de una catástrofe. Los organismos de intervención deben asegurar que las redes de apoyo tienen a su disposición todos los recursos instrumentales necesarios para satisfacer las necesidades de sus miembros. En este sentido, los resultados de la investigación previa señalan que son los grupos sociales desfavorecidos los que se encuentran con mayores problemas a la hora de afrontar las situaciones estresantes generadas por una situación de emergencia (Norris y Kaniasty, 1996), sobre todo a causa de su menor disponibilidad de recursos, fundamentalmente económicos y materiales. Evaluar la necesidad relativa, e identificar aquellos sectores o grupos sociales con recursos limitados, es (o debería ser) también una de las competencias de los profesionales implicados en la intervención, ya que a través de dicha evaluación de necesidades la intervención alcanzará mayores niveles de efectividad.

REFERENCIAS

- Álvarez, J. L., y Páez, D. (1996). Psicología social de la salud mental. En J. L. Álvarez, A. Garrido y J. R. Torregrosa (Eds.), *Psicología social aplicada* (pp. 381-407). Madrid: McGraw-Hill.
- Alway, J., Liska, L. & Smith, K. J. (1998). Back to normal: Gender and disaster. *Symbolic Interaction*, 21, 175-195.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.
- Auf Der Heide, E. (1989). *Disaster response: Principles of preparation and coordination*. Sant Louis: The C. V. Mosby Company.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.

- Azumendi, M. O. (1995). Intervención en crisis: conceptos generales y descripción de dos modelos particulares. *Revista Psiquiátrica*, 16, 43-50.
- Baisden, B. & Quarantelli, E. L. (1981). The delivery of mental health services in community disasters: An outline of research findings. *Journal of Community Psychology*, 9, 195-203.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A. y Chacón, F. (1990). Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones Psicológicas*, 8, 197-206.
- Benight, C. C., Swift, E., Sanger, J., Smith, A. & Zeppelin, D. (1999). Coping self-efficacy as a mediator of distress following a natural disaster. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 2443-2464.
- Berren, M. R., Santiago, J. M. Beigel, A. & Timmons, S.A. (1989). A classification scheme for disasters. En R. Gist & B. Lubin (Eds.), *Psychosocial aspects of disaster* (pp. 40-58). New York: Wiley.
- Bolin, R. (1989). Natural disasters. En R. Gist & B. Lubin (Eds.), *Psychosocial aspects of disaster* (pp. 61-85). New York: Wiley.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- De La Fuente, R. (1996). Las consecuencias del desastre en la salud mental. *Revista de Salud Mental*, 9, 3-8.
- De Nicolás, L. (1997). Después de los desastres..., ¿qué? *Papeles del Psicólogo*, 68, 51-58.
- De Nicolás, L., Artetxe, A. y Jauregui, M. (1994). Evaluación psicossocial de los efectos de una catástrofe natural. En B. Hernández, E. Suárez y J.M. Torvisco (Eds.), *Interpretación social y gestión del entorno: aproximaciones desde la psicología ambiental* (pp. 284-294). Tenerife: Universidad de La Laguna.
- Dohrenwend, B. S. (1978). Social stress and community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 6, 1-15.
- Garrido, A. y Álvaro, J. L. (1993). Apoyo social y salud mental: hipótesis de amortiguación versus hipótesis de los efectos directos. En M.F. Martínez (Ed.), *Psicología comunitaria* (pp. 187-194). Madrid: Eudema.
- Giménez, B. y Portellano, J.L. (1996). Psicólogos en la catástrofe de Biescas. *Papeles del Psicólogo*, 65, 28-30.
- Gist, R. & Lubin, B. (1989). Ecological and community perspectives on disaster intervention. En R. Gist & B. Lubin (Eds.), *Psychosocial aspects of disaster* (pp. 1-8). New York: Wiley.
- Gist, R. & Stolz, S.B. (1982). Community response to the Kansas City Hotel Disaster. *American Psychologist*, 37, 1136-1139.
- Gore, S. & Aseltine, R. H. jr. (1995). Protective processes in adolescence: Matching stressors with social resources. *American Journal of Community Psychology*, 23, 301-327.
- Guàrdia, J., Jarne, A., Gutiérrez, J. J. y Gutiérrez, F. J. (1998). Desastres tecnológicos: estilo atribucional y estrés postraumático. *Anuario de Psicología*, 29, 45-58.
- Imbar, J. (1994). Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas. Primera parte. *Perspectivas Sistemáticas*, 34, 1-7.
- Imbar, J. (1995). Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas. Segunda parte. *Perspectivas Sistemáticas*, 35, 1-10.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lin, N., Woelfel, M. W. & Light, S. C. (1985). The buffering effect of social support subsequent to an important life event. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 247-267.
- McClure, J., Walkey, F. & Allen, M. (1999). When earthquake damage is seen as preventable: Attributions, locus of control and attitudes to risk. *Applied Psychology: An International Review*, 48, 239-256.
- Mor-Barak, M. E. (1990). Social support intervention in crisis situation: A case of maritime disaster. En H.J. Parád & L. G. Parád (Eds.), *Crisis. Intervention Book* (pp. 313-329). Wisconsin: FSA.
- Norris, F. H. & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 498-511.
- Pearlin, L. I. (1991). Life strains and psychological distress among adults. En A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping. An anthology* (pp. 319-336). New York: Columbia University Press.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
- Riad, J. K., Norris, F. H. & Ruback, R. B. (1999). Predicting evacuation in two major disasters: Risk perception, social influence, and access to resources. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 918-934.
- Seligman, M. E. P. (1975/1981). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Solomon, S. D. (1986). Mobilizing social support networks in times of disaster. En C. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (pp. 232-263). New York: Brunner/Mazel. Vol 2.
- Solomon, S. D., Smith, E. M., Robins, L. N. & Fischbach, R.L. (1987). Social involvement as a mediator of disaster-induced stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 1092-1112.

- Thoits, P. A. (1985). Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social support and health: Theory, research and applications* (pp. 51-72). Dordrecht: Martinus Nijhoff.
- Tierney, K. J. (1989). The social and community contexts of disasters. En R. Gist & B. Lubin (Eds.), *Psychosocial aspects of disaster* (pp. 11-39). New York: Wiley.
- Wheaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 352-364.