
Directrices de apoyo psicosociales para trabajadores uniformados

impact



Organizaciones participantes



Preámbulo

de apoyo psicosociales
para trabajadores
uniformados

Directrices europeas



Colofón

Este preámbulo ha sido cofinanciado por la Comisión Europea - DG Environment, Grant Agreement N° 070401/2009/540414/SUB/A4 - EUTOPA-IP.

Elaborado por

Impact, el centro neerlandés de conocimientos y asesoramiento para la ayuda psicosocial post-catástrofe.

Autor

Nils Burger, *MSc, analista de políticas de investigación y desarrollo, Impact*

Versión final

Hans te Brake, *doctor, analista superior de políticas, investigación y desarrollo en Impact*
Magda Rooze, *MA/MBA, consejera senior y experta en asuntos europeos, Impact/Arq*

Design

Burobraak, Amsterdam

Imprenta

Wheel Printing, Katwijk

Fecha de publicación

Enero de 2012

© 2012 IMPACT, PARTNER IN ARQ.

Se permite el uso de los contenidos de estas directrices como explicación o apoyo para artículos, libros y tesis doctorales siempre y cuando se indique claramente la fuente.

Puede solicitar esta publicación a Impact, el centro neerlandés de conocimientos y asesoramiento para la ayuda psicosocial post-catástrofe.

Nienoord 5

1112 XE Diemen

Países Bajos.

+31 20 660 1901.

E-mail: info@impact.arq.org.

Correo electrónico: info@impact.arq.org.

Este resumen, así como las directrices completas en neerlandés, se pueden descargar en formato PDF desde la página web de Impact: www.impact.arq.org

Introducción

Algunas profesiones poseen un riesgo elevado de entrar en contacto con situaciones potencialmente traumáticas.¹ Con frecuencia, se menciona al personal militar a este respecto, pero los policías y los bomberos, por ejemplo, también presentan un riesgo elevado de entrar en contacto con acontecimientos de una naturaleza repentina, inesperada y violenta. Para mejorar el apoyo psicosocial a los trabajadores uniformados, en los Países Bajos se ha desarrollado un conjunto de directivas (véase documento adjunto). El objeto del preámbulo que tiene ante usted es aportar valor europeo a estas Directrices de Apoyo Psicosocial para Trabajadores Uniformados (en adelante, las directrices).

¿Por qué directrices europeas?

La Administración los Países Bajos, las organizaciones de servicios uniformados² (USO) y los profesionales de asistencia sanitaria mental consideran necesaria la existencia de normas claras en relación con el apoyo psicosocial tras incidentes traumáticos. Por lo tanto, se han desarrollado directrices multidisciplinarias basadas en pruebas para el apoyo psicosocial a trabajadores uniformados³. Estas directrices describen la forma en que las organizaciones de servicios uniformados pueden ofrecer el mejor apoyo psicosocial a sus empleados, centrándose en el apoyo entre iguales.

Podríamos preguntarnos, "¿Por qué unas directrices europeas?". En primer lugar, existen pocas directrices para la ayuda psicosocial a trabajadores uniformados⁴. Asimismo, hasta ahora no se realizaban revisiones sistemáticas basadas en pruebas de las recomendaciones para un uso efectivo del apoyo entre iguales. Al mismo tiempo, a nivel internacional se exigen más conocimientos aplicables (basados en pruebas).

Objeto y estructura del preámbulo

Las directrices desarrolladas en los Países Bajos están parcialmente incorporadas en el contexto neerlandés. Este preámbulo resalta los debates y el consenso internacionales acerca de las directrices de apoyo psicosocial para trabajadores uniformados. Se presta especial atención al apoyo entre iguales que tiene lugar poco después de un incidente potencialmente traumático. Esperamos que las directrices funcionen como plano unificador para países que deseen desarrollar directrices (adicionales) que se adapten a su contexto nacional específico. Asimismo, el preámbulo es el inicio de un desarrollo más amplio hacia unas Directrices Europeas generalmente aceptadas.

¹ Impact/Trimbos, 2007; Impact, 2008

² n concreto, la policía, el servicio de bomberos, el servicio de ambulancias, el ejército y el equipo de salvamento de los Países Bajos.

³ Impact, 2010

⁴ Se han desarrollado dos directrices comparables (en cierta medida). Unas son del Centro Australiano de Salud Mental Postraumática (utilizando el método Delphi, han desarrollado directrices para varias cuestiones relativas al apoyo entre iguales) y las segundas son del Reino Unido (las directrices NICE (NICE significa Instituto Nacional para la Excelencia Sanitaria y Clínica).

Después de haber explicado cómo se gestó la síntesis, presentamos los temas principales sobre los que existe consenso, pero también en torno a los cuales se concentra el debate. Finalmente, se plantean algunas conclusiones generales. Nos gustaría señalar explícitamente que, para entender mejor el preámbulo, debe leerse junto con el resumen de las directrices.

Una perspectiva europea de las directrices

Método

Bases de las directrices: pruebas, experiencia y consenso

Las directrices neerlandesas se basan en:

- 1 *pruebas*: investigación (bibliografía) científica
- 2 *experience*: conocimientos basados en la experiencia procedentes de debates de grupos de estudio, junto con el conocimiento basado en la práctica de los 33 miembros de los paneles de expertos;
- 3 *consensus*: reuniendo a todas las partes interesadas en distintos paneles de expertos, se logró un consenso en temas clave.

Para un debate más elaborado de la metodología, consúltese el resumen extenso.

¿Qué investigación adicional se ha realizado para el preámbulo?

Para comprender la relevancia de y el apoyo para las directrices en un contexto europeo se utilizaron tres métodos: una conferencia internacional, un cuestionario repartido a los expertos y un análisis de bibliografía. En primer lugar, a la Conferencia de Ámsterdam, celebrada en septiembre de 2010, asistieron veinticinco expertos de diez países distintos. Juntos, comentaron las directrices y debatieron cómo podrían aplicarse a sus respectivas circunstancias nacionales. En segundo lugar, los expertos que no pudieron asistir a la conferencia proporcionaron sus comentarios mediante un cuestionario.⁵ Asimismo, tanto los expertos que pudieron asistir a la conferencia como los que no tuvieron la oportunidad de proporcionar comentarios sobre el borrador del preámbulo.⁶ En tercer lugar, se realizó un análisis extenso de la bibliografía para evaluar la base fáctica. Se realizaron búsquedas en tres bases de datos⁷ y se obtuvieron más de 3.600 publicaciones en las que aparecían los términos de búsqueda en el título o en el resumen.⁸ Dos analistas independientes leyeron los resúmenes y determinaron la pertinencia de las publicaciones para el desarrollo de las directrices.⁹ En caso de que los analistas no estuvieran de acuerdo acerca de la pertinencia, se llamó a un tercer analista. Con este método se seleccionaron 199 publicaciones. A continuación, estas 199 publicaciones se clasificaron según los temas en los que se centraban.¹⁰

⁵ Se consultó a dieciocho expertos (todos los expertos que no pudieron estar presentes y algunos de los participantes de la conferencia). Diecisiete expertos ofrecieron su opinión contestando a preguntas de múltiple respuesta y argumentando sus respuestas mediante comentarios escritos.

⁶ Las personas indicadas más adelante participaron en la conferencia y / o respondieron al cuestionario. En diciembre de 2011, se pidió a los expertos que opinaran sobre el preámbulo. Todos los expertos que opinaron consideraron que el preámbulo era un resumen sólido del consenso y los debates internacionales acerca de las directrices de apoyo psicosocial para trabajadores uniformados.

⁷ PubMed, PsycINFO and Embase.

⁸ Utilizando términos de búsqueda relacionados con trabajadores de servicios uniformados, exposición a situaciones, intervenciones y acciones potencialmente impactantes, medidas de resultados relacionadas con funcionamiento y discapacidad y una combinación de las anteriores. La búsqueda se centró en publicaciones entre enero de 1995 y mayo de 2010.

⁹ Los criterios de inclusión fueron: 1) sistema / proceso, como mínimo, una actividad relacionada con la prevención, detección (exposición, prevalencia y síntomas), mitigación o mejora; 2) resultados: como mínimo, sobre el efecto relacionado con la condición sanitaria de la exposición (potencial); 3) estudio (adecuado) de la eficacia; 4) contexto: trabajadores de servicios uniformados.

¹⁰ Téngase en cuenta que una publicación puede tratar más de un tema. Se adscribió una media de 1,2 temas a una publicación.

La mayoría de estas publicaciones trata las causas del trauma psicológico (29%), síntomas del trauma psicológico (20%) y la prevalencia del trauma psicológico (20%). Menos de la mitad de los artículos estudia qué tipo de acción puede tomarse para prevenir o curar síntomas de trauma psicológico. La prevención, los métodos de tratamiento (por ejemplo desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular) y la función de presentación de informe son, con mucho, las más estudiadas. Sólo cinco publicaciones tratan específicamente la utilización del apoyo entre iguales, lo que hace de éste un campo de investigación especialmente no suficientemente estudiado. Asimismo, cabe mencionar que la bibliografía se centra principalmente en el personal militar (53%). Después del militar personal, la policía es la más estudiada (13%), seguida por los trabajadores de salvamento en general¹¹ (11%), trabajadores de urgencias médicas / personal de ambulancias (10%) y bomberos (6%).

Temas principales

Según la bibliografía analizada, la conferencia y el cuestionario, este apartado resalta el consenso y el debate relativos a la aplicación de las directrices neerlandesas en un contexto internacional. Las tres fases de Mrazek & Haggerty¹² distinguen entre apoyo psicossocial después de situaciones impactantes (preparación, apoyo entre iguales y seguimiento y remisión a ayuda profesional) han servido como principio de ordenación para los temas principales.

Preparación: selección y responsabilidades del empleador

Selección de empleados como forma de impedir el trauma psicossocial

Tomando la preparación como punto de salida, la conferencia, el análisis de la bibliografía y el panel de expertos han ayudado a resaltar cuestiones especialmente interesantes en un contexto internacional. Una de estas cuestiones es la selección de empleados. Los expertos consideran que es posible en cierto grado reducir el riesgo psicossocial de situaciones potencialmente impactantes contratando a trabajadores uniformados con un grado de resistencia relativamente elevado y que no se vean sometidos fácilmente a estrés.¹³ Asimismo, se hace referencia periódicamente a personas que acceden a una profesión con una acumulación de situaciones potencialmente impactantes que las hacen más susceptibles a la traumatización.¹⁴ Desafortunadamente, no existen instrumentos suficientemente precisos para recomendar la clasificación como "vulnerabilidad psicológica".¹⁵ De forma más general, la bibliografía nos muestra que es muy difícil predecir correctamente quién desarrollará un trauma psicossocial después de una situación potencialmente impactante y quién no. Dicho esto, la prevención del trauma psicossocial mediante formación / educación y reuniones de información sobre el estrés previas al despliegue pueden ofrecer algunas posibilidades.¹⁶

¹¹ Trabajadores de urgencias médicas, bomberos y policía.

¹² Mrazek & Haggerty, 1994

¹³ Téngase en cuenta que sólo el 12,5% del panel de expertos consideró que era posible reducir el riesgo psicossocial después de experimentar situaciones impactantes exclusivamente mediante selección.

¹⁴ Paton, 2005

¹⁵ Rona et al., 2006; Jones et al., 2003; Wessely, 2005; Heslegrave and Colvin 1998.

¹⁶ Sharpley et al., 2008; Deahl et al., 2000.

Preparación y responsabilidades del empleador

Otra cuestión es la responsabilidad del empleador, tanto a la hora de preparar a trabajadores uniformados para situaciones potencialmente traumáticas, como a la hora de apoyar a trabajadores uniformados cuando dicha situación ya se ha producido. Existe un acuerdo general acerca de que, como sugieren las directrices, los empleadores son responsables de preparar a los empleados para situaciones potencialmente impactantes. Por ejemplo, proporcionando información psicológica¹⁷, adoptando una espera atenta (qué reacciones son normales, cuáles son motivo de preocupación) y fomentando un comportamiento de búsqueda de ayuda adecuado.

También existe consenso sobre la afirmación de que los empleados poseen una responsabilidad general en la ayuda psicosocial para sus empleados¹⁸. En varios países, la responsabilidad de la organización está, en cierta medida, formalizada por la ley. La legislación comunitaria en materia laboral también trata la ayuda psicosocial. Sin embargo, la base jurídica varía en gran medida y normalmente no parece suficiente para garantizar una atención psicosocial adecuada. Asimismo, varios expertos insisten en que la ayuda psicosocial también es una responsabilidad moral de las organizaciones. En términos generales, la gran mayoría de las personas que respondieron al cuestionario (88,2%) acepta (totalmente) la afirmación de que debería incorporarse el apoyo entre iguales formalizado en los servicios uniformados y que es responsabilidad del empleador hacerlo.¹⁹

El tercer argumento, además de las consideraciones morales y jurídicas, es que un empleador puede ahorrar en costes si presta atención a la prevención y el apoyo psicosocial. La investigación de los costes de empleados que ya no pueden trabajar debido a situaciones impactantes vividas es muy limitada.²⁰ Según las conclusiones de las investigaciones realizadas y las expectativas de los expertos, los costes pueden ser realmente muy significativos y oscilar entre gastos médicos o disminución de la productividad y el tiempo adicional que los gerentes deben emplear en tratar todo tipo de cuestiones cuando el rendimiento de los empleados cae. Sin mencionar el coste (financiero, pero también de calidad de vida) para las personas que viven la situación traumática y para la sociedad. Muchos expertos consideran que los empleadores no reconocen suficientemente el riesgo financiero del trauma psicológico, y mucho menos que se han tomado suficientes iniciativas efectivas.²¹

Hasta ahora, la responsabilidad jurídica y moral combinadas y los argumentos económicos no han resultado suficientes para proteger a los empleados. Esperamos que las directrices funcionen como un estímulo adicional por su base científica y su aplicabilidad práctica.

Apoyo organizado entre iguales

Apoyo entre iguales en relación con otras formas de apoyo e instrumentos de organización
 Contar con un contexto de apoyo resulta vital para mejorar la resistencia de los trabajadores

¹⁷ La información psicológica se orienta a incrementar la independencia práctica de los trabajadores uniformados mediante el reconocimiento de la experiencia.

¹⁸ El panel de expertos fue unánime al declarar que todo el mundo considera que el empleador es, en cierta medida, responsable de la ayuda psicosocial.

¹⁹ Ninguna de las personas que respondió al cuestionario discrepa de esta afirmación.

²⁰ Una excepción notable es Haagsma et al., 2011.

²¹ Conferencia de Ámsterdam de EUTOPIA-IP, 2010.

uniformados.²² Las directrices se centran en cómo los propios trabajadores uniformados pueden proporcionar este contexto. En este caso, la función del apoyo organizado entre iguales consiste en apoyar a los compañeros que han sufrido una situación impactante.

De acuerdo con las investigaciones existentes y las directrices, los expertos de la Conferencia de Ámsterdam están de acuerdo en que el apoyo entre iguales es una forma muy importante de señalar los problemas psicosociales y, posiblemente, fomentar la resistencia. En lo que respecta a la base empírica, se han realizado pocas investigaciones acerca de la importancia y el efecto del apoyo entre iguales. El análisis sistemático de bibliografía resalta claramente este punto: cinco artículos (de 3.600) tratan explícitamente el apoyo entre iguales.

Una de las formas en la que la bibliografía existente demuestra ser valiosa es que resalta algunas ventajas / fortalezas interesantes del apoyo entre iguales (en comparación con la ayuda profesional). Los trabajadores uniformados tienden a ser un grupo cerrado en el que buscar ayuda psicológica profesional puede implicar debilidad, cobardía o incapacidad para desempeñar el trabajo de forma eficaz. Por el contrario, los profesionales de la salud mental se consideran un grupo externo que no comprende la cultura de las USO.²³ En este escenario complicado, el apoyo entre iguales en las USO ofrece un apoyo fácilmente accesible sin el cual los trabajadores uniformados sólo hablarían de sus síntomas cuando estos fueran demasiado graves. Es más, el apoyo entre iguales puede tener un efecto de prevención en relación con el desarrollo de los síntomas traumáticos.²⁴ Como afirman Levenson y Dwyer, "el apoyo entre iguales durante una crisis facilita el proceso de cierre y duelo psicológico y permite a los trabajadores de servicios de emergencia gestionar la tragedia de forma más eficaz para que puedan continuar desempeñando sus trabajos de forma eficaz y con satisfacción".²⁵

Junto con el apoyo entre iguales, también existen otros vínculos sociales que desempeñan una función en el proceso de apoyo. Varios estudios analizaban cuáles son las personas más importantes del entorno de una persona que acaba de vivir una situación impactante. De Soir²⁶ consideró que, justo después de un incidente, son importantes los compañeros, después la familia y después el jefe.²⁷ Después de algunas semanas, la persona más importante es el jefe, luego la familia y luego los compañeros. Otro ejemplo es la investigación realizada con tropas en una misión. Las conclusiones demuestran que el personal militar con un entorno privado relativamente estable es menos vulnerable al trauma psicológico.

Una cuestión que resalta esto es que los iguales son importantes para los trabajadores uniformados que acaban de vivir un acontecimiento potencialmente traumático, pero que otras personas también son importantes. Los expertos consultados mediante el cuestionario y la Conferencia de Ámsterdam no pueden estar más de acuerdo: casi todos los expertos consideran que, junto con los compañeros, también son importantes los supervisores, la familia y los trabajadores sociales.

²² CREST, 2003; Impact/Trimbos, 2007; Forbes et al., 2007.

²³ Dowling et al., 2005; Levenson and Dwyer, 2003.

²⁴ Ryan y MacLochlainn, 1995; Dowling et al., 2005; Levenson y Dwyer, 2003.

²⁵ Levenson y Dwyer, 2003.

²⁶ PM año de publicación

²⁷ El 100% de las personas que respondieron afirmaron que consideraban que la religión es un actor en la prestación de apoyo psicosocial.

²⁸ 100% of the respondents answered they believe religion is an actor in the provision of psychosocial support.

Una categoría especialmente interesante a este respecto es la religión. De forma unánime, los expertos consideran que la religión desempeña una función en el apoyo psicosocial.²⁸ Alemania es quizás el ejemplo más claro en el que esto se aplica de acuerdo con esta idea: el apoyo psicosocial en Alemania lo ofrecen sacerdotes de urgencias. Asimismo, en las misiones al extranjero, un sacerdote de emergencias acompaña al grupo de trabajadores uniformados. El apoyo entre iguales descrito en las directrices se ha iniciado recientemente.

Al ampliar nuestra perspectiva y estudiar más cosas que el apoyo interpersonal directo, la bibliografía sugiere que existen otras variables que pueden influir en el bienestar psicosocial de los trabajadores uniformados que acaban de vivir un incidente potencialmente traumático. Algunas de estas variables son:

- cultura de la organización / estructuras de creencias de los grupos de empleados: los expertos y la bibliografía informan de grandes diferencias en la aceptación del apoyo entre iguales por parte de los trabajadores uniformados y la aceptación de que un incidente puede tener efectos traumáticos psicosociales.²⁹ Se informa de diferencias entre las organizaciones, por ejemplo, entre bomberos y militares, y de variaciones entre países.
- cohesión del grupo y confianza entre compañeros:³⁰ este tema trata preguntas como: ¿se siente seguro tanto física como psicológicamente, entre sus compañeros directos? ¿Puede recurrir a y recibir apoyo de compañeros directos?
- liderazgo y función del superior: la bibliografía trata formas de liderazgo / gestión en general (por ejemplo, liderazgo jerárquico frente a liderazgo de capacitación / orientación) y qué pueden hacer los líderes, en especial, en caso de situaciones potencialmente impactantes.³¹

Estas variables pueden considerarse como tomar un poco de perspectiva con respecto al incidente potencialmente traumático específico y estudiar en qué variables de la organización (con frecuencia descritas como estresantes laborales) influyen en el desarrollo de trauma psicosocial.

Una vez más, se han realizado pocas investigaciones en este campo. Así, todavía no existen muchas pruebas sólidas sobre el grado en el que estas variables / instrumentos resultan eficaces para ayudar a reducir los síntomas de estrés relacionados con traumas, siendo, quizá, el impacto de la cohesión del grupo el campo más estudiado hasta el momento. En el futuro, merece la pena investigar estos instrumentos / variables. Por ejemplo, investigar sobre el grado de efecto que poseen y cuál es la mejor forma de aplicarlos.

El alcance del apoyo entre iguales

Las funciones del apoyo entre iguales, según se identifican en las directrices son funciones importantes que deben realizar las personas que ofrecen apoyo en cada país, según consideran los expertos. Estas funciones que deben realizarse son:

- 1 ofrecer ayuda práctica;
- 2 estimular un proceso de recuperación sano;
- 3 identificar rápidamente los posibles problemas psicosociales y sugerir ayuda profesional adecuada con prontitud;

²⁹ Dowling et al., 2006; Levenson and Dwyer, 2003.

³⁰ Svensson & Fridlund, 2008; Brailey, 2007.

³¹ Castro, 2009

- 4 seguimiento del proceso de recuperación;
- 5 activar la red social;
- 6 atención a reacciones (negativas) del entorno.

En primer lugar, debe indicarse que la situación actual en los distintos Estados miembros no se ajusta, o sólo parcialmente, a estas funciones: el apoyo entre iguales no existe en todos los Estados miembros de la UE o, por lo menos, no en todos los servicios uniformados. En segundo lugar, en lo que respecta a definir funciones, las directrices no incorporan explícitamente funciones terapéuticas. La terapia, según argumentan las directrices, es algo que sólo deben proporcionar terapeutas profesionales. Permitir que trabajadores uniformados realicen terapia (aunque sea de forma básica) con sus compañeros puede empeorar el trauma porque los trabajadores uniformados no poseen la suficiente formación y experiencia para realizar terapias.

La práctica en varios países es la existencia de un componente terapéutico en el apoyo entre iguales. Es el caso, por ejemplo, de Dinamarca, pero también de Canadá. El programa canadiense de apoyo social en lesiones de estrés operativo (Canadian Operational Stress Injury Social Support, OSISS) ofrece un apoyo entre iguales confidencial y un apoyo social a veteranos y sus familias afectados por una lesión de estrés operativo resultante del servicio militar. Asimismo, existe una gran minoría de expertos que consideran que este componente terapéutico es deseable.³² Esto no quiere decir que los expertos consideren que el apoyo entre iguales sea una asistencia sanitaria mental: la mayoría de las personas que respondieron al cuestionario están de acuerdo (completamente) con la afirmación de que, por miedo a una medicalización excesiva, el apoyo entre iguales no debe presentarse como forma de asistencia sanitaria mental. Es más, el 81% de las personas que respondieron no considera que las personas que prestan apoyo sean capaces de ejercer funciones de profesionales de la salud mental.

Si analizamos la bibliografía, existe un debate similar, aunque implícito, acerca de la medicalización del apoyo entre iguales. Por otro lado, existen autores que describen las funciones del apoyo entre iguales en línea con las directrices.³³ Dowling et al., por ejemplo, estudiaron las funciones de las personas que ofrecían apoyo en la Policía de Nueva York y afirman: "la función de las [personas que ofrecen apoyo] es clasificar, apoyar y actuar como puente hacia la ayuda profesional".³⁴ Por otro lado, existen investigadores que consideran el apoyo entre iguales como parte de una forma básica de asistencia sanitaria mental.³⁵ Por ejemplo, Linton habla de "utilizar un equipo compuesto por profesionales de la salud mental y personal del apoyo entre iguales" al utilizar la técnica de gestión de estrés en incidentes críticos (CISM, por sus siglas en inglés).³⁶

Los efectos de distintas formas de apoyo entre iguales todavía no se han estudiado lo sufi-

³² El 40% de las personas que respondieron en el panel digital consideran que las personas que ofrecen apoyo deberían realizar más detección, alerta, asesoramiento para remisión y seguimiento a largo plazo.

³³ Hattingh, 2002; Dowling et al., 2005;

³⁴ Dowling et al., 2005: 870.

³⁵ Linton, 1995; Ryan K, MacLochlainn, 1995.

³⁶ Linton, 1995.

ciente para afirmar inequívocamente si la terapia prestada por el apoyo entre iguales posee efectos negativos o positivos.³⁷ Sin embargo, existe consenso, en las conclusiones de la investigación y entre expertos, acerca de que todas las funciones del apoyo entre iguales indicadas en las directrices son importantes. A causa de su alcance limitado, se podría decir que es una "prueba sin fuego real" del apoyo entre iguales sobre la que, según sugieren algunos expertos, podría añadirse un componente terapéutico.

Conocimiento y experiencia requeridos para el apoyo entre iguales

¿Quién debe ofrecer apoyo entre iguales? Las respuestas a esta pregunta varían considerablemente según el país: Una vez más, las directrices demuestran ser una base común sobre la que se añaden competencias / requisitos en algunos países. En la bibliografía¹ y entre los expertos de la Conferencia de Ámsterdam, los siguientes criterios de selección para personas que quieren participar en el apoyo entre iguales son básicos:

- aceptación, respeto y confianza entre iguales
- una personalidad enérgica y fuerte
- capacidad de escuchar, empatía y buenas habilidades interpersonales, en general.

Dicho esto, existen algunas diferencias entre países. Una importante es la selección de las personas que ofrecen apoyo que hayan sufrido síntomas de trauma (la utilización del método del "sanador herido"). En Canadá, las personas que ofrecen apoyo deben haber sufrido una enfermedad relacionada con su actividad, como depresión, adicción o un trastorno de ansiedad. Deben encontrarse en una fase avanzada del proceso de recuperación, pero todavía con síntomas. Se espera que el hecho de haber sufrido una enfermedad ayude a las personas que ofrecen apoyo a comprender mejor a sus compañeros y, por ello, a ayudarlos mejor. En otros países, como Alemania y Dinamarca, no se utiliza este enfoque. Una razón es que surgían complicaciones porque las personas que ofrecían apoyo estaban superando su propio trauma. Algo que fomentaron sus conversaciones como personas que ofrecían apoyo entre iguales. Un segundo motivo para no utilizar el método del sanador herido puede ser que se espera que las personas que ofrecen apoyo no se impliquen personalmente demasiado (en el proceso de tratamiento terapéutico).

De acuerdo con las directrices, siempre se proporciona cierta formación a las personas que ofrecen apoyo. Sin embargo, la cantidad de formación es bastante distinta. En Bélgica y Francia, las personas que ofrecen apoyo a bomberos reciben ocho días de formación más cuatro periodos de residencia de tres días¹. Por el contrario, en los Países Bajos, lo normal son dos días de formación en el cuerpo de policía y un día de formación de seguimiento al año. Otro ejemplo es Renania del Norte-Westfalia, donde los bomberos profesionales reciben dos días de formación básica, seguidos de ocho días y medio de formación en apoyo psicosocial.

En general, el 75,1% de las personas que respondieron se mostraron de acuerdo (completamente) con la selección, formación, educación y la función de la organización según se describen

³⁷ La bibliografía existente con frecuencia no distingue específicamente entre uso terapéutico y no terapéutico del apoyo entre iguales.

³⁸ Hattingh, 2002.

³⁹ Se puede ver una duración de la formación similar en Canadá (dos semanas), Dinamarca (dos semanas) y Luxemburgo (cinco semanas).

en las directrices.⁴⁰ Consideran que son recomendaciones bien estudiadas. Se realizan sugerencias en relación con la clasificación de traumas previos y con formar adecuadamente a las personas acerca de qué pueden esperar "sobre el terreno".

Uso de la ayuda profesional

Remisión a ayuda profesional

Las personas que ofrecen apoyo, junto con la dirección, los compañeros directos y la familia / amigos poseen una función importante en el reconocimiento y la remisión a tiempo de empleados que muestren claros signos de problemas en la recuperación. Los expertos y el análisis de bibliografía coinciden completamente con las directrices a este respecto. Al mismo tiempo, la cuestión de la remisión afecta al alcance del apoyo entre iguales. Las directrices proponen una separación estricta entre el apoyo (proporcionado, entre otros, por compañeros mediante el apoyo entre iguales) y el tratamiento (proporcionado por profesionales de la salud mental). Esta separación es habitual en los Países Bajos, pero no siempre en otros países. Por ejemplo, en Bélgica y Francia, después de situaciones potencialmente traumáticas, se invita a los policías implicados a recibir asesoramiento por parte de un psicólogo. Así que la ayuda profesional se proporciona inmediatamente después de un incidente, junto con el apoyo entre iguales.

Esta variación entre países se refleja en las respuestas indicadas en el cuestionario. La mayoría de las personas que participaron (68,8%) se mostraron de acuerdo (completamente) con que el apoyo inicial debería consistir en apoyo entre iguales. Al mismo tiempo, algunos expertos comentaron que también existe una necesidad de implicación directa por parte de los profesionales de la asistencia sanitaria mental, dependiendo del tipo de evento, los recursos disponibles y si las personas querían o no utilizar el apoyo entre iguales. Asimismo, algunos expertos sugieren que es necesaria una distinción menos estricta entre el apoyo entre iguales y la asistencia sanitaria mental. Por ejemplo, en muchos casos, la presentación de un informe la realiza el apoyo entre iguales bajo la supervisión de profesionales de la asistencia sanitaria mental

⁴⁰ El 18,8% de las personas que respondieron están (completamente) en desacuerdo. Desafortunadamente, no se proporcionaron argumentos.

Conclusiones

Consenso: resistencia, responsabilidad de la organización y funciones básicas del apoyo entre iguales

El punto de partida de las directrices es la capacidad de un trabajador uniformado individual de fomentar su propia recuperación. El primer punto de consenso es centrarse en la propia resistencia de las personas. El hecho de enfrentarse a situaciones impactantes no implica necesariamente que una persona resulte traumatizada. Las personas tienen una resistencia "natural" que, junto con la ayuda de su entorno social, les permite superarlo. La mayoría de las personas pueden superar situaciones impactantes sin la necesidad de ayuda profesional. Es más, se ha estudiado que el hecho de estigmatizar a las personas como enfermas puede impedir el proceso de recuperación. La estigmatización puede reforzar el sentimiento de víctima de las personas, causando un comportamiento pasivo.

Tomar la resistencia de un trabajador uniformado individual como base para desarrollar las directrices no significa que el empleador no posea responsabilidades. Como hemos indicado, existen motivos jurídicos, financieros y, según algunas personas, morales, para que un empleador se asegure de que los trabajadores uniformados reciban ayuda psicosocial. La gran mayoría de los expertos consultados están de acuerdo en que la ayuda psicosocial es, en cierto grado, responsabilidad de la organización. Sin embargo, hasta ahora, el riesgo (financiero) y las responsabilidades de los traumas psicológicos no reciben reconocimiento suficiente de los empleadores.

En tercer lugar, existe consenso acerca de las funciones asociadas al apoyo entre iguales en las directrices. El apoyo entre iguales siempre debe orientarse a asistencia (práctica), estimular la recuperación de la salud y, en caso necesario, remisión a ayuda profesional. Los expertos están de acuerdo en que estas funciones no médicas del apoyo entre iguales constituyen la base para cualquier definición de funciones.

Debate: alcance del apoyo entre iguales, otras intervenciones de la organización y ayuda profesional oportuna

No existe ningún debate sobre si el apoyo entre iguales es un instrumento valioso en la prevención del trauma psicosocial: tanto la bibliografía como los expertos están de acuerdo con ello. Sin embargo, junto con el apoyo entre iguales, también existen otros instrumentos que pueden impedir el trauma psicosocial. La influencia en las estructuras de creencias / cultura de las organizaciones, el grado de confianza entre compañeros directos y la alteración de las funciones o del despliegue de los empleados son algunos ejemplos de lo que puede hacer una organización para intentar influir en el desarrollo del trauma psicosocial.

Incluso aunque exista consenso sobre las funciones asignadas al apoyo entre iguales en las directrices, existe un debate sobre si añadir o no un componente terapéutico al apoyo entre iguales. En varios países, la práctica es que las personas que ofrecen apoyo posean una función de apoyo en terapia. No puede afirmarse de forma definitiva de acuerdo con las investigaciones realizadas si esto es más efectivo que el apoyo entre iguales sin componente

terapéutico. Ésta puede ser una de las cuestiones que dependan del contexto nacional y que deban tenerse en cuenta al aplicar las directrices.

Por último, existe un debate acerca de cuándo deben implicarse la ayuda profesional. ¿Sólo cuando reciben el aviso de las personas que ofrecen apoyo, los propios empleados o sus superiores? ¿O deben recibir un aviso automáticamente en caso de situaciones especialmente graves y / o empleados que ya hayan sufrido síntomas de trauma psicosocial?

Aplicación

En general, el análisis de la bibliografía y los expertos consultados están de acuerdo en que las directrices constituyen una base sólida para el apoyo psicosocial para los trabajadores uniformados. Al aplicar las directrices, existen dos cosas especialmente importantes. En primer lugar, como señala el debate, existen diferencias entre los países y estas diferencias deben tenerse en cuenta al aplicar las directrices. Esto significa que puede resultar necesario añadir elementos a las directrices para adaptarlas al contexto nacional. En segundo lugar, la aplicación efectiva no sólo depende de la calidad de las directrices. Es muy importante establecer un proceso que cree atención y apoyo para las directrices entre las principales partes interesadas.

Socios del proyecto y expertos participantes

Socios del proyecto

- City of Cologne, Germany (beneficiary)
- Centre of Psychotraumatology, Alexianer Krefeld GmbH, Germany
- Impact - Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care, The Netherlands
- Charles University in Prague, Faculty of Philosophy, Czech Republic
- Sociedad Española de Psicotraumatología y Estrés Traumático (SEPET), Madrid, Spain
- Public Health Department, Düsseldorf, Germany

Expertos participantes en la Conferencia de Ámsterdam⁴¹

Participantes en la Conferencia de Ámsterdam

Nombre del participante	País
Robert Bering	Germany
Hans te Brake	The Netherlands
Bruno Brito	Portugal
Michel Dückers	The Netherlands
Ira Helsloot	The Netherlands (only September 16)
Henriette Hoogendorp	The Netherlands
Leonie Hoijtink	The Netherlands
Eric Geerligs	The Netherlands (discussion leader)
Michaela Krítková	Czech Republic
Henrik Lyng	Denmark
Josée Netten	The Netherlands
Brigit Nooij	The Netherlands
Lasse Nurmi	Finland
Paco Orengo García	Spain
Ulrich Pasch	Germany
Gerd Puhl	Germany
Don Richardson	Canada
Magda Rooze	The Netherlands
Claudia Schedlich	Germany
Erik de Soir	Belgium
Axel Strang	Germany
Zuzana Vrbová	Czech Republic
Stephan Vymetal	Czech Republic
Dieter Wagner	Germany
Gisela Zurek	Germany

Expertos que no pudieron estar presentes en la conferencia, pero que respondieron al cuestionario

Nombre del participante	País
David Alexander	Scotland (United Kingdom)
David E. Alexander	Italy
Irmtraud Beerlage	Germany
Jonathan Bisson	Wales (United Kingdom)
Chris Brewin	United Kingdom
Mark Creamer	Australia
Neil Greenberg	United Kingdom
Mark Walsh	United Kingdom

⁴¹ La Conferencia de Ámsterdam se celebró el 16 y 17 de septiembre de 2010.

Bibliografía añadida para el preámbulo⁴²

Brailey K, Vasterling JJ, Proctor SP, Constans JI, Friedman MJ: PTSD symptoms, life events, and unit cohesion in U.S. soldiers: baseline findings from the neurocognition deployment health study. *J Trauma Stress* 2007, 20: 495-503.

Castro CC: Impact of combat on the mental health and well-being of soldiers and marines. *Smith College Studies in Social Work (Haworth)* 2009, 79: 247-262.

CREST (2003). The Management of post-traumatic stress disorders in adults. Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). <http://www.crestni.org.uk>.

Deahl M, Srinivasan M, Jones N, Thomas J, Neblett C, Jolly A: Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *Br J Med Psychol* 2000, 73 (Pt 1): 77-85.

Dowling FG, Genet B, Moynihan G, Cournos F, Goldfinger SM: A Confidential Peer-Based Assistance Program for Police Officers. *Psychiatric Services* 2005, 870-871.

Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly GJ et al. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust NZ J Psychiat*, 41, 637-648.

Haagsma J, Smits I, Folmer T, Burger N, Hagelstein R. (2011) De prijs die je betaalt ... Politie: de kosten achter een hoog risicobe-roep. Utrecht: Andersson Elffers Felix.

Hattingh SP: A model for the training of peer debriefers in the emergency services. University of South Africa (South Africa); 2002. D.Litt. et Phil.

Impact. (2010). Richtlijn psychosociale ondersteuning geüniformeerde. Amsterdam: Impact.

Impact. (2008). Feiten en fictie: inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten. Psychosociale gevolgen en de organisatie van preventie en nazorg in Nederland. Amsterdam: Impact.

Impact/Trimbos-instituut. (2007). Multidisciplinaire richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. Amsterdam/Utrecht: Impact/Trimbos Instituut.

Levenson RL, Jr., Dwyer LA: Peer support in law enforcement: past, present, and future. *Int J Emerg Ment Health* 2003, 5: 147-152.

Linton JC: Acute stress management with public safety personnel: Opportunities for clinical training and pro bono community service. [References]. *Professional Psychology: Research and Practice* 1995, 566-573.

Mrazek PJ, Haggerty RJ (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.

Paton D: Posttraumatic growth in protective services professionals: Individual, cognitive and organizational influences. [References]. *Traumatology* 2005, 335-346.

Ryan K, MacLochlainn A: Establishment of a peer support program at St. Vincent's Hospital, Sydney. *Nursing Monograph* 1995, -5p.

Sharpley JG, Fear NT, Greenberg N, Jones M, Wessely S: Pre-deployment stress briefing: does it have an effect? *Occup Med (Lond)* 2008, 58: 30-34.

Soir, de E (1997) Traumatische stress en politie. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.

Svensson A, Fridlund B: Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: a critical incident study. *International Emergency Nursing* 2008, 16: 35-42.

⁴² Esta bibliografía se utilizó en el preámbulo. Parte de esta bibliografía, especialmente las cinco publicaciones que tratan directamente el apoyo entre iguales, se añade a las Directrices de Apoyo Psicosocial para Trabajadores Uniformados (2010).

Directrices

de apoyo psicosociales
para trabajadores
uniformados

*Resumen extenso
y recomendaciones*



Colofón

Este resumen ha sido cofinanciado por la Comisión Europea - DG Environment, Grant Agreement N° 070401/2009/540414/SUB/A4 - EUTOPA-IP.

Elaborado por

Impact, el centro neerlandés de conocimientos y asesoramiento para la ayuda psicosocial post-catástrofe.

Versión final

Hans te Brake, *doctor, analista superior de políticas, investigación y desarrollo en Impact*

Design

Burobraak, Amsterdam

Imprenta

Wheel Printing, Katwijk

Fecha de publicación

Enero de 2012

Organizaciones participantes

Policia de los Países Bajos (Politie Nederland)

Agencia Nacional de Servicios Policiales (Korps Landelijke Politiediensten – KLPD)

Academia de Policía de los Países Bajos (Politieacademie)

Centro de Diagnóstico de Traumas Psicológicos (PDC) Unidad de Policía

Cuerpo de Bomberos (Nederlandse Vereniging voor Brandweerzorg en Rampenbestrijding – NVBR)

Servicio de Ambulancias de los Países Bajos (Ambulancezorg Nederland – AZN)

Centro Nacional de Envío de Ambulancias (Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg – LMAZ)

Ministerio de Defensa

Gendarmería Marechaussee de los Países Bajos (Koninklijke Marechaussee)

Real Asociación de Salvamento Marítimo de los Países Bajos (Reddingsbrigade Nederland – KNBRD)

Real Institución de Salvamento Marítimo de los Países Bajos (Koninklijke Nederlandse Reddingsmaatschappij – KNRM).

Colegio de Médicos de Familia de los Países Bajos (Nederlands Huisartsen Genootschap – NHG)

Sociedad de Medicina del Trabajo de los Países Bajos (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde – NVAB)

Asociación de Psicólogos de los Países Bajos (Nederlands Instituut van Psychologen – NIP)

Sociedad de Psiquiatría de los Países Bajos (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie – NVvP)

Seguridad de la Región Rotterdam-Rijnmond (Veiligheidsregio Rotterdam-Rijnmond)

© 2012 IMPACT, PARTNER IN ARQ.

Se permite el uso de los contenidos de estas directrices como explicación o apoyo para artículos, libros y tesis doctorales siempre y cuando se indique claramente la fuente.

Puede solicitar esta publicación a Impact, el centro neerlandés de conocimientos y asesoramiento para la ayuda psicosocial post-catástrofe.

Nienoord 5

1112 XE Diemen

Países Bajos.

+31 20 660 1901.

E-mail: info@impact.arq.org.

Correo electrónico: info@impact.arq.org.

Este resumen, así como las directrices completas en neerlandés, se pueden descargar en formato PDF desde la página web de Impact: www.impact.arq.org

Introducción

Los proveedores de servicios de emergencia uniformados, en adelante “trabajadores uniformados”, corren un alto riesgo de verse implicados en situaciones de naturaleza inmediata, inesperada y violenta (Impact/Trimbos, 2007; Impact, 2008). En los Países Bajos, las organizaciones de servicios uniformados (USO, por sus siglas en inglés) cuentan con el apoyo psicosocial del propio personal del servicio, generalmente de los compañeros de trabajo.

La ayuda psicosocial para trabajadores uniformados se debe ofrecer de acuerdo con las prácticas más recientes y utilizables que demuestren ser eficaces. Sin embargo, la realización, implementación y supervisión de las intervenciones psicosociales dependen a menudo de las percepciones de las USO, de los proveedores de servicios individuales y, en ocasiones, de las empresas comerciales. Esto significa que las intervenciones se ofrecen de múltiples maneras y que los trabajadores uniformados no siempre reciben una ayuda óptima. En ocasiones, se llevan a cabo intervenciones que no han sido investigadas científicamente o, aún peor, cuya investigación ha demostrado no ser eficaz o eficiente.

Se advertía la necesidad de que el gobierno neerlandés creara una normativa clara que incluyera a las USO en cuestión y a los profesionales de salud mental. Por tanto, en colaboración con la policía, el cuerpo de bomberos, el servicio de ambulancia, el Ministerio de Defensa y los equipos de salvamento, se desarrollaron las directrices multidisciplinares basadas en pruebas para el Apoyo psicosocial de los trabajadores uniformados (Impact, 2010). Estas directrices describen la forma en que las USO deben proporcionar un apoyo psicosocial óptimo a sus empleados. Incluyen recomendaciones para los propios empleados, para saber apoyarse entre compañeros, para los supervisores y para los directivos.

Las organizaciones anteriormente mencionadas aceptan las directrices como normativa para el apoyo psicosocial de los trabajadores uniformados que hayan experimentado una situación impactante. Sin embargo, no significa que todo el trabajo esté hecho. A partir de ahora se deben dar los pasos necesarios para implantar las recomendaciones en cada USO. Las directrices se utilizarán en el (posterior) desarrollo de procedimientos y protocolos de apoyo psicosocial. Es importante supervisar este proceso de implantación hasta su puesta en marcha, de modo que se pueda obtener información para la revisión de las directrices en 2016. Ajustar este tipo de directrices a los conocimientos progresivos es una forma de subsanar las diferencias entre la teoría (lo que se debería hacer) y la práctica (lo que se está haciendo realmente).

Acerca de este resumen

El texto original es un resumen en inglés de las directrices multidisciplinares neerlandesas para el apoyo psicosocial a los trabajadores uniformados (Impact, 2010). A nuestro conocimiento, hasta la fecha no existen directrices sistemáticas basadas en pruebas para el apoyo psicosocial óptimo en las USO. No obstante, el Centro Australiano de Salud Mental Post-traumático tomó una iniciativa parecida y desarrolló unas directrices para una serie de acontecimientos relacionados con el apoyo entre iguales utilizando el método Delphi.¹

Las directrices descritas en este resumen se han desarrollado dentro de un contexto neerlandés, pero los principios y recomendaciones básicos son pertinentes también en un contexto internacional más amplio. Asimismo, las directrices están basadas en bibliografía científica internacional. Poner las directrices neerlandesas a disposición del público internacional es un incentivo para continuar el desarrollo (investigación) del apoyo psicosocial dentro de las USO y, tal vez, incluso para desarrollar directrices aceptadas en un ámbito internacional.

Este resumen se compone de dos partes:

- La parte A describe el contexto y el desarrollo metodológico de las directrices.
- La parte B resume las directrices. En el Anexo 3 se expone una breve explicación de las (55) recomendaciones.

También se incluye un listado de referencias. Esta es la bibliografía que se empleó para redactar las directrices. No se han incluido todas las referencias bibliográficas empleadas en el resumen. En este resumen se han omitido los ejemplos prácticos y las observaciones específicas del contexto neerlandés y de las regiones específicas de los Países Bajos.

¹ Centro Australiano de Salud Mental Post/traumática, enero de 2011. Desarrollo de directrices para el apoyo entre iguales utilizando el método Delphi.

A Directrices

Contexto

Las directrices para el apoyo psicosocial a los trabajadores uniformados (en adelante, "las directrices") han sido elaboradas a petición del Ministerio de Seguridad y Justicia de los Países Bajos (el antiguo Ministerio de Asuntos Exteriores y Relaciones del Reino, Dirección general de Seguridad). Han sido elaboradas por Impact, el centro neerlandés de conocimientos y asesoramiento para la ayuda psicosocial post-catástrofe. La oficina de control de calidad de la Sociedad neerlandesa de Medicina Ocupacional y el Instituto Trimbos proporcionaron el apoyo metodológico durante la elaboración de las directrices.

Se formó un grupo de proyecto multidisciplinar y de gobierno. Los miembros de estos grupos representaron a las USO pertinentes y a las cuatro asociaciones comerciales de profesionales para la ayuda psicosocial (puede ver una descripción general de todas las USO implicadas en el Anexo 1). La tarea de este grupo de gobierno consistía en supervisar el progreso y aprobar la calidad del resultado final.²

El grupo de proyecto proporcionó información sobre el desarrollo de las directrices y la formulación de las recomendaciones.³ Durante el procedimiento de formulación de las directrices se establecieron consultas continuas y contacto entre el grupo de proyecto y el grupo de gobierno. Además, siempre que fue necesario, se formaron subgrupos para debatir los aspectos específicos con más detalle.

El desarrollo de las directrices se realizó de acuerdo con el método de Desarrollo de Directrices Basado en Pruebas (EBRO, por sus siglas en inglés). Un punto de observación podría ser la serie de "preguntas iniciales" basadas en un primer listado de acontecimientos o problemas sufridos al ofrecer ayuda a los trabajadores uniformados tras una catástrofe o situación impactante. Estas preguntas iniciales cubrieron una gran variedad de aspectos, incluyendo la naturaleza y los objetivos de las directrices (definición de grupo objetivo, delimitación de las incidencias para las que están indicadas), el apoyo real ofrecido (en la prevención, cuidado intensivo y cuidado posterior), así como la supervisión. En total se formularon 34 preguntas iniciales.

A partir de las preguntas iniciales se realizó una búsqueda preliminar de la bibliografía necesaria. Más adelante, también se realizó una búsqueda más general basada en las preguntas adicionales que surgieron durante el proyecto y formuladas por el grupo de gobierno. Los detalles de la búsqueda bibliográfica realizada se incluyen en el Anexo 2. La calidad de los artículos empleados se evaluó utilizando las listas de comprobación de la plataforma EBRO

² El grupo de gobierno multidisciplinar fue presidido por el profesor Niek Klazinga, catedrático de Medicina Social en el Centro Médico Académico de Ámsterdam (AMC). El vicepresidente fue el profesor Jan Swinkels, psiquiatra asociado con el AMC y catedrático de elaboración de directrices en el sector sanitario.

³ El grupo de proyecto multidisciplinar fue presidido por Menno van Duim, Doctor y catedrático de Gestión de crisis en el Instituto de Seguridad de los Países Bajos (NIFV).

(Manual para miembros del grupo de trabajo CBO 2005) y, a continuación, se efectuó un control de calidad metodológico.

El grupo de proyecto se percató de que la bibliografía científica disponible y consultada se centra principalmente en el trastorno de estrés postraumático (TEPT). El grupo de proyecto quiere poner de relieve que, a pesar de que el TEPT puede ocurrir después de una catástrofe, ataque terrorista u otra situación impactante, existen otras muchas consecuencias psicológicas a las que se presta menos atención en la documentación científica. Estas consecuencias incluyen trastornos depresivos, de ansiedad, síntomas físicos médicamente inexplicados (MUPS, por sus siglas en inglés) y abuso de sustancias.

Durante la formulación de las recomendaciones específicas, otros aspectos suelen ser relevantes además de las pruebas científicas, a saber: práctica actual, costes, preferencias culturales, disponibilidad de recursos y aspectos organizativos. Estas otras consideraciones se anotaron sistemáticamente en el grupo de proyecto. Asimismo, se organizaron seis reuniones de los grupos de enfoque en diversos niveles dentro de la organización (dirección, jefes de organización, apoyo entre iguales, trabajadores uniformados) para clasificar mejor y de forma directa las prácticas existentes. Los grupos de enfoque fueron especialmente útiles a la hora de determinar el razonamiento (a menudo implícito) que hay detrás de las opiniones y la información de los participantes.

Basándose en los resultados de la investigación científica junto con otras observaciones facilitadas por los miembros del grupo de proyecto, se sacaron conclusiones basadas en pruebas y se formularon recomendaciones. Con respecto a las preguntas iniciales que no se pudieron abordar por falta de pruebas claras o a causa de opiniones conflictivas dentro del grupo de proyecto, se recomendó una mayor investigación. En el Anexo 3 de este resumen se expone una descripción general de todas las recomendaciones.

La investigación muestra que durante el desarrollo de las directrices, se prestó poca atención a la implantación estructurada y planificada (Fleuren et al., 2009). Durante el desarrollo de las directrices que se presentan aquí, se prestó atención a su implantación desde una fase temprana. Se llevó a cabo una "prueba de uso" en la que se comprobó la aplicabilidad del proyecto de directrices en la práctica. Durante esta prueba, los trabajadores uniformados recibieron información acerca de las recomendaciones clave y una lista de comprobación para los indicadores. A continuación se debatió la aplicabilidad de estos indicadores en un supuesto caso *en la vida real*.

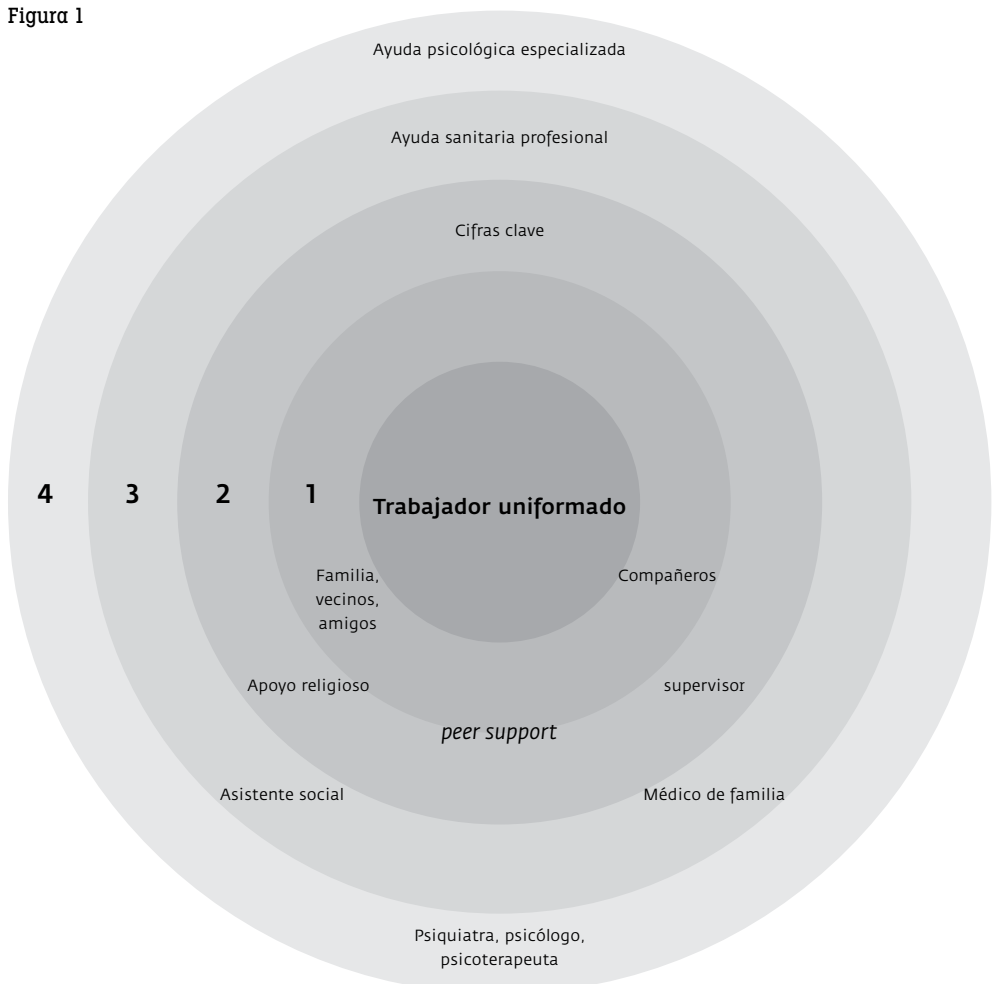
El proyecto de directrices se presentó para su aprobación y comentario a los principales miembros del grupo de proyecto. Además, en esta fase se consultó a varias organizaciones adicionales para comentar el proyecto de directrices (véase Anexo 1). Una vez tramitados todos los comentarios y resultados de la prueba de uso, se establecieron las directrices definitivas y, finalmente, fueron autorizadas por las organizaciones pertinentes.

B Directrices

Resumen

La figura 1 muestra un resumen del enfoque de las directrices para el apoyo psicosocial a los trabajadores uniformados. Este enfoque está basado en un modelo de proceso para el apoyo psicosocial utilizado por el servicio de salud mental civil neerlandés y por las fuerzas armadas de los Países Bajos. Un principio básico e importante de este modelo es la capacidad de las personas de fomentar su propia recuperación y el uso por etapas de la ayuda profesional para apoyar dicha recuperación.

Figura 1



El modelo da por hecho que la ayuda a los trabajadores uniformados comienza con el propio trabajador uniformado. En el centro del modelo, el trabajador uniformado es el responsable de su propia salud. Siempre que sea necesario, se puede buscar ayuda en los círculos de alrededor. Al pasar a los círculos exteriores, cada vez hay disponible más ayuda profesional. El primer círculo está formado por la familia, los amigos y los compañeros. El segundo círculo está formado por el apoyo que no cuenta como ayuda sanitaria profesional, pero que incluye el apoyo de los supervisores o el apoyo organizado entre iguales. El tercer círculo corresponde a la "salud mental de primera línea"; los médicos de familia y los trabajadores sociales a menudo pueden ofrecer soluciones y tratamientos en este círculo. Si existen problemas psiquiátricos o psicosociales graves, se debe recibir ayuda psicológica (relacionada con traumas) por parte de un profesional del cuarto círculo (Gersons, 2005).

La esfera de influencia de la USO recae principalmente en los círculos más internos (0, 1 y 2). El apoyo psicosocial debería tener lugar dentro de estos círculos internos, promocionando así la eficacia del propio individuo (Impact/Trimbos, 2007). Se pueden distinguir tres fases en el apoyo psicosocial posterior a una situación impactante que, a su vez, pueden relacionarse con el modelo del círculo citado anteriormente.

(Mrazek & Haggerty, 1994).

- 1 *Preparación: selección, información y formación (prevención) (círculos 0 y 1 del modelo)*
Esta fase está relacionada con las intervenciones y acciones que se llevan a cabo antes de la exposición a una situación impactante, incluyendo la selección y formación de los trabajadores uniformados, así como el suministro de información a los mismos. En esta fase también se trata la función de una USO.
- 2 *Apoyo entre iguales y supervisión (círculos 1 y 2 del modelo)*
Esta fase está relacionada con el primer apoyo ofrecido después de vivir una situación impactante. A esta fase también pertenecen las actividades de apoyo organizado entre iguales (como los equipos de apoyo entre compañeras dentro de la empresa) y la función de los supervisores.
- 3 *Recomendar ayuda profesional, (círculos 2, 3 y 4 del modelo)*
Esta fase tiene que ver con el suministro de ayuda por parte de los profesionales de salud (mental) cuando es necesario.

Más adelante se describirá cada una de estas fases con más detalle.

Preparación: selección, información y función de la organización

El apoyo psicosocial para los trabajadores uniformados comienza con unas buenas prácticas laborales. Esto quiere decir que dentro de la USO se presta atención a los factores que fomentan la resiliencia psicológica como, por ejemplo, una declaración de misión motivadora, oportunidades de desarrollo profesional, apoyo social, opiniones y evaluación a través del trabajo en equipo y un liderazgo inspirador. Asimismo, se debería prestar atención a la reducción de los factores de riesgo, como la carga de trabajo excesiva, los trabajos muy exigentes desde un punto de vista emocional y las injusticias en los procedimientos y relaciones dentro de la USO (Dowden y Tellier, 2004; Centro de enfermedades laborales de los Países Bajos (NCvB), 1999; Consejo Económico y Social de los Países Bajos (SER), 2009, Walburg, 2008).

Existen múltiples consecuencias posibles provocadas por situaciones impactantes (Impact/Trimbos, 2007) que pueden durar años después del incidente (Benedek et al., 2007; Forbes et al., 2007; Morren et al., 2007; Witteveen et al., 2007; Bills et al., 2008). Algunas de las consecuencias de vivir situaciones impactantes para los trabajadores uniformados son las siguientes: conductas disfuncionales, problemas de ansiedad, mayor absentismo, mayor abuso de sustancias, problemas en la vida privada, aislamiento emocional, síndrome de estrés agudo, TEPT, trastorno depresivo, trastorno del sueño, problemas en el trabajo e incapacidad laboral. Desgraciadamente, no se disponen de instrumentos lo suficientemente precisos para recomendar una evaluación de la "vulnerabilidad psicológica" (Heslegrave y Colvin 1998; Jones et al., 2003; Wesseley, 2005; Rona et al., 2006). Las investigaciones sobre el control del estrés para trabajadores uniformados indican que los programas de formación no tienen un efecto significativo en el desarrollo de los trastornos que surgen después de una situación impactante (Deahl et al., 2000; Cigrang et al., 2003; Williams et al., 2004; Williams et al., 2007).

Los factores que desempeñan un papel fundamental en los problemas psicosociales son, entre otros, el grado de exposición a situaciones potencialmente impactantes, la satisfacción e implicación en el trabajo, los problemas laborales específicos (falta de seguridad, incertidumbre con la función), las lesiones físicas y el reconocimiento (social) o la crítica de la acción. Con respecto a esto último, los medios de comunicación también ejercen una función importante. El trabajador uniformado debe estar preparado para sufrir reacciones externas (negativas), así como para la posibilidad de estar sometido a investigaciones de seguimiento (Koren et al., 2006; Richter et al., 2006; Forbes et al., 2007; MacGregor et al., 2009). Esto también se aplica en el tratamiento de la agresión. En los Países Bajos, la agresión de los transeúntes a los trabajadores uniformados parece estar aumentando y en la actualidad es objeto de fuerte atención por parte de los medios. Las USO han reaccionado a esta situación incluyendo el tema correspondiente en su programa de formación. Un estudio de Richter et al. (2006) muestra que formarse sobre cómo tratar la agresión en el ámbito de la ayuda mental y la ayuda por discapacidad aumenta los conocimientos para abordar la violencia y mejora la confianza de cada uno en esta área. Una consecuencia adicional de que la USO ofrezca cursos de formación para agresiones es que promueve la idea de que la seguridad de los trabajadores uniformados se toma en serio.

Se puede informar a los trabajadores uniformados de cómo abordar las situaciones impactantes mediante información psicosocial. La información psicosocial se centra en aumentar la eficacia práctica de cada trabajador uniformado. Lo importante es este aspecto es reconocer la experiencia impactante. La información psicosocial también hace énfasis en la importancia de aspectos como *observar y esperar* (¿qué reacciones son normales? ¿cuándo son motivo de preocupación?) y en fomentar el comportamiento adecuado para buscar ayuda. Este tipo de información no se debe ofrecer directamente después de un incidente, sino que debería ponerse en conocimiento del empleado en una fase anterior (por ejemplo, durante la formación).

Apoyo entre iguales y supervisión organizados

Existe un amplio consenso con respecto a la utilidad de proporcionar un contexto de apoyo con el fin de prevenir la incidencia de problemas psicosociales (CREST, 2003; Impact/Trimbos, 2007; Forbes et al., 2007). En una USO, este contexto lo pueden proporcionar los propios trabajadores uniformados. Dicho "apoyo entre iguales" puede ayudar a movilizar la red social, contribuye a generar una cultura laboral abierta, facilita la búsqueda de ayuda profesional y tiene una función de señalización y orientación siempre que sea necesaria una ayuda profesional. El apoyo organizado entre iguales también se aplica a la mayoría, si no todas, las USO y se coordina con la práctica actual (Broersen and Bos, 2002).

La función del apoyo organizado entre iguales consiste en apoyar a los compañeros que han sufrido una situación impactante. A la hora de llevar a cabo esta tarea, se debe prestar atención a lo siguiente:

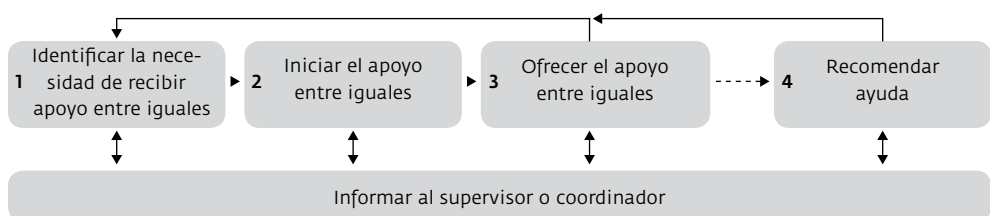
- 1 ofrecer ayuda práctica;
- 2 estimular un proceso de recuperación sano;
- 3 identificar rápidamente los posibles problemas psicosociales y recomendar ayuda profesional adecuada con prontitud;
- 4 supervisar el proceso de recuperación;
- 5 activar la red social;
- 6 reacciones negativas del entorno.

Se pueden distinguir cuatro pasos a la hora de ejecutar el apoyo organizado entre iguales:

- 1 identificación de la necesidad del apoyo entre iguales (es decir, indicar que la persona estuvo expuesta al incidente impactante);
- 2 pedir ayuda de los compañeros/nombrar a un compañero de apoyo;
- 3 apoyar al compañero de acuerdo con los aspectos mencionados anteriormente;
- 4 si fuera necesario, aconsejar al trabajador uniformado que pida ayuda profesional.

Estos pasos se muestran en la Figura 2. La supervisión estructurada se alcanza ofreciendo un apoyo continuado y observando el bienestar del trabajador uniformado. Asimismo, es importante que el supervisor esté informado de que el trabajador uniformado afectado recibe el apoyo de sus compañeros, puesto que el supervisor es el responsable de la ayuda que recibe el personal (se debe enfatizar que no se comparte información sobre el contenido de las entrevistas con los miembros del apoyo entre iguales).

Figura 2



El supervisor es el responsable de la ayuda que recibe el personal (se debe enfatizar que no se comparte información sobre el contenido de las entrevistas con los miembros del apoyo entre iguales).

Existe cierta discrepancia entre (y dentro de) las USO con respecto a los criterios utilizados para identificar la necesidad de prestar la ayuda de los compañeros. No obstante, basándose en un inventario de los distintos criterios utilizados, se decidió un conjunto genérico de "criterios de aplicación". Consta de lo siguiente:

- esión o amenaza grave (especialmente cuando los niños están implicados);
- implicación de la familia o los compañeros del trabajador uniformado;
- sensación de impotencia por parte del trabajador uniformado;
- el propio trabajador uniformado indica la necesidad de recibir apoyo;
- se ha ejercido violencia contra el trabajador uniformado.

Se aconseja a las USO que hagan uso de este conjunto de criterios y, si fuera necesario, que los complementen con criterios de aplicación específicos adicionales.

La detección (por parte de los compañeros, ayuda de los compañeros o supervisor) de los problemas psicosociales también puede ocurrir durante una reunión operativa. *Una reunión operativa se define como un debate de carácter operativo realizado después del incidente y cuyo objetivo principal consiste en determinar los hechos; no se pone énfasis a la experiencia emocional, puesto que se considera que otras intervenciones son más adecuadas para este fin.* Una reunión operativa es importante para eliminar las preguntas concretas ("terminar el puzle") y evitar que se repitan los mismos errores en el futuro.

Es importante que el trabajador uniformado tenga la oportunidad de contar su propia versión de los hechos, donde las emociones también pueden tener su importancia. No se aconseja, sin embargo, preguntar directamente sobre sus sentimientos y emociones poco después de un incidente. Esto está relacionado con los debates sobre la práctica de las "reuniones psicológicas", que se definen como *Cualquier intervención psicológica de una única sesión que implique una reelaboración, revivencia o recuerdo del trauma y las posteriores reacciones* (Rose et al., 2002). Las investigaciones han demostrado que dichas intervenciones no son eficaces; existen incluso indicios de que empeoran las consecuencias psicosociales (Rose et al., 2002; Sijbrandij et al., 2006; Morren et al., 2007; Roberts et al., 2009). A pesar de que estas conclusiones están basadas en investigaciones realizadas sobre la población general, no existen pruebas de que la ayuda temprana proporcionada deba ser diferente para las distintas USO (Peñalba et al., 2008; Jones et al., 2003; Greenberg et al., 2008). Por tanto, no se aconsejan las técnicas empleadas en una reunión psicológica.

La verdadera puesta en marcha del apoyo entre iguales se compone de una primera entrevista seguida de varias entrevistas de seguimiento, si se considera necesario. El momento en el cual se realiza la primera entrevista a la persona que ofrece apoyo es importante. Si se realiza demasiado pronto después del incidente, puede resultar perjudicial para el proceso natural de recuperación (de acuerdo con el comentario anterior sobre las reuniones psicoso-

ciales). También es importante que el trabajador uniformado no "se quede" demasiado tiempo en el sistema de apoyo entre iguales: si se requiere más ayuda (mental), el individuo deberá recibir dicha ayuda lo antes posible. Por lo tanto, se recomienda realizar un máximo de tres entrevistas; si los problemas persisten, se deberá aconsejar al trabajador uniformado que busque ayuda profesional. Las entrevistas al apoyo entre iguales se pueden realizar más o menos en el siguiente intervalo de tiempo: la primera entrevista, unos días después del incidente, la segunda (si se requiere), al cabo de dos semanas y la tercera (si se requiere), al cabo de tres meses. A pesar de que todo lo mencionado anteriormente es esencial para organizar el apoyo entre iguales en las USO, no debería ser en detrimento de la cultura laboral, que permite expresar las emociones y encontrar tiempo (en cualquier momento) para explicar los hechos.

Las competencias importantes para los miembros del apoyo organizado entre iguales que deberían abordarse durante la selección y la formación son:

- las habilidades de comunicación;
- la capacidad de escuchar;
- la empatía;
- una personalidad enérgica y fuerte;
- independencia;
- fiabilidad / confidencialidad.

Supervisar a los trabajadores uniformados que han presenciado una situación impactante es importante para detectar los problemas psicosociales a tiempo. Aunque se han utilizado breves cuestionarios de evaluación con este fin (NICE, 2005; Forbes et al., 2007), no se recomienda utilizar listas de evaluación clínicamente validadas durante las entrevistas del apoyo entre iguales: el uso de las mismas deberá estar restringido a los profesionales de salud mental. Sin embargo, los temas de las listas de evaluación pueden servir como punto de partida u orientación en las entrevistas del apoyo entre iguales.

Los supervisores tienen la tarea de señalar los problemas de los trabajadores uniformados y, por lo tanto, deben tener suficientes conocimientos y habilidad para ello (Forbes et al., 2007; Fuoppala et al., 2008). Estos conocimientos deben comprender al menos los siguientes aspectos:

- conocimiento de los efectos de sufrir un incidente traumático en las personas y su contexto social;
- habilidad para detectar pronto los problemas psicosociales;
- conocimiento del transcurso del proceso de recuperación;
- conocimiento de los factores que influyen en el proceso de recuperación;
- conocimiento de las posibles consecuencias (temporales) del funcionamiento;
- conocimiento de las acciones que se deben tomar en el caso de absentismo relacionado con un trauma;
- conocimiento de cómo ofrecer apoyo práctico y social;
- conocimiento del uso y la posible necesidad de realizar ajustes en las actividades laborales;

- conocimiento de las disposiciones sobre ayuda profesional en la USO;
- habilidades para apoyar al trabajador uniformado;
- conocimiento de las tareas, organización y método de trabajo del sistema de apoyo entre iguales y cómo aplicar el apoyo entre iguales;
- después de determinar los problemas psiquiátricos graves, la capacidad de motivar al trabajador uniformado para que busque ayuda profesional.

El apoyo organizado entre iguales adquiere una posición distintiva en cada USO. La tarea de coordinación, la supervisión y la evaluación de las actividades del apoyo entre iguales se asigna preferiblemente a una sola persona. Esto evita que las tareas se lleven a cabo de forma fragmentada. Un "sistema de registro" en el que se mantenga un registro para cada trabajador uniformado con respecto a los incidentes en los que se ha visto implicado también puede contribuir a un mejor servicio. Sin embargo, cuando se utiliza un sistema de registro se deben instaurar minuciosas normas de privacidad. La información que surja a raíz de la entrevista con el apoyo entre iguales deberá permanecer en un contexto de confidencialidad.

Uso de la ayuda profesional

El reconocimiento temprano y la recomendación de ayuda a los empleados que han estado de baja por trastornos depresivos o fobias genera menos reclamaciones y una reincorporación al trabajo más rápida (Rebergen et al., 2009). El principio de "apoyo psicológico" es relevante en este sentido (Impact/Trimbos, 2007). El apoyo psicológico significa que después de una situación impactante se debe distinguir entre 1) personas que son capaces de recuperarse por sí mismas, 2) personas que corren el riesgo de desarrollar problemas más graves o crónicos y 3) personas que muestran signos evidentes de haber sufrido un proceso de recuperación fallido y que requieren ayuda profesional. En el primer y segundo grupo se aconseja una política de "observar y esperar" durante las primeras cuatro o seis semanas. Asimismo, un contexto de apoyo resulta especialmente relevante en esta fase (NICE, 2005, Impact/Trimbos, 2007). Las siguientes indicaciones/señales de un proceso de recuperación interrumpido son relevantes para distinguir entre los distintos grupos:

- tener recuerdos inquietantes o sueños del suceso;
- sentirse alterado por recuerdos recurrentes del suceso;
- sufrir reacciones físicas de estrés;
- comportamiento de evitación, absentismo;
- problemas de insomnio;
- mayor irritabilidad o poca paciencia;
- estar demasiado alerta;
- tener cambios de humor;
- tener problemas de concentración;
- mayor consumo de alcohol o drogas;
- dificultad para funcionar (en el trabajo y en casa);
- miedo y vergüenza.

Si un trabajador uniformado muestra un número alarmante de las indicaciones arriba indicadas, se recomienda aconsejarle que busque ayuda profesional.

Finalmente, se recomienda utilizar las directrices y protocolos existentes en el área de apoyo y ayuda psicosocial posterior (p. ej. tal y como se indica en Trimbos/Impact, 2007, NICE, 2005). Es importante que una USO conozca los tratamientos disponibles.

Bibliografie

- Aardal-Eriksson, E., Eriksson, T. E., Holm, A. C., & Lundin, T. (1999). Salivary cortisol and serum prolactin in relation to stress rating scales in a group of rescue workers. *Biol Psychiat*, *46*, 850-855.
- Alvarez, J. & Hunt, M. (2005). Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *J Trauma Stress*, *18*, 497-505.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, H. S., Christensen, A. K., & Odden Petersen, G. (1991). Post-traumatic stress reactions among rescue workers after a major rail accident. *Anxiety Res*, *1*, 245-251.
- Barrett, G. V., Polomsky, M. D., & McDaniel, M. A. (1999). Selection tests for firefighters: A comprehensive review and meta-analysis. *J Bus Psychol*, *13*, 507-514.
- Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annu Rev Publ Health*, *28*, 55-68.
- Bills, C. B., Levy, N. A., Sharma, V., Charney, D. S., Herbert, R., Moline, J. et al. (2008). Mental health of workers and volunteers responding to events of 9/11: review of the literature. *Mt Sinai J Med*, *75*, 115-127.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Db Syst Rev*, CD003388.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*, *68*, 748-766.
- Broersen, S. & Bos, J. (2002). *Samenwerking als waarborg. De bescherming van hulpverleners tijdens en na rampen en zware ongevallen*. Leiden: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (1996). Posttraumatic stress reactions in volunteer firefighters. *J Trauma Stress*, *9*, 51-62.
- Cigrang, J. A., Carbone, E. G., & Lara, A. (2003). Four-year prospective study of military trainees returned to duty following a mental health evaluation. *Mil Med*, *168*, 710-714.
- Cigrang, J. A., Todd, S. L., & Carbone, E. G. (2000). Stress management training for military trainees returned to duty after a mental health evaluation: effect on graduation rates. *J Occup Health Psychol*, *5*, 48-55.
- Clohesy, S. & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *Br J Clin Psychol*, *38* (Pt 3), 251-265.
- CREST (2003). *The Management of post-traumatic stress disorders in adults*. Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). <http://www.crestni.org.uk>
- Cronin, M., Ryan, D., & Brier, D. (2007). Support for staff working in disasters situations: A social work perspective. *Int Soc Work*, *18*, 541-545.
- Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C., & Jolly, A. (2000). Preventing psychological trauma in soldiers: the role of operational stress training and psychological debriefing. *Br J Med Psychol*, *73* (Pt 1), 77-85.
- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L. et al. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder following September 11, 2001. *J Clin Psychiat*, *68*, 1639-1647.
- Difede, J., Malta, L. S., Best, S., Henn-Haase, C., Metzler, T., Bryant, R. et al. (2007). A randomized controlled clinical treatment trial for World Trade Center attack-related PTSD in disaster workers. *J Nerv Ment Dis*, *195*, 861-865.
- Dirkzwager, A. J., Grievink, L., Velden, P. G. van der, & Yzermans, C. J. (2006). Risk factors for psychological and physical health problems after a man-made disaster. Prospective study. *Br J Psychiat*, *189*, 144-149.
- Dirkzwager, A. J., Yzermans, C. J., & Kessels, F. J. (2004). Psychological, musculoskeletal, and respiratory problems and sickness absence before and after involvement in a disaster: a longitudinal study among rescue workers. *Occup Environ Med*, *61*, 870-872.
- Dowden, C. & Tellier, C. (2004). Predicting work-related stress in correctional officers: A meta-analysis. *J Crim Just*, *32*, 31-47.
- Ebell, M. H. (2007). Screening instruments for post-traumatic stress disorder. *Am Fam Physician*, *76*, 1848-1849.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, *38*, 319-345.
- Elhai, J. D., Gray, M. J., Kashdan, T. B., & Franklin, C. L. (2005). Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects? A survey of traumatic stress professionals. *J Trauma Stress*, *18*, 541-545.
- Epstein, R. S., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (1998). Posttraumatic stress disorder following an air disaster: A prospective study. *Am J Psychiat*, *155*, 934-938.
- Etten, M. L. v. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychotherapy*, *5*, 126-144.
- Everly, G. S., Jr. & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing "controversy" and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *Int J Emerg Ment Health*, *2*, 211-225.
- Flannery, J. & Everly, J. (2000). Crisis intervention: A review. *Int J Emerg Ment Health*, *2*, 119-125.
- Fleuren, M., Keijsers, J., Kamphuis, M., Kramer, J., Koense, Y., Schouten, L. et al. (2009). *Casusbeschrijving richtlijnen: ontwikkeling en toepassing van een analyse-instrument*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven/CBO/Trimbos-instituut.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). *Effective treatment for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, Guilford Press.
- Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilly, G. J. et al. (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust NZ J Psychiat*, *41*, 637-648.

- Gersons, B. P. R. (2006). *Bijzondere missie: Geestelijke Gezondheidszorg voor militairen en veteranen. Advies*. Den Haag, Ministerie van Defensie.
- Gevers, J. K. M. & Aalst, A. van (1998). *De rechter en het medisch handelen (3e druk)*. Deventer: Kluwer.
- Giddens, J. B. (2008). *Critical incident stress debriefing/psychological debriefing: A critical review of the literature*. San Diego: ProQuest Information & Learning, US.
- Greenberg, N., Cawkill, P., & Sharpley, J. (2005). How to TRiM away at post traumatic stress reactions: traumatic risk management—now and the future. *J R Nav Med Serv*, 91, 26-31.
- Greenberg, N., Langston, V., & Jones, N. (2008). Trauma risk management (TRiM) in the UK Armed Forces. *J R Army Med Corps*, 154, 124-127.
- Greist, J. H., Jefferson, J. W., & Katzelnick, D. J. (2007). *Posttraumatic Stress: A Guide*. Madison, WI: Madison Institute of Medicine.
- Haafkens, J., Moerman, C., Schuring, M., Dijk F. van (2006). Searching bibliographic databases for literature on chronic disease and work participation. *Occup Med (Lond)*, 56(1), 39-45.
- Hertzberg, M. A., Feldman, M. E., Beckham, J. C., Moore, S. D., & Davidson, J. R. (1998). Open trial of nefazodone for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiat*, 59, 460-464.
- Heslegrave, R. J. & Colvin, C. (1998). Selection of personnel for stressful operations: The potential utility of psychophysiological measures as selection tools. *Hum Perform Extreme E*, 3, 121-139.
- Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *J Am Med Assoc*, 295, 1023-1032.
- Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., & Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiat*, 164, 150-153.
- Hovens, J., Luinge, B., & Minnen, A. van (2005). *Het klinisch interview voor PTSS (KIP): een handleiding* Cure & care Publishers: Nijmegen.
- Huizink, A. C., Slotje, P., Witteveen, A. B., Bijlsma, J. A., Twisk, J. W., Smid, N. et al. (2006). Long term health complaints following the Amsterdam Air Disaster in police officers and fire-fighters. *Occup Environ Med*, 63, 657-662.
- Impact. (2008). *Feiten en fictie: inzet van geüniformeerde hulpverleners bij rampen en grootschalige calamiteiten. Psychosociale gevolgen en de organisatie van preventie en nazorg in Nederland*. Amsterdam: Impact.
- Impact/Trimbos-instituut. (2007). *Multidisciplinaire richtlijn vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen* Amsterdam/Utrecht: Impact/Trimbos Instituut.
- Jacobs, J., Horne-Moyer, H. L., & Jones, R. (2004). The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims. *Int J Emerg Ment Health*, 6, 5-14.
- Jones, E., Hyams, K. C., & Wessely, S. (2003). Screening for vulnerability to psychological disorders in the military: an historical survey. *J Med Screen*, 10, 40-46.
- Jones, N., Roberts, P., & Greenberg, N. (2003). Peer-group risk assessment: a post-traumatic management strategy for hierarchical organizations. *Occup Med (Lond)*, 53, 469-475.
- Katz, C. L., Smith, R., Silverton, M., Holmes, A., Bravo, C., Jones, K. et al. (2006). A mental health program for ground zero rescue and recovery workers: cases and observations. *Psychiat Serv*, 57, 1335-1338.
- Koren, D., Hemel, D., & Klein, E. (2006). Injury increases the risk for PTSD: an examination of potential neurobiological and psychological mediators. *CNS Spectr*, 11, 616-624.
- Koren, D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J., & Klein, E. M. (2005). Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiat*, 162, 276-282.
- Kuoppala, J., Lamminpaa, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects: a systematic review and a meta-analysis. *J Occup Environ Med*, 50, 904-915.
- Lange, A., van, d., V, Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. (2001). Interapy, treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiat*, 32, 73-90.
- Leffler, C. T. & Dembert, M. L. (1998). Posttraumatic stress symptoms among U.S. navy divers recovering TWA flight 800. *J Nerv Ment Dis*, 186, 574-577.
- MacGregor, A. J., Corson, K. S., Larson, G. E., Shaffer, R. A., Dougherty, A. L., Galarnau, M. R. et al. (2009). Injury-specific predictors of post-traumatic stress disorder. *Injury*, 40, 1004-1010.
- Marmar, C. R., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S., Weiss, D. S., Fagan, J. et al. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Ann NY Acad Sci*, 1071, 1-18.
- Maxfield, L. & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol*, 58, 23-41.
- Morren, M., Dirkwager, A. J., Kessels, F. J., & Yzermans, C. J. (2007). The influence of a disaster on the health of rescue workers: a longitudinal study. *Can Med Assoc J*, 176, 1279-1283.
- Morren, M., Yzermans, C. J., Van Nispen, R. M., & Wevers, S. J. (2005). The health of volunteer firefighters three years after a technological disaster. *J Occup Health*, 47, 523-532.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2005). *National Collaborating Centre for Mental Health. Posttraumatic stress disorder (PTSD) the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26*. London: The Royal College of Psychiatrists and the British Psychological Society.
- Netherlands Center for Occupational Diseases (Nederlands centrum voor beroepsziekten, NCVB). 1999. *Registratie Richtlijnen: Traumatische Stress Stoornissen (TSS)*. Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. www.beroepsziekten.nl/datafiles/E001.pdf
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., de Boer, A. G., Blonk, R. W., & van Dijk, F. J. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occup Environ Med*, 61, 817-823.
- Nijenhuis, J., Ven, C. v. d., Vermeij, A., & Vos, A. (2009). *Personeels selectie en opleidingsverloop: Een overzicht van studies onder gebruikmaking van psychometrisch meta-analytische technieken*. Den Haag: Ministerie van Defensie.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress order and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 129, 52-73.
- Pak, V. M., O'Hara, M., & McCauley, L. A. (2008). Health effects following 9/11: implications for occupational health nurses. *Am Assoc Occup Health Nurs J*, 56, 159-165.
- Penalba, V., McGuire, H., & Leite, J. R. (2008). Psychosocial interventions for prevention of psychological disorders in law enforcement officers. *Cochrane Db Syst Rev*, CD005601.
- Pole, N., Best, S. R., Weiss, D. S., Metzler, T., Liberman, A. M., Fagan, J. et al. (2001). Effects of gender and ethnicity on duty-related posttraumatic stress symptoms among urban police officers. *J Nerv Ment Dis*, 189, 442-448.

- Rebergen, D. S., Bruinvels, D. J., Bezemer, P. D., van der Beek, A. J., & Mechelen, W. van (2009). Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *J Occup Environ Med*, *51*, 305-312.
- Rebergen, D., Asghari, E., Sluiter, J., Pal, T., Dijk, F. v., & Frings-Dresen, M. (2008). *De invloed van arbeidsrisico's op gezondheid en arbeidsparticipatie*. Amsterdam: Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid/Nederlands Centrum voor Beroepsziekten Academisch Medisch Centrum (AMC).
- Regel, S. (2007). Post-traumatic support in the workplace: the current status and practice of critical incident stress management (CISM) and psychological debriefing (PD) within organizations in the UK. *Occup Med-C*, *57*, 411-416.
- Richter, D., Needham, I., & Kunz, S. (2006). The effects of aggression management training for mental health care and disability care staff: A systematic review. In D. Richter, R. Whittington, D. Richter, & R. Whittington (Eds.), *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management* (pp. 211-225). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., & Bisson, J. (2009). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Db Syst Rev*, CD006869.
- Rona, R. J., Hooper, R., Jones, M., Hull, L., Browne, T., Horn, O. et al. (2006). Mental health screening in armed forces before the Iraq war and prevention of subsequent psychological morbidity: follow-up study. *Brit Med J*, *333*, 991.
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Db Syst Rev*, CD000560.
- Scholes, C., Turpin, G., & Mason, S. (2007). A randomised controlled trial to assess the effectiveness of providing self-help information to people with symptoms of acute stress disorder following a traumatic injury. *Behav Res Ther*, *45*, 2527-2536.
- Sectorfonds SOVAM. (2001). *Handreiking Bedrijfs Opvang Team Ambulancezorg Zwolle*.
- Seidler, G. H. & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med*, *36*, 1515-1522.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V., & Gersons, B. P. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma. Randomised controlled trial. *Br J Psychiat*, *189*, 150-155.
- Silver, S. M., Rogers, S., & Knipe, J. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: a community-based intervention project in New York City. *Int J Stress Manage*, *12*, 29-42.
- Slotje, P., Twisk, J. W., Smidt, N., Huizink, A. C., Witteveen, A. B., van, M. W. et al. (2007). Health-related quality of life of firefighters and police officers 8.5 years after the air disaster in Amsterdam. *Qual Life Res*, *16*, 239-252.
- Smidt, N., Slotje, P., Witteveen, A. B., Huizink, A. C., Twisk, J. W., & Bijlsma, J. A. (2004). *De gezondheid van hulpverleners en hangar-medewerkers ruim 8 jaar na de Vliegramp Bijlmermeer. Tweede deelrapport van het Medisch Onderzoek Vliegramp Bijlmermeer - Epidemiologie (MOV-B-E)* Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, VU Medisch Centrum.
- Smidt, N., Slotje, P., Witteveen, A. B., Huizink, A. C., Twisk, J. W. R., & Bijlsma, J. A. (2004). *De gezondheid van hulpverleners en hangar-medewerkers ruim 8 jaar na de Vliegramp Bijlmermeer. Eerste deelrapport van het Medisch Onderzoek Vliegramp Bijlmermeer - Epidemiologie (MOV-B-E)* Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, VU Medisch Centrum.
- Social and Economic Council of the Netherlands (Sociaal Economische Raad, SER). (2009). *Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties. Advies aan minister van VWS*. Den Haag: Sociaal Economische Raad.
- Spinhoven, P. & Verschuur, M. (2006). Predictors of fatigue in rescue workers and residents in the aftermath of an aviation disaster: a longitudinal study. *Psychosom Med*, *68*, 605-612.
- Stewart, S. H., Mitchell, T. L., Wright, K. D., & Loba, P. (2004). The relations of PTSD symptoms to alcohol use and coping drinking in volunteers who responded to the Swissair Flight 111 airline disaster. *J Anxiety Disord*, *18*, 51-68.
- Taal, L. (2008). Enkele principiële overwegingen over richtlijnen psychische hulpverlening na calamiteiten. *Psychologie & Gezondheid*, *36*, 176-179.
- Turpin, G., Downs, M., & Mason, S. (2005). Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomised controlled trial. *Br J Psychiat*, *187*, 76-82.
- Van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet*, *360*, 766-771.
- Velden, P. G. van der, & Kleber, R. J. (2000). *Nasleep Herculesramp. Personeelszorg voor en huidige gezondheid van betrokken brandweer en ambulance medewerkers*. Zaltbommel: Instituut voor Psychotrauma.
- Vitzthum, K., Mache, S., Joachim, R., Quarcioo, D., & Groneberg, D. A. (2009). Psychotrauma and effective treatment of post-traumatic stress disorder in soldiers and peacekeepers. *J Occup Med Toxicol*, *4*, 21.
- Wagner, S. L. (2005). Emergency Response Service Personnel and the Critical Incident Stress Debriefing Debate. *Int J Emerg MentHealth*, *7*, 33-41.
- Walburg, J. (2008). *Mentaal vermogen. Investeren in geluk*. Amsterdam: Nieuw-Amsterdam.
- Watson, P. J., Friedman, M. J., Gibson, L. E., Ruzek, J. I., Norris, F. H., & Ritchie, E. C. (2003). Early Interventions for trauma-related problems. In R. J. Ursano & A. E. Norwood (Eds.), *Trauma and Disaster Responses and Management*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Wessely, S. (2005). Risk, psychiatry and the military. *Br J Psychiat*, *186*, 459-466.
- Wijmen, F. C. B. v., Ubachs-Moust, J., Everdingen, J. J. E., Swinkels, J. A., & Klundert, J. L. M. van (2004). *De juridische status van richtlijnen. Evidence-based richtlijnontwikkeling, een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Williams, A., Hagerty, B. M., Andrei, A. C., Yousha, S. M., Hirth, R. A., & Hoyle, K. S. (2007). STARS: strategies to assist navy recruits' success. *Mil Med*, *172*, 942-949.
- Williams, A., Hagerty, B. M., Yousha, S. M., Horrocks, J., Hoyle, K. S., & Liu, D. (2004). Psychosocial effects of the BOOT STRAP intervention in Navy recruits. *Mil Med*, *169*, 814-820.
- Witteveen, A. B., Bramsen, I., Twisk, J. W., Huizink, A. C., Slotje, P., Smid, T. et al. (2007). Psychological distress of rescue workers eight and one-half years after professional involvement in the Amsterdam air disaster. *J Nerv Ment Dis*, *195*, 31-40.
- Wodarski, J. S. (2004). Preparing social services and public services professionals for meaningful roles in disaster services. *Stress Trauma Crisis*, *7*, 209-222.
- Woodall, S. (1998). *Ask not why the wounded fall, but how the valiant continue to march: new theory on work-related stress management in the fire service*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, Vol 59(9-A), Mar 1999. pp. 3665.
- Yzermans, C. J., Dirkzwager, A. J., DenOuden, D. J., Kerssens, J. J., Donker, G. A., & Veen, P. M. H. ten, et al. (2003). *Monitoring gezondheid getroffen Vuurwerkcamp Enschede*. Utrecht: Nivel.

Anexo 1

Organizaciones implicadas en estas directrices

El primer grupo objetivo de estas directrices son los trabajadores uniformados de los Países Bajos y la organización en la que trabajan (organizaciones de servicios uniformados, USO). Los trabajadores uniformados se pueden describir de la siguiente manera: trabajadores uniformados cuya tarea consiste en prestar ayuda después de incidentes y desastres en un contexto profesional organizado.

Las siguientes organizaciones se implicaron de forma activa en el desarrollo de estas directrices:

- Policía de los Países Bajos (Politie Nederland)
- Agencia Nacional de Servicios Policiales (Korps Landelijke Politiediensten – KLPD)
- Cuerpo de bomberos (Nederlandse Vereniging voor Brandweezorg en Rampenbestrijding – NVBR)
- Servicio de ambulancia de los Países Bajos (Ambulancezorg Nederland – AZN)
- Centro Nacional de Reparto de Ambulancias (Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg – LMAZ)
- Ministerio de Defensa
- Gendarmería Marechaussee de los Países Bajos (Koninklijke Marechaussee)
- Asociación Real de Salvamento Acuático de los Países Bajos (Reddingsbrigade Nederland – KNBRD)
- Institución Real de Salvamento Marítimo de los Países Bajos (Koninklijke Nederlandse Reddingsmaatschappij – KNRM)

Además, las recomendaciones incluidas en estas directrices son relevantes para los proveedores profesionales de servicios de emergencia que pueden verse implicados en el cuidado psicosocial posterior de los trabajadores uniformados después de situaciones potencialmente impactantes. Las siguientes organizaciones se implicaron de forma activa en el desarrollo de estas directrices:

- Sociedad de Medicina Profesional de los Países Bajos (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgezondheidskunde – NVAB)
- Asociación de Psicólogos de los Países Bajos (Nederlands Instituut van Psychologen – NIP)
- Sociedad de Psiquiatría de los Países Bajos (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie – NVvP)

Además de las organizaciones arriba mencionadas, las siguientes organizaciones (entre otras) contribuyeron al proceso de final de publicación de las directrices:

- Orientación personal (tanto dentro del Ministerio de Defensa como en la organización policial de los Países Bajos)
- Consejo de Prensa de los Países Bajos (Raad voor de Journalistiek – RvJ)
- Cruz Roja de los Países Bajos (Nederlandse Rode kruis)
- Apoyo a las Víctimas, Países Bajos (Slachtofferhulp Nederland)
- Asociación de Municipios de los Países Bajos (Vereniging van Nederlandse Gemeenten – VNG)

Anexo 2

Descripción de la búsqueda bibliográfica

Se realizó una primera búsqueda general de la bibliografía disponible a finales de 2008. Se realizó una búsqueda complementaria en agosto de 2009, en parte basada en las preguntas adicionales formuladas por el grupo de proyecto. Ambas búsquedas se describen a continuación.

Resultados de la búsqueda general

La búsqueda de la bibliografía científica pertinente a partir de 1996 se llevó a cabo en las bases de datos de Medline (PubMed), Orientación personal de EMBASS y PsycINFO. Inicialmente se prestó más atención a las directrices existentes, las revisiones sistemáticas y las pruebas de control aleatorias (RCTs) en el ámbito del apoyo psicosocial y a la supervisión de los proveedores de ayuda después de una catástrofe. Se utilizó, entre otras, la estrategia de búsqueda para la intervención en problemas relacionados con el trabajo, desarrollada por el Área de Salud Profesional de Cochrane.

Búsqueda precisa de acuerdo con la estrategia del Área de Salud Profesional de Cochrane; términos de búsqueda: estrés traumático, trabajadores en catástrofes, equipos de salvamento

```
(effect*[tw] OR control*[tw] OR evaluation*[tw] OR program*[tw]) AND (work[tw] OR works*[tw] OR work*[tw] OR worka*[tw] OR worke*[tw] OR workg*[tw] OR worki*[tw] OR workl*[tw] OR workp*[tw] OR occupation*[tw] OR prevention*[tw] OR protect*[tw]) AND ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh] OR "Stress Disorders, Traumatic"[Mesh] OR "Stress Disorders, Traumatic, Acute"[Mesh]) AND disaster workers OR rescue workers
```

Se utilizaron las mismas palabras clave en EMBASE y PsycINFO. Esta búsqueda obtuvo 98 resultados (en particular al limitarla a los proveedores de servicios de emergencia); se realizó otra selección con limitaciones. Una búsqueda idéntica del término "asistentes de traumas" en lugar de "trabajadores en catástrofes" o "equipos de salvamento" obtuvo 93 resultados, algunos idénticos a los que ya se habían encontrado. Se realizó otra selección con limitaciones. A continuación, se llevó a cabo otra búsqueda utilizando términos como equipos de salvamento, policías, bomberos, personal de ambulancias, militares, apoyo entre iguales. También se utilizó una estrategia de búsqueda descrita por Haafkens (2006). Asimismo, se examinó la bibliografía empleada en las directrices NICE TEPT (2005). El resultado se plasmó en varios artículos complementarios.

Descripción de la selección bibliográfica

Se evaluó el contenido y la calidad de los 132 extractos hallados en la primera búsqueda. Se incluyeron artículos que describían la investigación de las consecuencias psicosociales en los proveedores de ayuda (uniformados) producidas por catástrofes, así como artículos que describían la eficacia de las intervenciones en el ámbito del apoyo psicosocial y la supervisión dentro de este grupo objetivo. Como resultado, muchos artículos fueron excluidos, puesto que se centraban principalmente en las víctimas civiles de los desastres o en los trastornos de estrés postraumático en general. Utilizando el método de bola de nieve, examinamos las bibliografías de los 35 artículos resultantes y seleccionamos una serie de artículos adicionales. En total, este

procedimiento condujo a una selección de 44 artículos, cuyos textos completos fueron examinados. De estos 44 artículos, la mayoría estaban relacionados con las consecuencias generales de los desastres; bastantes menos se centraban en qué hacer después de una catástrofe. Finalmente, se presentaron 8 artículos al grupo de proyecto.

Resultados de la búsqueda complementaria

Esta búsqueda se centró más en las consecuencias de los desastres para trabajadores (uniformados). Se incluyeron revisiones sistemáticas y metanálisis de 1995 en neerlandés, inglés, francés, alemán y español. Esta búsqueda se llevó a cabo en PsycInfo, PubMed y PILOTS (una base de datos de artículos relacionados con los traumas). Se optó por una búsqueda sensible para obtener el mayor rendimiento posible. Para definir los términos de búsqueda se utilizó la estrategia del Área de Salud Profesional de Cochrane. Se dedicó una primera búsqueda general a las revisiones y se utilizó una combinación de términos sobre los grupos profesionales específicos, el trauma y el trabajo (estrés). En esta búsqueda, que replicó parcialmente la búsqueda en las directrices de intervenciones psicosociales tempranas después de catástrofes, terrorismo y otros acontecimientos impactantes (Impact, 2007), se encontraron 116 artículos. A partir de este conjunto se seleccionaron 21 artículos sobre la agresión relacionada con el trabajo, las características de los empleados y el mayor riesgo o protección de los problemas psiquiátricos.

Trabajadores uniformados

DE "Rescue Workers" OR DE "Fire Fighters" OR DE "Police Personnel") OR (DE "Emergency Services") OR DE "Military Personnel" OR DE "Air Force Personnel" OR DE "Army Personnel" OR DE "Coast Guard Personnel" OR DE "Commissioned Officers" OR DE "Enlisted Military Personnel" OR DE "Marine Personnel" OR DE "Military Medical Personnel" OR DE "Military Psychologists" OR DE "National Guard Personnel" OR DE "Navy Personnel" OR DE "ROTC Students" OR DE "Volunteer Military Personnel" OR TI (red cross OR disaster responders OR disaster work* OR rescue handler* OR trauma work* OR trauma intervent* OR rescue and recovery worker* OR armed forces OR ambulance personnel OR ambulance service worker* OR rescuers OR uniformed health care work* OR emergency personnel OR emergency services personnel OR emergency nurs*) OR AB (red cross OR disaster responders OR disaster work* OR rescue handler* OR trauma work* OR trauma intervent* OR rescue and recovery worker* OR armed forces OR ambulance personnel OR ambulance service worker* OR rescuers OR uniformed health care work* OR emergency personnel OR emergency services personnel OR emergency nurs*) OR KW (red cross OR disaster responders OR disaster work* OR rescue handler* OR trauma work* OR trauma intervent* OR rescue and recovery worker* OR armed forces OR ambulance personnel OR ambulance service worker* OR rescuers OR uniformed health care work* OR emergency personnel OR emergency services personnel OR emergency nurs*) OR TI (fire service personnel OR accident and emergency work* OR emergency nurs*) OR AB (fire service personnel OR accident and emergency work* OR emergency nurs*) OR KW (fire service personnel OR accident and emergency work* OR emergency nurs*) OR TI (helping profession* OR mental health professional*) OR AB (helping profession* OR mental health professional*) OR KW (helping profession* OR mental health professional*) OR DE "Medical Personnel" OR DE "Military Medical Personnel" OR DE "Nurses" OR DE "Health Personnel" OR DE "Allied Health Personnel" OR DE "Occupational Therapists" OR DE "Counselors" OR DE "General Practitioners" OR DE "Physicians" OR DE "Psychologists" OR DE "Clinical Psychologists" OR DE "Counseling Psychologists" OR DE "Educational Psychologists" OR DE "Experimental Psychologists" OR DE "Industrial Psychologists" OR DE "Military Psychologists" OR DE "Social Psychologists" OR DE "Psychotherapists" OR DE "Hypnotherapists" OR DE "Psychoanalysts" OR DE "Therapists" OR DE "Clinicians" OR DE "Juries" OR DE "Judges" OR DE "Impaired Professionals"

Trauma

KW psychological N2 debriefing or TI psychological N2 debriefing or AB psychological N2 debriefing OR DE Debriefing (Experimental) or DE Debriefing (Psychological) or DE "Emotional Trauma" or DE "Posttraumatic Stress Disorder" or DE "Psychological Stress" or DE "Terrorism" or DE "Distress" or DE "Survivors" or DE "Stress" OR DE "Chronic Stress" OR DE "Environmental Stress" OR DE "Financial Strain" OR DE "Occupational Stress" OR DE "Physiological Stress" OR DE "Psychological Stress" OR DE "Social Stress" OR DE "Stress Reactions" or DE "Acute Stress Disorder" or DE "Disasters" or DE "Natural Disasters" or DE "Violence" OR DE "Family Violence" OR DE "Patient Violence" OR DE "School Violence" OR DE "Violent Crime" or DE "Violent Crime" OR DE "Family Violence" OR DE "Homicide" OR DE "Physical Abuse" OR DE "Political Assassination" OR DE "Rape" OR DE "Terrorism" or DE "Homicide" or DE "Genocide" OR TI critical incidents or AB critical incidents or KW critical incidents

Problemas de estrés relacionado con el trabajo/problemas generales relacionados con el trabajo

DE "Occupational Stress" or DE "Occupational Exposure" or DE "Stress" or DE "Stress Reactions" or DE "Stress Management" or DE "Caregiver Burden" or DE "Impaired Professionals" OR ((TI work OR works* OR work'* OR worka* OR worke* OR workg* OR worki* OR workl* OR workp* OR occupation* OR prevention* OR protect*) or AB (work OR works* OR work'* OR worka* OR worke* OR workg* OR worki* OR workl* OR workp* OR occupation* OR prevention* OR protect*) AND DE "Posttraumatic Stress Disorder"

Se realizó una búsqueda adicional para responder a una serie de preguntas concretas sobre los siguientes temas:

Eficacia de la formación (175 artículos)

(skill based intervention* OR social problem solving program* OR social problem solving approach* OR psychological skills intervention* OR psychological skills training) "peer support" DE "Social Support" OR DE "Social Networks" OR DE "Online Social Networks" OR DE "Support Groups" OR DE "Twelve Step Programs" staff education "Prevention" coping behavior or KW coping strategies morbidity "Debriefing (Experimental)" or DE "Debriefing (Psychological)"

Eficacia de los métodos de selección (54 artículos)

(DE "Job Performance" OR DE "Employee Efficiency" OR DE "Employee Productivity") or (DE "Personnel Recruitment") or (DE "Coping Behavior") vulnerability "Susceptibility (Disorders)") or (DE "Prediction")) or (DE "Morbidity") "Personnel Selection" OR DE "Job Applicant Interviews" OR DE "Job Applicant Screening" or DE "Selection Tests" OR DE "Psychological Screening Inventory" or DE "Military Recruitment" (helping profession* OR mental health professional*) or AB (helping profession* OR mental health professional*) or KW (helping profession* OR mental health professional*)(fire service personnel OR accident and emergency work* OR emergency nurs*)

Asociación entre las lesiones físicas y las consecuencias psiquiátricas (223 artículos)

(physical trauma* OR physical damag*) or AB (physical trauma* OR physical damag*) or KW (physical trauma* OR physical damag*) (DE "Wounds" or DE "Injuries" or DE "Burns" or DE "Electrical Injuries" or DE "Head Injuries" or DE "Brain Concussion" or DE "Traumatic Brain Injury")

Función del estrés crónico (relacionado con el trabajo) e incidentes que ocurren con frecuencia (151 artículos)

(secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or TI=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) OR (AB=((secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or AB=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) OR (DE=("vicarious traumatization" or "trauma contagion")) OR ((TI=((secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or TI=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) or (AB=((secondary trauma) or (empathic strain) or (compassion fatigue)) or AB=((vicarious traumatization) or (vicarious trauma) or (secondary victimization))) or (DE=("vicarious traumatization" or "trauma contagion")))) and((DE="burnout") or (TI=(chronic stress) or AB=(chronic stress)))) and(rct or random*)

Atención social (200 artículos)

(DE "Public Opinion") and (DE "Mass Media" or DE "Communications Media" OR DE "Audiovisual Communications Media" OR DE "Mass Media" OR DE "Telecommunications Media" or DE "News Media" OR DE "Newspapers" or DE "Printed Communications Media" OR DE "Books" OR DE "Magazines" OR DE "Newspapers" or DE "Television" OR DE "Closed Circuit Television" OR DE "Educational Television" OR DE "Television Advertising")"public attention" [ti] OR "public awareness" [ti] "Disaster Medicine"[Mesh]

Eficacia de la reunión e información psicosocial (96 artículos)

TI (debriefing OR crisis intervention) or AB (debriefing OR crisis intervention) or KW (debriefing OR crisis intervention) psychoeducation[tiab] OR "Patient Education as Topic"[Mesh] OR "psychological skills training*" [tiab] OR motivational interviewing[tiab] OR "patient teaching"[tiab] OR "patient instruction"[tiab] OR "patient information"[tiab] OR "patient knowledge"[tiab] OR (patient[tiab] AND (educational program[tiab] OR educational programing[tiab] OR educational programme[tiab] OR educational programmes[tiab] OR educational programming[tiab] OR educational programs[tiab] OR educational programs/schools[tiab] OR educational intervention[tiab] OR educational interventions[tiab]))

Eficacia del apoyo entre iguales (97 artículos)

(DE "Impaired Professionals" DE "Vicarious Experiences""peer support"[All Fields] OR "Social Support"[Mesh] OR "Self-Help Groups"[Mesh] "colleague support")

Función de los supervisores (112 artículos)

("leadership" OR "employer" OR "supervisor" OR "manager" AND "job performance")

Eficacia de la gestión del estrés, salud profesional (en la empresa) (167 artículos)

```
(adjustment disorders[MeSH Terms] OR burnout, professional[MeSH Terms] OR work stress[Text Word] OR occupational stress[Text Word] OR job stress[Text Word] OR neurasthenia[MeSH Terms] OR minor depression[Text Word] OR ((mixed[All Fields] AND (anxiety[MeSH Terms] OR anxiety[Text Word])) AND ((depressive disorder[MeSH Terms] OR depression[MeSH Terms]) OR depression[Text Word])) OR emotional disorder[Text Word]) AND ("stressmanagement\ OR timing feedback\ OR "return to work\ OR (occupational AND therap*) OR (occupational AND intervention*) OR " OR "work capacity evaluation\ OR "vocational guidance\ OR absenteeism OR "occupational health services\ OR "occupational health\ OR "sick leave\ OR "sickness absence\ OR occupation* OR job)
```

Descripción de la selección bibliográfica

Se encontraron un total de 1.391 artículos como resultado de estas búsquedas. Después de evaluar los títulos de estos artículos, se examinaron los extractos de los 227 artículos. A continuación se revisaron los textos completos de los 59 artículos, de los cuales 15 artículos fueron metanálisis. De estos 15 artículos, se revisaron las bibliografías con el método de bola de nieve y se seleccionaron algunos artículos adicionales. De los 65 artículos restantes, siete se presentaron a los grupos de lectura formados a partir del grupo del proyecto, junto con una serie de preguntas relacionadas con la calidad y aplicabilidad de estos artículos. Para cada pregunta, los grupos de lectura evaluaron qué artículos eran adecuados. A continuación, se incorporaron las conclusiones científicas de los artículos a las directrices.

Anexo 3

Descripción completa de las recomendaciones

Este anexo contiene una descripción completa de las recomendaciones formuladas en las directrices de apoyo psicosocial para los trabajadores uniformados. Las recomendaciones se muestran de forma cronológica de acuerdo con la estructura de las directrices y abarcan los siguientes temas:

- *Visión y contexto (recomendaciones 1 – 12);*
- *Preparación: selección, información y función de la organización (recomendaciones 13 – 16);*
- *Apoyo organizado entre iguales y supervisión (recomendaciones 17 – 48);*
- *Implantación de la atención profesional (recomendaciones 49 – 55).*

Visión y contexto

Situaciones potencialmente impactantes: definición y posibles consecuencias

- 1** El grupo de proyecto recomienda utilizar el criterio A1 del diagnóstico del TEPT según el DSM-IV para definir un acontecimiento potencialmente impactante y extrapolarlo a otros posibles trastornos y afecciones psiquiátricas. El criterio A1 se puede definir de la siguiente manera: la persona experimentó, fue testigo o se enfrentó a una situación o situaciones que implicaron una lesión grave o muerte, tanto real como potencial, o una amenaza para la propia integridad física o la de los demás.
- 2** Después de una situación potencialmente impactante, se deben tener en cuenta las posteriores consecuencias psicosociales y psiquiátricas: disfunciones; trastornos de ansiedad; aumento del absentismo; aumento en el abuso de sustancias; problemas en la vida privada del trabajador uniformado; falta de sensibilidad; aislamiento emocional; síndrome de estrés agudo; síndrome de estrés postraumático; trastorno depresivo; trastornos del sueño; conflictos en el trabajo e incapacidad profesional.

Factores de aumento de riesgo y protección

- 3** Factores generales de aumento de riesgo y protección para el desarrollo del TEPT después de un acontecimiento impactante (en la población general):

Factores pretraumáticos

- traumatización previa
- psicopatología previa
- neurotismo

Factores peritraumáticos

- gravedad del trauma

Factores postraumáticos

- apoyo social
- fuentes adicionales de estrés

Además, el grupo de proyecto aconseja prestar atención a situaciones en las que los trabajadores uniformados no hablan sobre el trauma que están experimentando, evitan actividades y tareas específicas o buscan tipos de distracción perjudiciales para ellos o para su contexto social (por ejemplo, el abuso de sustancias).

- 4 El grupo de proyecto explica que el apoyo psicosocial de los trabajadores uniformados comienza con ser un buen empleador. Para ello, la USO presta atención a los factores que promueven la resiliencia mental, como ofrecer una misión atractiva, posibilidades de desarrollo, apoyo social, opiniones y valoración a través del trabajo en equipo, así como inspirar y mostrar el liderazgo. Asimismo, se presta atención a la reducción de los factores de riesgo, tales como la presión de trabajo, los trabajos exigentes desde un punto de vista emocional y la injusticia procesal y relacional dentro de la organización.
- 5 Además de los factores generales anteriormente mencionados, que también se aplican a los trabajadores uniformados, el grupo del proyecto hace hincapié en la importancia de ofrecer apoyo social. Con respecto a los trabajadores uniformados, debe prestarse especial atención a:
 - a reconocimiento;
 - b la oportunidad de "contar su versión de los hechos";
 - c cuidados posteriores y debates de apoyo; e
 - d información sobre las acciones de otras partes implicadas.
 demás, el trabajador uniformado debe protegerse lo mejor posible, entre otras cosas a través de la información y la preparación ante posibles reacciones (negativas) de su entorno y las investigaciones de seguimiento o las agresiones.
- 6 El grupo de proyecto recomienda investigar con más detalle los factores de aumento de riesgo y los factores de protección en particular, puesto que permitirá a las USO tomar las medidas necesarias para evitar problemas posteriores en el proceso de recuperación.⁷ The project group recommends taking into account that physical injury during a potentially shocking event can increase the psychosocial impact on uniformed workers.
- 8 Se debe prestar atención a la cobertura de los medios de comunicación (en particular a la cobertura negativa) durante la ayuda posterior a los trabajadores uniformados. El grupo de proyecto recomienda que las USO presten atención al efecto que tiene la cobertura de los medios de comunicación después de un acontecimiento impactante en relación con la salud de los trabajadores uniformados implicados.⁹ The project group recommends using (already existing) protocols for dealing with aggression, insofar as this applies within the USO.

Responsibility for the psychiatric well-being of uniformed workers

- 10 Aunque la legislación neerlandesa responsabiliza al empleador del bienestar psicológico de los trabajadores uniformados, la legislación más reciente no expresa claramente ninguna declaración específica sobre ello. Por lo tanto, se recomienda que las USO determinen y documenten sus responsabilidades con respecto al cuidado de sus empleados.
- 11 La USO tiene la responsabilidad de prestar atención de forma continua a los factores de riesgo existentes que afectan al desarrollo de los trastornos de estrés después de acontecimientos impactantes. Por ejemplo, esto se puede hacer incluyendo el bienestar psicosocial en un examen de salud profesional.
- 12 Las organizaciones deben crear condiciones de trabajo que reduzcan las consecuencias negativas de los acontecimientos impactantes en la salud psicológica de los trabajadores uniformados.

Preparación: selección, información y función de la organización

- 13** No existen pruebas suficientes para recomendar el cribado de los trabajadores uniformados potenciales con el fin de reducir la incidencia de trastornos psicológicos o la disminución del rendimiento laboral.
- 14** El grupo de proyecto recomienda que se describan algunos ejemplos de prácticas de cuidado posterior y apoyo entre iguales que hayan tenido éxito e incorporar dichas prácticas en las diversas USO.
- 15** En el contexto de ser un buen empleador, el grupo proyecto resalta la importancia de realizar exámenes de salud regulares, exámenes médicos preventivos o encuestas de satisfacción del empleado. Además, es necesario un tratamiento de incidencias organizado, dentro del cual:
 - 1 se proporcione una buena formación y el personal profesional;
 - 2 se hayan documentado claramente las funciones y responsabilidades de los proveedores de cuidados;
 - 3 haya asistencia profesional disponible.
- 16** El grupo de proyecto recomienda investigar más (de forma cualitativa) los efectos de las políticas de prevención a la hora de reducir los trastornos de los trabajadores uniformados.

Apoyo entre iguales y supervisión organizados

Principios básicos

Contexto de apoyo: ¿Qué tipo de apoyo es eficaz?

- 17** El grupo del proyecto aconseja crear un contexto de apoyo mediante una "forma de apoyo entre iguales a través de la cual se intenta proporcionar a los empleados expuestos a experiencias potencialmente traumáticas relacionadas con el trabajo, el apoyo y la atención psicosocial necesarios para impedir un menor despliegue". Este apoyo entre iguales se coordina con el método de trabajo, tal y como se ofrece en la mayoría de las USO de los Países Bajos en la actualidad.
- 18** A fin de brindar una óptima atención psicosocial en las organizaciones, el grupo de proyecto recomienda el despliegue del apoyo entre iguales, que la USO deberá establecer y apoyar óptimamente mediante el enfoque y los marcos descritos en estas directrices.

Apoyo entre iguales e intervenciones relacionadas

- 19** El grupo de proyecto recomienda el uso de los términos resumen operativo e información psicológica y evitar el uso del término resumen psicológico.
- 20** The project group recommends freeing up time for operational debriefing (if possible, multi-disciplinary), noting that emotional aspects of the experience should not receive explicit attention in this context.
- 21** A pesar de que no existen suficientes pruebas científicas sobre la eficacia de proporcionar información, el grupo de proyecto recomienda ofrecer a los trabajadores uniformados con "información psicológica" para mejorar la resiliencia mental. La información psicológica debe estar dirigida a aumentar la auto-suficiencia práctica de los trabajadores uniformados y de su contexto laboral, reconociendo sus experiencias, subrayando la importancia de aspectos como la espera vigilante, supervisando la actividad de los trabajadores uniformados y, si procede, promoviendo un adecuado comportamiento de búsqueda de ayuda. Esta forma de información no sólo debe proporcionarse después de un incidente, sino que se debe informar al empleado previamente.

La organización del apoyo entre iguales

Núcleo del apoyo organizado entre iguales

22 El grupo de proyecto recomienda el uso del apoyo organizado entre iguales. El trabajador uniformado reconoce el apoyo entre iguales y dicho apoyo disminuye el umbral para pedir ayuda. Desde este punto de vista genérico, depende de que cada USO encuentre una estructura que encaje dentro de la propia organización.

23 El grupo de proyecto destaca que el apoyo organizado entre iguales debería ofrecer ayuda a los compañeros que han sufrido una situación impactante, prestando especial atención a lo siguiente:

- 1 ofrecer ayuda práctica;
- 2 estimular un proceso de recuperación sano;
- 3 identificar rápidamente los posibles problemas psicosociales y sugerir ayuda profesional adecuada con prontitud;
- 4 supervisar el proceso de recuperación;
- 5 activar la red social;
- 6 reacciones (negativas) del entorno.

Dentro de la USO, estos aspectos pueden complementarse con aspectos específicos de la organización.

24 El grupo de proyecto recomienda un debate posterior multidisciplinar (resumen operativo) a las USO implicadas conjuntamente en un acontecimiento impactante.

25 El grupo de proyecto recomienda aplicar los cuatro pasos en el apoyo organizado entre iguales:

- 1 establecer la exposición a un incidente potencialmente impactante;
- 2 iniciar el apoyo entre iguales (pedir/nombrar un compañero de apoyo);
- 3 proporcionar apoyo organizado entre iguales a los compañeros (es decir, las seis tareas mencionadas en la recomendación 23);
- 4 (si fuera necesario:) recomendar más ayuda.

El supervisor deberá ser informado desde el primer paso y durante el proceso del apoyo organizado entre iguales. El propio supervisor también puede iniciar el apoyo organizado entre compañeros, por ejemplo después del resumen operativo. La USO decide quién debe implementar estos pasos.

Inicio del apoyo organizado entre iguales

26 El grupo de proyecto recomienda utilizar la definición de un acontecimiento potencialmente impactante tal y como se describe en la recomendación 1 siempre que se tenga en cuenta el inicio del apoyo organizado entre iguales.

27 El grupo de proyecto recomienda los siguientes criterios generales de aplicación que pueden ser complementados por la USO. Se debe valorar la iniciación del apoyo entre iguales en el caso de incidentes con los siguientes supuestos:

- lesión o amenaza grave (particularmente cuando los niños están implicados);
- implicación de la familia o los compañeros;
- sensación de impotencia por parte del trabajador uniformado;
- trabajadores uniformados que indican necesitar apoyo;
- violencia directa contra el trabajador uniformado.

28 En principio, el apoyo organizado entre iguales solamente se inicia en el caso de incidentes relacionados con el trabajo. Por supuesto, siendo un buen empleador también se puede valorar la necesidad de que algunos incidentes no relacionados con el trabajo requieran el apoyo entre iguales.

- 29** El grupo de proyecto recomienda a la USO que elabore su propio listado básico de incidentes con un criterio de aplicación específico, en el que se integren los puntos de atención y las consideraciones arriba mencionados.
- 30** El grupo de proyecto recomienda compartir el listado básico de incidentes con varias USO. Esto permite la coordinación y el intercambio de la experiencia y las consideraciones.
- 31** El supervisor puede iniciar el apoyo organizado entre iguales después de un resumen operativo. El grupo de proyecto recomienda que el supervisor esté formado o cuente con la habilidad de identificar a los trabajadores uniformados que requieren apoyo.

Ofrecer apoyo organizado entre iguales

- 32** La primera entrevista siguiendo la estructura del apoyo organizado entre iguales debería realizarse unos días después de que se produzca el incidente, no inmediatamente después. Esto no cambia el hecho de que dentro de la organización también debe haber un apoyo contextual en el que, si se desea, se puedan expresar las emociones y contar lo sucedido.
- 33** El grupo de proyecto recomienda dividir el apoyo organizado entre iguales de la siguiente manera:
- Primera entrevista: unos días después del incidente.
 - Segunda entrevista: al cabo de entre cuatro y seis semanas.
 - Tercera entrevista: al cabo de tres meses.
- 34** El grupo de proyecto recomienda que se lleven a cabo un máximo de tres entrevistas con el apoyo organizado entre iguales de conformidad con las fases arriba indicadas. Después, se debe aconsejar al trabajador uniformado que busque ayuda profesional.
- 35** Además de su función de apoyo, el apoyo entre iguales desempeña un papel importante en la detección temprana del problema.
- 36** La confidencialidad es una cuestión clave durante el contacto con los miembros del apoyo organizado entre iguales, pero se aplican determinadas condiciones
- 1 la confidencialidad no es un privilegio, es decir, la persona que ofrece apoyo no tiene derecho a permanecer callado debido a su relación con el trabajador uniformado ⁴;
 - 2 basándose en las cuestiones debatidas durante las entrevistas, la persona que ofrece apoyo puede decidir que el trabajador uniformado deba estar protegido de sí mismo;
 - 3 Si el trabajador uniformado muestra acciones ofensivas, reprochables o penales durante el contacto, se puede plantear un dilema para la persona que ofrece apoyo.
- Antes de la entrevista de apoyo entre iguales, estas condiciones deben quedar claras para el trabajador uniformado implicado y, en caso necesario, puede interrumpirse la entrevista.
- 37** El contacto con el apoyo organizado entre iguales debe ser prioritario sobre el establecimiento de los hechos, excepto si el órgano responsable de la investigación del Ministerio Fiscal posee motivos significativos para actuar de otro modo.

Conocimientos y habilidades requeridas para participar en el apoyo organizado entre iguales

- 38** El grupo proyecto recomienda incorporar la formación para la participación en el apoyo organizado entre iguales dentro de la organización. Debe prestarse atención a las habilidades de debate (de forma individual y en un contexto de grupo), un conocimiento básico del trauma psicológico, las situaciones impactantes y los resultados potenciales de las mismas y a la capacidad para reconocer problemas en la recuperación después del incidente.

⁴ Basado en la definición jurídica de "privilegio", tal y como se establece en la página web de la jurisprudencia del Tribunal Supremo de los Países Bajos: <http://www.rechtspraak.nl>, visitada el 24 de septiembre de 2010.

- 39** Todos los empleados son responsables de mantener su propia empleabilidad, no sólo manteniendo actualizados sus conocimientos y sus habilidades profesionales, sino también prestando atención a su bienestar físico y psicológico. Debe informarse periódicamente al empleado sobre la posibilidad de recibir ayuda (profesional).
- 40** Competencias pertinentes para las personas que ofrecen apoyo entre iguales y que deben tratarse en la formación:
- las habilidades de comunicación;
 - buena capacidad de escucha;
 - la empatía;
 - personalidad fuerte y asertiva;
 - independencia;
 - fiabilidad.

Monitoring

- 41** Cuando la persona que ofrece apoyo lo considere necesario y tras consultar al trabajador uniformado, la persona que ofrece apoyo aconsejará buscar ayuda profesional. La persona que ofrece apoyo puede utilizar los puntos de atención indicados en la recomendación 50.
- 42** El grupo proyecto no recomienda utilizar la clasificación clínica existente en el apoyo entre iguales para "calificar de forma clínica las quejas"; las listas de clasificación sólo pueden utilizarlos como instrumento de diagnóstico los terapeutas profesionales. Sin embargo, cuando se utilizan como listas de temas (temas para debate), las listas de clasificación pueden constituir la base durante una entrevista de apoyo entre iguales.
- 43** El grupo proyecto recomienda que los supervisores posean cierto nivel de conocimientos y habilidades en relación con la detección de problemas psicosociales en trabajadores uniformados después de situaciones impactantes. Este nivel de conocimientos y habilidades abarca, como mínimo, los siguientes aspectos:
- conocimiento de los efectos de sufrir un efecto traumático en las personas y su contexto social;
 - habilidad para detectar pronto los problemas psicosociales;
 - conocimiento del transcurso del proceso de recuperación;
 - conocimiento de los factores que influyen en el proceso de recuperación;
 - conocimiento de las posibles consecuencias (temporales) del funcionamiento;
 - conocimiento de las acciones que se deben tomar en el caso de absentismo relacionado con un trauma;
 - conocimiento del apoyo práctico y social;
 - conocimiento del uso y la posible necesidad de realizar ajustes en las actividades laborales;
 - conocimiento de las disposiciones sobre ayuda profesional en la USO;
 - habilidades para apoyar al trabajador uniformado;
 - conocimiento de las tareas, organización y método de trabajo del apoyo organizado entre iguales y cómo se inicia el apoyo entre iguales;
 - en caso de problemas psicosociales, habilidades pertinentes para motivar al trabajador uniformado a buscar el apoyo de expertos.
- 44** El supervisor debe tener en cuenta los efectos secundarios negativos de los incidentes y los estudios posteriores (incluyendo los estudios de evaluación), como investigación interna, atención de los medios, etc. Este aspecto debe incluirse al informar y formar a los gerentes, los supervisores y los miembros del apoyo organizado entre iguales.

- 45** El grupo proyecto recomienda que la detección no se produzca exclusivamente después de incidentes, sino que también se incorpore en la rutina diaria.

Responsabilidades y evaluación del apoyo organizado entre iguales

- 46** El grupo proyecto recomienda que la función de coordinación, seguimiento y evaluación de las actividades del apoyo entre iguales se incorpore y documente dentro de la organización. De manera ideal, esta función se asigna a una persona.
- 47** La coordinación del apoyo organizado entre iguales incluye las siguientes funciones:
- supervisión significativa del apoyo entre iguales;
 - supervisión y responsabilidad en relación con la calidad del apoyo entre iguales;
 - orientación de las personas que ofrecen apoyo;
 - facilitar las actividades de apoyo entre iguales;
 - apoyar la contratación para el apoyo entre iguales;
 - alineación y mantenimiento de contactos con otras partes relevantes de este ámbito;
 - organización de la formación de las personas que ofrecen apoyo entre iguales;
 - garantizar la disponibilidad del apoyo entre iguales;
 - seguimiento y evaluación periódica del uso del apoyo entre iguales;
 - comunicación periódica de los aspectos anteriores a la organización.
- 48** El grupo proyecto recomienda que se tenga en cuenta atentamente la normativa en materia de privacidad cuando se establezca un sistema de registro en nombre del apoyo entre iguales. La información sobre personas individuales comunicada en el contexto del apoyo entre iguales no podrá utilizarse fuera de este contexto.

Uso de la ayuda profesional

Indicaciones de necesidad de asistencia profesional

- 49** En línea con la idea de la clasificación psicológica, después de una situación impactante pueden distinguirse tres grupos: 1) personas que no desarrollan problemas; 2) personas que pueden desarrollar problemas; y 3) personas que muestran signos que indican una interrupción del proceso de recuperación (y que, por lo tanto, deben ser detectadas de forma inmediata y remitidas a la ayuda profesional adecuada). Los participantes en el apoyo entre iguales deben ser conscientes de que el primer grupo (personas afectadas sin problemas) es el mayor y que los esfuerzos del apoyo entre iguales se centran en los dos últimos grupos.
- 50** Las siguientes indicaciones / señales de una interrupción del proceso de recuperación deberían comentarse y revisarse oralmente en el transcurso de una entrevista con el apoyo organizado entre iguales.
- tener recuerdos inquietantes o sueños del suceso;
 - sentirse alterado por recuerdos recurrentes del suceso;
 - sufrir reacciones físicas de estrés;
 - comportamiento de evitación, absentismo;
 - problemas de insomnio;
 - mayor irritabilidad o problemas para controlar las agresiones (poca paciencia);
 - sentimientos de inseguridad y / o ansiedad, estar exageradamente alerta;
 - tener cambios de humor, tristeza;

- tener problemas de concentración;
- mayor consumo de alcohol y / o drogas;
- dificultad para funcionar (en el trabajo y en casa);
- culpa y vergüenza.

51 Si un trabajador uniformado, después de la situación impactante durante una de las entrevistas con la persona que ofrece apoyo muestra una cantidad preocupante de las indicaciones / signos anteriores, es mejor aconsejarle que busque ayuda profesional. Si estos síntomas se mantienen durante entre cuatro y seis semanas después de la situación impactante, es muy recomendable ponerse en contacto con profesionales especializados en traumas. Asimismo, en caso de duda, debe aconsejarse al trabajador uniformado en cuestión que se ponga en contacto con profesionales.

52 No debe existir una "relación de tratamiento" entre la persona que ofrece ayuda y el trabajador uniformado.

53 La USO debe contar con un protocolo relativo a la remisión de trabajadores uniformados a ayuda profesional y el apoyo organizado entre iguales debe estar informado de este protocolo.

Eficacia de la ayuda profesional

54 El grupo de proyecto aconseja utilizar las directrices y protocolos existentes en el área de apoyo y post-tratamiento psicosocial (es decir, las directrices de intervenciones psicosociales tempranas después de catástrofes, terrorismo y otros acontecimientos impactantes (Impact, 2007)).

55 El grupo de proyecto cree que es importante que la organización conozca los posibles métodos de tratamiento. Puede pedirse asesoramiento al médico de la empresa, por ejemplo.

Impact es el centro de información y asesoramiento para la ayuda psicosocial post-catástrofe de los Países Bajos. El objetivo de Impact es fomentar la ayuda psicosocial de alta calidad y adecuadamente organizada después de catástrofes. Las funciones de Impact incluyen combinar experiencia y conocimientos científicos, trasladar dicho conocimiento a una forma razonable y ponerlo a disposición de diversos grupos objetivo y fomentar la cooperación entre todas las partes implicadas. En último lugar, las actividades de Impact consisten en mejorar la preparación frente a catástrofes y colocar la ayuda psicosocial en un buen lugar en los programas de gestión de crisis. Impact es miembro del grupo de expertos en traumas psicológicos Arq.

Impact

Centro neerlandés de conocimientos y asesoramiento para la ayuda psicosocial post-catástrofe

Nienoord 5
1112 XE Diemen
Países Bajos
T +31 (0)20 660 1901

www.impact.arq.org
info@impact.arq.org



partner in



Directrices

de apoyo psicosociales
para trabajadores
uniformados

ISBN 978-90-78273-14-1 / NUR 740
