

## PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Engels Germán Cortés T.

Grupo de Apoyo y Rescate Universidad Nacional de Colombia

G A R U N

### INTRODUCCION

En el conocimiento asociado a la prevención y atención de desastres es recurrente una ausencia bien notoria en lo que a los aspectos psicológicos del paciente se refiere. Mientras que los abordajes posteriores en la cadena, es decir, los de rehabilitación, cuentan ya con varias propuestas de construcción conceptual y metodológica (Vengoechea, Sepúlveda, Padilla, 1989), (Fonnegra, 1989), el asunto preventivo es más bien escaso, y el de atención durante el impacto francamente pobre. En este último caso, una revisión somera de textos y manuales de primeros auxilios y atención de emergencias (Cruz Roja Colombiana, 1990), (SALVAT Editores, 1987), (Fuerzas Militares de Colombia, 1980), nos muestra el carácter tangencial e intuitivo con que se maneja la materia. Esta realidad es confirmada por la práctica de varios años del autor como Instructor de Rescate, en la que su contacto con propuestas psicológicas relacionadas y coherentes en este nivel es bien poco significativo.

Usualmente es probable encontrar algunas generalidades descriptivas del comportamiento humano antes, durante y después de situaciones de desastre y, más allá, la profundización de algunas entidades patológicas y no patológicas algunas veces asociadas, como el miedo y el pánico (Pérez de Tudela, 1980), el síndrome de lucha o escape (Fonnegra, 1989), (Serpa, 1989), el síndrome de desastre (Vengoechea, Sepúlveda,

Padilla, 1989), el stress (Sessions, 1990), el desorden de stress post traumático (Pitman, 1987), y otros. Todas estas y algunas más están caracterizadas en mi artículo "Tendencias Comportamentales Antes, Durante y Después de una Situación de Desastre"-(en prensa). No obstante, no pasa del compendio y ordenamiento de las investigaciones en el sector, llegando solo hasta el diagnóstico.

En todo caso, el anterior trabajo es una de las bases para la realización del presente en lo que a la mención de estas entidades psicológicas se refiere. A partir de ellas y como continuación lógica surge la propuesta de atención, también para el mismo personal, como es el operativo y asistencial en casos de emergencia.

Es pertinente aclarar que en ambas instancias no se entra en psicopatologías particulares previas que puedan incidir en la respuesta del sujeto, sino que parten de individuos "normales". En el mismo sentido, la propuesta está dada básicamente para intervención individual, aunque es probable su trascendencia relativa para grupos. A este respecto recomiendo mi trabajo "Aspectos Comportamentales", en el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres en Escenarios Deportivos y Recreativos (COLDEPORTES, 1992).

#### OBJETIVO GENERAL:

Presentación de una guía de atención psicológica en situaciones de emergencia, con los objetivos particulares de:

- Brindar un soporte psicológico, no sólo médico, a las víctimas de una situación de emergencia.
- Reducir la complejidad comportamental (y por ende de manejo), de las situaciones de emergencia.
- Prevenir y atenuar las alteraciones psicológicas generadas por la situación de impacto que incidan negativamente en el estado clínico general de los pacientes, mediante su estabilización comportamental.

- Prevenir y atenuar las consecuencias comportamentales posteriores a la situación de emergencia.
- Estimular una actitud positiva del paciente hacia su recuperación.

#### PRESENTACION DE LA SITUACION

Conocemos ya la importancia de la información clara, oportuna y suficiente sobre las amenazas, vulnerabilidades y riesgos a los que está sometido el individuo, como herramienta estratégica de prevención. Esta información permite una elaboración cognoscitiva adaptativa, que a su vez significa una menor probabilidad de ideas irracionales asociadas al impacto, o de respuestas aceleradas e "instintivas" o "automáticas" sobre la marcha en caso de ocurrencia de la eventualidad. Simplemente, al saber qué puede pasar podemos anticipar la evitación o las probables consecuencias, y planear como prevenirlas o enfrentarlas adaptativamente. Claro está, la información por sí sola es insuficiente: es necesario acompañarla de medios de comprensión y análisis y a la vez de capacitación sobre su significado y los procedimientos complementarios.

Desafortunadamente, no siempre esto está presente o es posible, y en ocasiones el impacto sobreviene sorpresivamente o supera las precauciones tomadas. También es obligatorio reconocer que por informados y preparados que estemos seguimos siendo organismos que se comportan, y como tales presentamos conductas específicas en estos casos. Tenemos entonces el probable desorden cognoscitivo provocado por sobrecarga sensorial (ya sea por gran magnitud de los estímulos, por su presentación simultánea en corto plazo, o por ser eventos completamente anormales dentro de una cotidianidad). A esto sumemos la ocasional incapacidad o impotencia para manejar o atenuar la situación, el dolor físico por lesiones corporales, el sentimiento de pérdida (también corporal, familiar, social o económica), la a veces presente desubicación temporoespacial y los patrones culturales de respuesta con su frecuente

carga de mitos e inexactitudes (Cortés, 1993). Es un gran caudal de información a gran velocidad que sencillamente no podemos procesar corticalmente (racionalmente) fácilmente en el corto plazo, por lo que usamos mecanismos primarios de respuesta inmediata subcortical, más o menos definidos en el síndrome de lucha o escape (Serpa, 1989).

Esto generalmente va acompañado de una activación fisiológica que lo sustenta preparando al organismo para la actividad física consecuente (correr, saltar, pelear, esconderse, levantar grandes pesos, etc.). A primera vista no sería un problema, pero debemos recordar que estamos hablando de personas posiblemente lesionadas cuyas capacidades de mantener el sobreesfuerzo y sobrevivir son limitadas. Incluso es difícil para personas sanas. Además, si están lesionadas ya sufren la activación extraordinaria de sus sistemas cardiorrespiratorio, hormonal y renal (taquicardia, taquipnea, descargas catecolaminérgicas, acidosis, etc.), como mecanismo compensatorio pero transitorio para el mantenimiento de las funciones vitales, o a causa del problema experimentado. Nos hallamos así con un cuerpo trabajando a toda máquina sin tener la capacidad para hacerlo y vivir.

La respiración rápida y superficial resultante conlleva a una hipovenilación histológica generalizada, donde se incluye el sistema nervioso central. En otras palabras, el cerebro también entra bajo presión, aunque, sea dicho, es el último en sufrir las consecuencias. En todo caso esto significa un decremento en las funciones mentales: alteración de la conciencia que va desde la pérdida total del conocimiento y los reflejos hasta sensibles rebajas en capacidades de percepción, digcernimiento, integración, análisis y emisión de información y autocontrol, situación bien peligrosa en una circunstancia o un ambiente de riesgo (el sujeto puede escoger y ejecutar respuestas desadaptativas-ilógicas, peligrosas o inútiles), o tener problemas para encausar su recuperación posterior.

Este estado tiende a mantenerse o aumentarse ante las variables de incertidumbre, aumento de la presión ambiental, estado de ánimo negativo,

imposibilidad de conjurar el peligro y otros, induciendo al pánico individual o colectivo, con las consecuencias fisiológicas de rigor (más sobreactivación y el eventual choque funcional), o las comportamentales (acciones abiertamente irracionales y con frecuencia violentas).

Es importante recordar que las conductas irracionales o al menos no premeditadas, y las que facilitan la aceleración psicofisiológica son altamente contagiosas dentro de un colectivo, en el cual es susceptible de aparición de la desconexión de los propios mecanismos de raciocinio para hacer lo que los demás hacen, en algo así como una reliquia psicológica de lo que he llamado comportamiento "cardumen" (1992), o más apropiadamente, principio de aceleración psicofisiológica colectiva, del cual el pánico es un buen ejemplo, o la tendencia a actuar rápidamente en todo momento después del impacto, pasando incluso sobre precauciones mínimas acerca del manejo médico del paciente o medidas de seguridad para los auxiliadores y quienes están cerca (sugiero la revisión de los índices de accidentalidad de ambulancias en misión en la localidad del lector), siendo que en muchos casos la celeridad no importa tanto como la adecuada estabilización clínica del paciente.

Ahora bien, todo esto está creando de por sí una profunda y permanente experiencia de aprendizaje. Si el individuo sobrevive, es muy posible que quede grabado en su memoria el suceso y sus consecuencias bajo la entidad ya mencionada de desorden de stress post-traumático, que afecta su bienestar comportamental y general a largo plazo, en relación con el tipo de situación vivida.

Es necesario recoger una salvedad conceptual presente a lo largo de mis escritos sobre la materia: siempre es posible una gran variedad intra intersujetos. Ante el mismo estímulo puede haber respuestas disímiles por diferentes personas o por la misma en momentos diferentes. Es por eso que hablo más de tendencias que de predicciones propiamente dichas, conductas de probable aparición. Lo anteriormente descrito se constituye entonces en una tendencia generalizada pero no permanente de los sustratos psicofisiológicos sobre los que se emiten las respuestas, ya reco

nocidas como muy variadas.

#### ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

Sobre la anterior presentación se proponen los siguientes procedimientos, con el ánimo de satisfacer los objetivos de este trabajo:

1. Conductas de entrada: Primero que todo, es necesario romper la cadena de contagio de comportamientos apresurados, con el socorrista como barrera para su transmisión. Para el efecto, él mismo no debe estar activado en exceso y tener cabal percepción y control de la situación, difíciles de conseguir si desde el comienzo está agitado física y psicológicamente. El proceder razonablemente lento en la medida de lo posible, con una baja aceleración de los signos vitales, ayuda a esta posibilidad.

Los gritos son otra de las conductas indeseadas: aumentan la tensión general, la ansiedad del paciente y, nuevamente, muchas veces no son necesarios.

2. La identificación personal ante el paciente: También es necesario atenuar el nivel de incertidumbre. En medio de la confusión y probable impotencia en que se encuentra, el efecto de que un desconocido llegue de pronto a manipularlo y disponer de él es otro factor ansiógeno. Es importante tener un puente de comunicación interpersonal que le permita saber quién está ahí, de dónde viene y que es alguien capacitado para ayudarlo, y que lo va a respetar.

Esto se dá por hecho cuando el socorrista porta un uniforme o el paciente está inconciente ("ni siquiera sabe qué está pasando"). Ambas premisas son falsas y problemáticas. En el segundo caso, en muchas oportunidades las personas inconcientes sí están recibiendo la información pero no pueden devolverla manifiestamente. Más adelante, se profundizará este asunto.

3. Separación de la fuente de tensión: Usualmente la misma de riesgo, que por razones lógicas es aversiva para el paciente (lugar del accidente, presencia de heridos y muertos, ruido, humo, etc.). Allí difícilmente recobrará su tranquilidad.

Es pertinente recordar la posibilidad de generalización, es decir, que se identifiquen estímulos de la misma naturaleza como iguales (por ejemplo, cualquier hombre causa ansiedad a una víctima de violación).

4. Equilibrio veracidad/prudencia en la información: En primer lugar, evitación de comentarios inapropiados o desestabilizantes para el paciente o entre los presentes ("vea ese charco de sangre", "esto está muy mal", "se le destrozó la pierna", "éste ya se murió"), de común ocurrencia en estos contextos. Obviamente van a aumentar su tensión, por lo que es preferible abstenerse de hacerlos o retirarse del alcance visual o auditivo del paciente para discutir o consultar aspectos clínicos u operativos ansiógenos.

En segundo lugar, el intentar ocultar información negativa pero evidente para el paciente ("tranquilo, no pasa nada"), va en detrimento de la confianza hacia el socorrista, su veracidad o su capacidad percibida, incidiendo también en el estado psicológico general.

Se trata entonces de llegar a un justo medio con términos atenuantes respecto a la situación de la persona, sus allegados y sus bienes, eventualmente con el manejo discrecional de realidades francamente desestabilizantes. En ocasiones es mejor posponer un segundo impacto (por ejemplo ante la muerte de alguien cercano al paciente o una lesión seriamente discapacitante: "está siendo tratado por otras personas y no conozco información. Concentrémonos en UD.", o "estoy aplicando un primer auxilio, en un centro hospitalario se le hará una evaluación profunda"), que enfrentarse a una crisis psicológica agu-

da sin los conocimientos o los recursos para manejarlas: sentido práctico elemental.

Se debe tener en cuenta no obstante el inviolable derecho del paciente a estar informado de qué está pasando y qué le están haciendo, y por qué. Tomemos el ejemplo de una mujer que se siente violentada en su intimidad y su pudor porque el rescatista que está evaluando su estado lesional comienza a tocarla sin decirle la razón o pedir su consentimiento. Además de inconveniente éticamente está propiciando una mayor alteración y un rechazo hacia la ayuda.

5. Control de la respiración: Básico, por tres razones:

- Estabilización de signos vitales.
- Principio de autocontrol por el paciente.
- Separación de la concentración excesiva en sensaciones de dolor y ansiedad.

Desde una gran diversidad de enfoques se ha demostrado la importancia capital de una buena técnica de respiración como base para el bienestar y adecuado desempeño (yoga, deportes, relajación, etc.). A la vez que se responde a una demanda física insustituible, se da un principio de dominio del paciente sobre sí mismo. En combinación con las técnicas específicas de hiperventilación en primeros auxilios, es viable aplicar una terapia respiratoria en la que el socorrista "enseña a respirar" al paciente (modelamiento), haciéndolo los dos al tiempo.

Para el efecto, se sugiere una respiración lenta, profunda, inhalando por la nariz, llevando el aire a la base de los pulmones (la cultura occidental tiende a subutilizar este segmento pulmonar), manteniendo un par de segundos y exhalando también lentamente.

Este simple procedimiento mantenido en el tiempo o repetido en series de cinco cada cinco o diez minutos ha dado resultados psicofisiológicos positivos en situaciones tan disímiles como trabajo de parto y alumbramiento o prevención y atención de problemas clínicos en alta

montaña (ambiente hospitalario y campo abierto y difícil). También se usa como preparatoria y relajatoria en artes marciales.

La cuarta ventaja es que la técnica en sí conlleva una disminución de la aceleración mental y física de las que ya he hablado.

6. Comunicación con el paciente: Es natural que durante un estado de crisis surjan muchas inquietudes, temores, expectativas y muchos otros sentimientos que rondan al rededor de la mente del paciente. El hecho de darles curso y, eventualmente, despejarlas poco a poco reduce la tensión ansiógena y proporciona una vía alternativa de desahogo o distracción de las dolencias. Una comunicación con sentido humano, comprensiva más no conmisericordante, dá lugar a un ambiente más cálido y confortable, ayuda valiosa si pretendemos la estabilización general.

La palabra es un vehículo muy útil, pero existen también otros: el contacto visual, el acompañar al paciente, estar ahí o permitir su llanto tienen un gran valor emotivo. El contacto físico cuenta con una gran valencia positiva en muchos casos, porque demuestra la presencia activa, protectora y cálida de un congénere. Un abrazo, o el simple y tan comunicativo tomar (no solo sostener) una mano.

7. Racionalización: Como consecuencia lógica de la comunicación.

El desconocimiento generalizado de la dinámica de estas situaciones y la multiplicación de los mitos y las inexactitudes por los medios masivos de información y entretenimiento moldean en las personas creencias y comportamientos desadaptativos. Es por esto que es fácil ver que en muchas situaciones de emergencia se expresan los comportamientos que aquí estamos tratando de impedir, sin que haya causas reales que los justifiquen. La comunicación paciente y transmisora de información veraz y concreta ataca este problema y propone conductas adaptativas. Como está que, según un proverbio norteamericano, "al que se alaga no se le enseña a nadar".

No se trata de convencer al pasajero en crisis durante una emergencia aérea que las estadísticas muestran más muertes accidentales domésticas que por caída de aviones, ya que justamente en ese momento no es esto lo que necesita oír, y en todo caso sus capacidades de asimilación están un tanto bloqueadas (es necesario primero estabilizar su sustrato biológico). Mucho menos, entrar en una confrontación directa con su sistema de creencias y valores (aunque en algunos casos extremos a cargo de personal de socorro o terapéutico muy experto, capaz de enfrentar exitosamente las consecuencias negativas de esta técnica implosiva, funcional), sino mejor poco a poco darle la oportunidad de que por procesos racionales propios sustentados por argumentos válidos y concretos que le aportemos, pueda llegar a conclusiones más adecuadas.

Desafortunadamente, en algunas circunstancias con peligro real e inminente esto se dificulta.

8. Involucrar al paciente: Su rescate y supervivencia es un trabajo de equipo, en el que él participa. Ningún socorrista es capaz de "vivir" por su paciente. Se requiere convertirlo en el mejor recurso de información sobre su estado, a la vez que motivarlo a integrarse a su estabilización y recuperación. No significa esto necesariamente realización de esfuerzos físicos, sino generación de una actitud. Aunque no cuento aún con la evidencia experimental, la práctica me ha mostrado mejores manejos del dolor y disposición para la supervivencia y rehabilitación cuando el paciente es algo más que "el que yace", y se ayuda a sí mismo. Desde el punto de vista psicológico, esto tiene mucho de autocontrol.

Esto rige, al igual que la comunicación, también para los pacientes inconscientes. Día a día se conocen ejemplos de percepción de información por personas desmayadas, bajo anestesia o en coma, que pueden relatar después lo que se dijo acerca de ellas. Aquí vale también la precaución debida y la motivación para participar en su propio proceso.

Las víctimas de una situación de desastre no afectadas en su integridad física pueden, bien orientadas y con los cuidados de rigor, colaborar en la atención. Mediante el trabajo pueden, además de ser útiles, satisfacer su necesidad de control relativo del hecho y desplazar posteriores sentimientos de culpa, además de que de una vez se están embarcando en la reconstrucción de su normalidad, en lugar de caer en el abismo de la lástima y la postración.

9. Pronta recuperación de la propia red de sustentación: Familiar y social, básicamente. Encontraremos conductas menos ansiógenas y predisponentes a la alteración psicofisiológica si el paciente se siente cerca y apoyado por sus allegados. Por excelentes auxiliadores que seamos, casi siempre seremos unos extraños con los que los niveles de comunicación y confianza pueden ser menos significativos. En cambio una madre, un amigo, ya puede tener ese terreno ganado, si cuenta con las condiciones objetivas para ayudar, en las que a veces puede ser rápidamente entrenado. Paralelamente, le está mostrando al sujeto que no todo lo que lo sostiene está perdido, y que hay razones para recuperarse.

Si esta presencia no es posible, también sirve transitoriamente el acceso a lugares conocidos, o al menos objetos que evoquen la cotidianidad gratificante.

Este punto adquiere mayor relevancia con niños, ancianos y personas con discapacidades mentales.

10. Planeación del futuro: Soñar, inclusive. Estamos entrando ya en el campo de la rehabilitación. No obstante, esta herramienta también puede ayudar a dar razones para sobrevivir en un momento crítico. La planeación gratificante, generalizada también a la familia, los amigos, la profesión, en fin, la vida misma, colabora en el arraigo de la persona a ella.

## CONCLUSIONES

Muchas de estas estrategias, así como otras incorrectas (y que deben ser conocidas para ser evitadas), están descritas en mi investigación "Efectos de la Sensibilización Psicosensoresial en Trabajadores del Rescate" (en prensa), junto con otras precauciones de orden operativo también tendientes al bienestar del paciente.

En suma, además de los objetivos lanzados, también se persigue la humanización del personal terapéutico y de socorro, triste y frecuentemente prepotente, eficientista e ignorante de las intervenciones psicológicas. Esto dirige a un respeto por la persona tratada, la convierte en parte activa y directiva de su propio proceso (es su bienestar el que está en juego), y evita que el auxiliador presuponga lo que el paciente "debe estar sintiendo o pensando" y le imponga lo que considera inconsultamente "bueno para él", sino que lo escuche y concerten entre los dos las acciones a seguir. Trascendiendo al terreno social y político, lo mismo vale para gobernantes y autoridades en general.

Con una relación directa me permito recordar la declaración de derechos del paciente (Ministerio de Salud Pública de Colombia, 19 ), válida para todas las áreas de la salud. La considero de gran importancia y complementariedad con el tema en cuestión, por lo que he anexo a este trabajo.

Para terminar, las estrategias aquí expuestas, al igual que las de los primeros auxilios médicos, deben ser aplicadas y estudiadas permanentemente por el personal relacionado como un aspecto más de su formación y ejercicio integral.

## BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales III-R, 1987, USA
- COLDEPORTES-SISTEMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE DESASTRES, Prevención y Atención de Desastres en Escenarios Deportivos y Recreativos, 1992, Colombia
- CORTEES, Engels G., Aspectos Comportamentales (en el interior)
  - Cartilla Antibomba: Comportamiento ante un Atentado Terrorista, Diario La Prensa, Febrero 18 de 1993, Colombia
  - Tendencias Comportamentales antes, durante y después de una Situación de Desastre (en prensa)
  - Efectos de la Sensibilización Psicosensorial en Trabajadores del Rescate (en prensa)
- CRUZ ROJA COLOMBIANA, Manual de Primeros Auxilios, 1990, Colombia
- Fonnegra, Isa, La Tragedia de Armero: Abordaje Psicoterapéutico de los Pacientes Terminales, 1989, Colombia
- FUERZAS ARMADAS DE COLOMBIA, Manual de Primeros Auxilios, 1989, Colombia
- Pérez de Tudela, C., Comportamiento Humano ante las Catástrofes, Revista "AFERE Seguridad, Año 9, Nº 36, 1989, España
- SALVAE Ed., Manejo de Urgencias Domésticas, 1987, España
- Serpa, L., Comportamiento Social ante un Desastre, 1989, Colombia
- SESSIONS, Jean, Managing Stress in Dog Teams on Searches, Response, the Journal of Search, Rescue and Emergency Response, Vol. 10, Nº 1, 1990), USA
- Yanguochea, Sepúlveda y Padilla, Consecuencias Psicopatológicas y Tratamiento de Pacientes Médico Quirúrgicos de la Tragedia de Armero, Intervención en Crisis, 1989, Colombia