

Psicología en emergencias extrahospitalarias

Estrategia de intervención y factores que influyen en ella

Out-of-hospital emergencies psychology

Intervention strategy and factors that influence it

Vicente Coca Pérez

Psicólogo. Master en psicología de emergencias, catástrofes y pérdidas personales. Curso I y II en Terapia familiar sistémica, actualmente Experto en Intervenciones Sistémicas. Enfermero. Curso en Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias, desde 2016 Experto. Experto Universitario en Intervención social en drogodependencias. Experto en tabaquismo.

vcocap@hotmail.com

Agradecimientos

A mi mujer Luz Mary Ortiz, por las múltiples correcciones a este texto y su apoyo incondicional.

A Andrea Ortiz Roa y Anthony C. Malfatani por la traducción al inglés.

A mi madre M^a. Amparo Pérez, mi padre Santiago Coca y mi amiga Beatriz Spinelli, por sus valores, principios y bondad; por su integridad al defenderlos en contextos difíciles sin haber hecho nunca alarde de ello, y por todo lo que me han enseñado sin haber pretendido nunca darme una lección. Por ser mis referentes.

Palabras Clave

Psicología, Extrahospitalaria, Estrategia, Intervención, Factores Psicológicos, Urgencia, Emergencia, Catástrofe, Desastre, Conducta P.A.S, Triage.

Keywords

Psychology, Out-of-hospital, Strategy, Intervention, Psychological Factors, Urgency, Emergency, Catastrophe, Disaster, PAH (Protect, Alert and Help) Conduct, Triage.

Resumen

El presente documento señala algunos de los principales factores psicológicos generales y particulares; existentes en cualquier intervención y su influencia en ella, señalándolos a medida que se va guiando por las distintas fases de la actuación; sea de forma individual o en cooperación con otros profesionales y voluntarios, en contextos de Urgencias/Emergencias y Desastres/Catástrofes.

A medida que se desarrolle la psicología en emergencias extrahospitalarias, se irá enriqueciendo con las aportaciones no sólo de los psicólogos de distintas orientaciones y escuelas, también de los distintos profesionales y voluntarios de diferentes organizaciones que intervengan; con su visión teórico-práctica, experiencia y observaciones, así como de otros profesionales que se sumen.

Summary

This document evidences some of the main psychological factors, general and particular, that are present in any intervention and their influence on it; it highlights them through different phases of action, either individually or in cooperation with other professionals and volunteers, in the contexts of Emergency services / Emergencies and Disasters / Catastrophes.

As psychology develops in out-of-hospital emergencies, it will be enriched with contributions not only from psychologists from different orientations and schools of thought, but also by different professionals and volunteers that intervene from distinct organizations, as well as other professionals who join in, and by all of their theoretical and practical vision, experience and observations.

I. Preámbulo

Este tercer documento teniendo carácter independiente de los dos anteriores sin embargo está profundamente ligado a ellos; con los mismos se da respuesta a una pregunta común que subyace a los tres: ¿Por qué deben existir psicólogos en la emergencia extrahospitalaria? Despejando cualquier duda sobre la necesidad de integrarla y apoyando que así sea.

Se responde a tres preguntas que ya fueron formuladas:

1. ¿Cuál es el perfil de los intervinientes? Es decir: quiénes son y cuáles son sus necesidades¹.
2. ¿Cuál es la repercusión de su actividad en las diferentes esferas de su vida: pareja, familia, ocio, laboral, etc.? Es decir: es necesario crear gabinetes psicológicos para voluntarios y/o profesionales en los cuales valorarlos, establecer si existe repercusión y grado de afectación, ofrecer ayuda; y se planteó cómo hacerlo². Siendo una de las claves que no sea algo aislado o inconexo sino que en ellos primen los seguimientos. Esto es importante porque **como sociedad debemos plantearnos cuál es la base de nuestro bienestar y sin duda alguna un pilar son los servicios públicos y especialmente los sanitarios, de segu-**

ridad y emergencias cuya alma no es más que las personas que lo integran; como ya se dijo: “en manos de los intervinientes están aspectos claves de la propia sociedad, en ellos deposita ésta su confianza, y es a ellos a quienes recurren cuando es más vulnerable; por lo tanto, su creación no solo es una necesidad sino también una obligación moral y legal”.

3. ¿Cómo Integrar la psicología en las emergencias extrahospitalarias? A ella se responderá en el presente texto³.

Dos observaciones iniciales que se deben tener presente a lo largo de todo el texto:

La primera es la dificultad de poder reflejar la intervención de forma lineal, unidireccional, escalonada y claramente delimitada, pues muchas veces no es así al ocurrir solapamientos; por ejemplo la comunicación realizada simultáneamente entre el centro coordinador y el responsable de la dotación, y paralelamente entre éste y la familia, el usuario y el equipo; mientras se están aplicando medidas.

La segunda es el reconocimiento del presente artículo que se estructura apoyado en la **Conducta P.A.S.** (proteger, Avisar y Socorrer) presente en cualquier documento que guíe y explique cómo intervenir en una urgencia que precise primeros auxilios, pero donde curiosamente apenas está desarrollada en toda la potencialidad que tiene, y dicha muchas veces de forma protocolaria como un mantra vacío de

1 ¿Por qué se necesita incorporar la Psicología a la Emergencia Extrahospitalaria? Basada en la ponencia “Estudio sobre personal de emergencias (Necesidades psicológicas para los intervinientes en emergencias)” presentada en las II Jornadas de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias. Universidad de Málaga. 25 de Noviembre de 2017, Organizadas por SEPADEM (Sociedad Española de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias). Revista Cuadernos de crisis. Núm. 18. Vol.2. 2019

2 Gabinetes de atención psicológica sistémica para personal de emergencias extrahospitalarias. Revista Cuadernos de crisis. Núm. 19. Vol.1. 2020

3 Éste artículo se apoya en la ponencia “Propuesta de un árbol lógico para la intervención psicológica en emergencias y catástrofes” presentada en las III Jornadas de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias Organizadas por SEPADEM (Sociedad Española de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias) en la Universidad de Salamanca los días 27, 28 y 29 de Septiembre de 2019.

contenido; y también en el **P.A.E.** (Proceso de Atención de Enfermería) de una lógica aplastante el cual brinda cuidados humanistas y eficientes, de forma racional, lógica y sistemática centrados en el logro de resultados esperados y apoyado en el método científico, lo cual resulta de vital importancia cuando se trabaja en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias.

Justificación

No existe conciencia especialmente en los más jóvenes de que se ha producido un desarrollo espectacular en todo lo referente a las emergencias en un plazo de 20 años a muchos niveles: pasamos de lo analógico a lo digital, lo cual ha modificado la comunicación y la forma de hacerlo, las telecomunicaciones, la forma de coordinar los recursos (112), sacar el servicio hospitalario fuera del mismo (telemedicina, ecógrafos, etc.), quedando lejos la imagen de un conductor tocando el claxon y agitando un pañuelo blanco por la ventanilla lo cual significaba que alguien trasladaba a una persona que estaba indispuesta y que necesitaba asistencia hospitalaria, pidiendo con ello que se apartaran el resto de los conductores para facilitar su camino, o los "ambulancieros" que básicamente cogían a los heridos de la mejor manera que entendían y lo trasladaban al hospital más cercano sin prácticamente medios materiales salvo unas vendas o un pañuelo triangular, siendo toda una revolución que hubieran botellas de oxígeno o los collarines cervicales que impedían limitadamente un tipo de movimientos del cuello pero no otros, y en donde no hubo ayuda profesional hasta no hace mucho tiempo, siendo esta prestada por voluntarios, objetores de conciencia o incluso asalariados, pero todos ellos con nula o mínima preparación en emergencias médicas ni psicológicas, salvo quizá

un mínimo y único curso de primeros auxilios, muy buena voluntad, implicación y ganas de ayudar; a quienes todo reconocimiento será poco, debiéndose hacer cuando sea el momento ese reconocimiento y agradecimiento sincero por parte del colectivo de la psicología de emergencias, a todos aquellos que tradicionalmente han cubierto su ausencia.

Atrás quedó cuando la única forma de acudir a los domicilios o carreteras eran las guías o callejeros en papel, donde muchas veces sólo se informaba del municipio al que se refería dicha guía o en caso de que abarcara más municipios no constaba en ellas las urbanizaciones, polígonos industriales, etc., teniendo que demorar la asistencia al ir preguntando a viandantes, o tener que quedar con policía local en algún punto exacto para que acompañaran hasta el destino, por no hablar de cuando la comunicación era difícil o imposible al congelarse los repetidores de la telefonía; y todo esto en un plazo breve de tiempo. Cualquiera puede reconocer que sí se ha producido un avance a muchos niveles pero se hace necesario reflexionar si eso mismo ha ocurrido con la psicología en emergencias extrahospitalarias.

Propuesta de Intervención

La siguiente propuesta de intervención profesional surge atendiendo los principales **aspectos psicológicos** que estarán influyendo a lo largo de las intervenciones, proponiendo una forma de intervenir que abarque desde cómo intervenir todos, de forma individual, autónoma e independiente, hasta cómo intervenir con otros intervinientes; abarcando desde urgencias habituales y cotidianas hasta escenarios más complejos como son la intervención en desastres o catástrofes.

La intervención psicológica será breve, limitada en el tiempo y condicionada por muchos factores, entre otros, por el propio medio extrahospitalario en el que se encuentren y que lo dificulta, y sin embargo será de gran potencia, intensidad y calado al facilitar la recuperación de los afectados, permitiendo encauzar lo sucedido y su asimilación, previniendo conductas inadaptadas a corto, medio y largo plazo, logrando con ello la superación del incidente y beneficiando no solo al afectado sino también por extensión a sus parejas, familia, amigos, etc., aunque ello no será generalmente contemplado por ninguno de los que allí estén presentes.

Estrategia de intervención y humanización de la misma

Establecer una estrategia de intervención general que abarque la parte individual en coordinación con su equipo, cooperando con otros intervinientes de diferentes servicios y organizaciones, en escenarios que van desde urgencias y emergencias hasta catástrofes y desastres; es un proyecto muy ambicioso para una sola persona, que sin embargo no tiene ninguna intención pretenciosa. Se crea por la necesidad de tomar conciencia del panorama existente y el desconocimiento de los múltiples factores psicológicos que existen al intervenir, pudiéndose ir adaptando a las necesidades, realidades y procedimientos de cada institución y/o utilizarse de forma académica, didáctica y formativa. Al servir de base como guía de actuación, facilitará la toma de conciencia de los factores psicológicos existentes y posibilitará reconocerlos en las emergencias en las que actúen y cómo influyen en ellas. Adicionalmente servirá de guía al reconocer las prioridades, qué hacer, cómo hacerlo o no, cómo compartir el escenario y la intervención en función de las necesidades

y momentos, teniendo en cuenta las necesidades de los afectados, factores psicológicos y si estos están pesando.

Facilitará la forma de intervenir de cada interviniente, sean voluntarios o profesionales, al indicar de forma clara el cometido y prioridades en el escenario en el que intervendrán otros (intervinientes y/o servicios) con cometidos semejantes o diferentes e intereses a veces contrapuestos. **Abarcará dos supuestos tan extremos como son realizar la intervención en una urgencia y emergencia habitual y cotidiana, hasta los escenarios afortunadamente excepcionales como son las catástrofes y desastres.**

Al estar organizadas las intervenciones sabrán cuándo intervenir, cómo hacerlo, cuáles son las prioridades, cómo avisar, qué información es relevante, qué recursos y profesionales se movilizará al lugar... en resumen, planificar y estructurar los distintos recursos humanos y materiales para optimizar los medios técnicos y humanos, reduciendo las posibles consecuencias que se deriven de la situación de emergencia, estando incluidos en él la psicología de emergencias extrahospitalarias; deberá estar claramente establecido quien los activará, en qué casos acudirán siempre (muerte súbita de lactantes, violencia de género, abuso sexual, suicidio, etc.), cuándo intervenir de forma autónoma, cuándo se podrán apoyar en otros y cuándo serán otros quienes se apoyen en ellos; debiendo quedar claro en este caso para qué se les reclama y el objetivo que se persigue con su intervención, así como los recursos a los cuales podrán derivar a cualquier hora y día del año.

Permitirá que llegue la ayuda a tiempo y reciban asistencia por quienes estén capacitados para ofrecerla reservando el servicio especializado sólo para aquellos casos que realmente lo

necesiten, lo cual contribuirá a crear concienciación por parte de los intervinientes de que **los recursos públicos son un bien limitado** y evitará considerar todos los sucesos “traumáticos” en los que se vean afectadas personas y sus reacciones de forma patológica, entendiendo implícitamente que éstas no tienen mecanismos ni capacidad de afrontarlos y superarlos, no dándoles la oportunidad de enfrentarlo e incluso llegar a salir fortalecidos de dichos eventos, haciéndoles dependientes y desvalidos, con el riesgo de que se acabe por convertir un recurso; la Psicología de Emergencias, que exige plena capacidad mental y de observación (triangulaciones, alianzas, contradicciones...) en una especie de adorno al que lleguen agotados por sobrecarga asistencial.

Favorecerá la **humanización** de la ayuda sin convertirla en un eslogan, una palabra vacía de contenido, o en una cortesía superficial rayando en ocasiones la impostura, sintiendo el interviniente que hacerlo así; humanamente, interfiere con su cometido; y el afectado, que no es real. La humanización debe ser algo que impregne todo. Un pequeño gesto o simple palabra de proximidad en muchas ocasiones es suficiente, debiendo evitar ser empalagoso o parecer ridículo para el afectado y/o propiciar conductas paternalistas que potencien la dependencia.

Como se ha dicho anteriormente, los actores principales son a quienes haya que ayudar (víctimas y afectados) no debiendo cosificarlos, ni olvidar que estamos interactuando con seres humanos; no es infrecuente que por múltiples razones (cansancio, problemas ajenos al trabajo, etc.) cualquier interviniente se pueda llegar a olvidar de ellos y de su presencia en plena actuación, acabando por actuar de forma automática y realizando gestos o comentarios que no siendo malintencionados son hirientes o culpabilizado-

res. Otro riesgo que se puede sumar a esto es que todos piensen que alguien debe ocuparse del afectado, de su familia, de sus preocupaciones y finalmente nadie les informe lo que les está ocurriendo o de lo que están haciendo para ayudarlos. El personal no es consciente de que para ellos es un aviso más en una guardia más, pero para muchas víctimas estaremos en un momento crucial de su vida y recordarán gestos, frases, sonidos, olores, etc., motivo por el cual se debe ser exquisito y escrupuloso tanto en la intervención como en el trato, pudiendo cualquiera de ellos con su hacer y estar: paliar daños, facilitar el inicio de la recuperación, reestablecer la confianza en el ser humano, volver a tener esperanzas, etc., y esto es importante tanto si iniciamos la intervención como si nos incorporamos a una ya iniciada; en éste último supuesto al sumarnos a ella tendremos que aclimatarnos a la misma, ser cautelosos y prudentes, no tener prisa en intervenir hasta tener una idea clara de qué se ha hablado, qué no, qué información se ha facilitado evitando interrupciones de relatos o información que sea difícil de decir por la víctima y/o persona afectada; por ejemplo se evitará irrumpir súbitamente donde se esté con el afectado, abriendo el portalón de la UVI móvil ocasionando **frenar el relato**, hacer una pregunta a destiempo (sin mala intención) ocasionando malograr todo lo alcanzado; a veces de forma irremediable y habitualmente con dificultad; para al menos en el escenario mismo, retomar de nuevo el discurso y la confianza del asistido. Humanizando las intervenciones y poniendo el foco en los afectados se evitará que en escenarios donde se lleguen a juntar muchos intervinientes y servicios, estos se sientan solos y que nadie les acompañe aunque sea mínimamente en lo que les esté ocurriendo en esos angustiosos momentos para ellos (inmovilizados, extricándolos, canalizándolos vías, etc.) actuando el interviniente mecánicamente sobre algo; “la víctima”, con un objetivo a alcanzar y sin ningún tipo de vinculación.

Objetivos de la estrategia

Establecer en qué situaciones intervendrán los psicólogos en emergencias, quienes los activarán, objetivos a alcanzar con su intervención determinando en el caso de que hubiera intervinientes en el lugar antes de que ellos lleguen, cómo éstos comenzarán la ayuda, quién hará qué, cuándo, cómo y hasta dónde, evitando así duplicidades y sufrimientos innecesarios (revictimización).

Integrar a todos los intervinientes (profesionales y/o voluntarios, y también a sus servicios) que acudan a una emergencia extrahospitalaria, en un marco global, que les permita ubicarse en la intervención.

Concienciar sobre la importancia que merecen los aspectos psicológicos no sólo a nivel personal, sino también profesional (a lo largo de toda la intervención: desde la activación, el desarrollo de la misma y hasta la finalización) en sus relaciones con los afectados, sus compañeros, otros profesionales, y ser conscientes de que su afectación está presente desde antes del comienzo de la jornada hasta mucho más allá de finalizada la misma.

Sensibilizar sobre la ausencia generalizada de estos profesionales alertando de los riesgos, peligros e implicaciones que su carencia provoca, para evitar que el afectado quede desamparado o a su suerte respecto a la sensibilidad y/o conocimientos que tenga el interviniente que lo atiende en estos aspectos.

Incorporar en las organizaciones la visión psicológica a todos los niveles apostando para ello de forma decidida en los campos asistencial, docente, formativo, administrativo, etc.; ofreciendo con ello un servicio de máxima calidad que ponga en el centro del sistema al usuario y

cuidando al máximo al interviniente.

Posibilitar el registro de cualquier observación digna de mención que afecte la esfera psicológica en todas las intervenciones, impidiendo así que quede sin atención o seguimiento por parte de otros niveles asistenciales, dando con ello continuidad en la atención de los afectados.

Difundir la necesidad de la presencia de la psicología en emergencias ampliando la información más allá de aquellos que ya son conscientes de su importancia. Explicando qué aporta y qué posibilita su figura a aquellos otros que lo desconocen, tengan prejuicios o dudas, estableciendo alianzas y sinergias.

Lograr en definitiva, que los psicólogos en emergencias intervengan profesionalmente en todo el territorio nacional, incorporados e incluidos de manera permanente y estable en los servicios de emergencias extrahospitalarias.

Visión de la estrategia

Se deberá tener presente que existen:

Factores comunes, independientemente de que quienes la realicen sean profesionales o voluntarios de una u otra organización o servicios de emergencias.

Factores propios, que dependerán de que quienes la realicen sean profesionales y voluntarios, o lo sean de una u otra organización o servicios de emergencias, cada uno de ellos con cometidos propios y variados (p. ej. seguridad, asistencia, etc.); lógicamente esto también será así respecto a la psicología en emergencias.

Factores psicológicos transversales,

que son diversos: personalidad de quien realiza la llamada de auxilio, limitaciones de quien la recibe, estado anímico del equipo que acude al lugar, etc., se deberán conocer todos estos factores y su influencia por la enorme importancia que tienen en sus vidas e intervenciones, en la organización, relación con los compañeros, el clima laboral, en su motivación, la comprensión de su cometido, las reacciones de las víctimas y/o afectados, en cómo afectan a la calidad de su trabajo, la aceptación de riesgos innecesarios, la prevención de riesgos laborales, la toma de decisiones, la capacidad de comunicación, la tolerancia a la frustración, etc., es una necesidad profundizar en el conocimiento y reconocimiento de dichos aspectos, lo cual hará tomar conciencia de su existencia y que favorezca una cultura sanitaria proclive a estos aspectos. Se deben enseñar adaptándolos a los distintos servicios e intervinientes en función de sus cometidos, organizaciones, necesidades, particularidades, idiosincrasias, actividades, etc.

Urgencias y emergencias habituales y cotidianas.

Desastres y catástrofes afortunadamente excepcionales en España.

Dificultades en su implementación

Necesidad de psicólogos en las emergencias

La complejidad creciente de las intervenciones en emergencias extrahospitalarias ya de por sí históricamente tendentes al caos: con ruido, estrés, tiempo en contra, inmediatez en la respuesta, improvisación..., hacen que cada vez sean más complejas y difíciles de articular por múltiples factores y posibilidades antes

impensables como la revolución tecnológica en telecomunicaciones, reducción del tamaño o peso de muchos aparatos, nuevas fuentes de alimentación u otras características que han hecho que puedan estar presentes en las calles y domicilios; como son los ecógrafos y quirófanos móviles entre otros, lo cual hace que confluyan en el escenario diferentes voluntarios y profesionales de instituciones diferentes, con cometidos variados e intereses dispares, y siendo todos bienvenidos pues significa que a las víctimas se les está atendiendo cubriendo sus necesidades; sin embargo, surge confusión porque muchos intervinientes en el escenario y una gran cantidad de víctimas: afectados (Directos o Primarios), familiares y amigos (Indirectas o Secundarias), intervinientes (Tercer Nivel), miembros de la comunidad que ofrecen ayuda (Cuarto Nivel), y afectados indirectamente (Quinto Nivel (telespectadores, radio oyentes, personas que visualizan vídeos a través de redes sociales, etc.)); a ellos se deben sumar los psicólogos de emergencias siendo ineludible su presencia, ya que el abordaje psicológico en aquellas situaciones que así lo precisen deberá estar realizado por profesionales formados, capacitados y con habilidades para intervenir en ellas, no debiéndose aceptar la situación actual en donde apenas existen psicólogos profesionales, remunerados y trabajando como tal en el escenario, supliendo esta carencia:

- **Con profesionales y/o voluntarios no psicólogos**, formados en su campo de actuación pero con carencias en éste, realizando su intervención de forma bienintencionada, sin duda, pero pudiendo incluso llegar a ser contraproducente (p. ej. frases manidas ante algunos afectados) y se acaba por correr riesgos innecesarios (p.ej. que no entiendan si existen o no riesgos ante el silencio de una víctima).

- **Con psicólogos voluntarios** por ejemplo de ONG's, siendo esta actividad encomiable pero más ajustada a la realidad de hace unos pocos años, la cual no se justifica actualmente al existir psicólogos en emergencias; formados y capacitados, con gran experiencia en urgencias y emergencias, desastres y catástrofes.

De esta forma los demás profesionales y/o voluntarios (policías, médicos, bomberos...) cuando los necesiten no podrán estar seguros de si dicha necesidad va a ser satisfecha en cualquier momento y a cualquier hora, produciéndoles incertidumbre en su intervención, considerando aleatoria y/o discontinua su presencia; al estar sujeta a la disponibilidad que tengan, repercutiendo todo ello en la calidad asistencial de afectados, profesionales y voluntarios, quienes no sólo verán y sentirán que la ayuda llegue tarde, a destiempo o incluso no la haya; entendiendo que la ayuda que han prestado es incompleta y acabe produciendo frustración, malestar, impotencia, desamparo, distanciamiento, falta de compromiso...

Siendo probable que la psicología en emergencias extrahospitalarias no resulta a día de hoy y a ojos profanos tan "espectacular" como otras ayudas; es imprescindible que esté presente en aquellos escenarios donde se precise su actuación, porque a dicha necesidad no podrán dar respuesta completa y eficaz otros profesionales, ni cubrirla con la profundidad que requiera la situación. Pudiendo llegar a sorprender *ii el intervenir básicamente con la palabra !!*, ni comprender que su intervención tendrá en ocasiones un **carácter preventivo**; lo cual en un contexto de emergencia, pareciera que ambos campos de actuación (emergencia y prevención) fueran por las características propias de la situación mutuamente excluyentes cuando no lo son. Habrá que lograr que lo comprendan,

interioricen, difundan su necesidad y que esta figura sea imprescindible en todos los servicios de emergencias extrahospitalarias para aquellos escenarios que lo precisen e interviniendo con afectados, supervivientes, testigos e intervinientes damnificados; ya que de un buen **encauzamiento** de aquellas situaciones en donde intervengan, se minimizarán riesgos a corto, medio y largo plazo que acaben por afectar su salud y/o calidad de vida. Con una rápida intervención se amortiguará su impacto y facilitará la pronta recuperación ante hechos traumáticos, evitando o disminuyendo secuelas mediante la asimilación del evento, la eliminación de ideas no ajustadas a la realidad o incluso fantasiosas, la desculpabilización, la ayuda para superar las pérdidas, el ajuste de expectativas, etc. Estas situaciones son frecuentes y ocurren por ejemplo tras accidentes de tráfico en donde fallecen personas, en víctimas de violación, con testigos de algún suceso traumático, incluso en intervinientes con mucha experiencia pero que se han quedado bloqueados no sabiendo responder ante lo acontecido o cuya autoexigencia no les haga ver que sus ideas son irreales... lo cual puede acabar por traducirse en la aparición de conductas adictivas, suicidios, rupturas de pareja, malas relaciones familiares, etc., las cuales surgen mucho después cuando ya no hay nadie que relacione causa y efecto ni les haya brindado atención y seguimiento.

Su presencia debe seguir la Ley Hansel: "La eficacia del servicio de intervención en crisis se incrementa al instante como función de su proximidad en tiempo y lugar del suceso de crisis".

Necesidad de aunar las intervenciones

Y ¿Cómo hacer para que todos los intervinientes no se interfieran al actuar?, ¿entren en suposiciones de si se ha hecho algo o no?, ¿lo den por

supuesto?, ¿se hagan conjeturas anodinas de lo ocurrido perdiendo muchas veces un tiempo importante y no actuando o discutiendo sobre quién tendría que haber hecho qué?, ¿se pierda tiempo elucubrando sobre hechos que poco aportan y poco importan?, ¿aparezcan mensajes contradictorios dados a las víctimas muchas veces como consecuencia de querer adquirir notoriedad o protagonismo, lo cual hace que provoque a los asistidos una mayor confusión y desconfianza hacia quienes los atienden?.

Todos los intervinientes deben ser conscientes y tener claro que en momentos de gran vulnerabilidad las palabras y gestos tienen una potencia inimaginable y se deben evitar protagonismos innecesarios, lo que hará atenciones más humanizadas, y **si es inevitable la adquisición de algún protagonismo este debe ser transitorio y no personalista, representando la figura profesional con un cometido concreto que puede desempeñarlo cualquier otro miembro de su misma u otra organización, de una manera similar** y tener presente en todo momento que **la figura más importante de todo el escenario es el afectado**; teniendo especial cuidado con la revictimización como ocurre al preguntar una y otra vez información ya facilitada por la víctima a los diferentes miembros de los distintos servicios, y que finalmente en muchas ocasiones no se utiliza para intervenir porque cuando se hace una pregunta, esta debe tener una finalidad (no saciar una curiosidad) y deben estar preparados y capacitados para actuar en consecuencia; no hacerlo así supone ocasionar daño añadido a la intervención original con consecuencias desconocidas en muchas ocasiones terribles, aparte de dejar a las víctimas desamparadas.

Por todo ello se hace necesario aunar las intervenciones para que sean eficaces y los profesionales eficientes, lo cual se logrará al estar integradas en protocolos.

Necesidad de tomar conciencia sobre cuál es el panorama actual e inercias establecidas, carencias en la formación y consecuencias

Es por ello imprescindible reflexionar sobre cuál es el panorama actual con respecto a la psicología en la emergencia y profundizar en su conocimiento para desarrollarla; hacerlo beneficiará a todas las partes: organizaciones, recursos, colectivos, intervinientes, asistidos, supervivientes, testigos, y en general a la sociedad. Así pues, tras observar cómo ha sido la evolución a lo largo del tiempo y trabajar con distintos profesionales y/o voluntarios en distintas organizaciones y entornos, analizar cómo son sus intervenciones, curiosear, leer y estudiar sus diferentes manuales, protocolos de intervención, libros técnicos, temarios de oposiciones, etc..., es necesario conocer y reconocer sinceramente el estado de la psicología en el ámbito de la emergencia extrahospitalaria, a nivel general y particular.

Se plantean dos preguntas cuyas respuestas servirán para analizar las inercias y dinámicas establecidas, reflexionar sobre ello y su importancia respecto a los aspectos fisiológicos y psicológicos en la emergencia:

1. ¿Están suficientemente estudiados, explicados y explicitados los aspectos **fisiológicos** de las intervenciones en las emergencias extrahospitalarias?, ¿cómo influyen en las intervenciones? ¿Y si la forma de proceder es similar en todo el territorio nacional?. La respuesta es sí lo están, sin ninguna duda y de forma semejante. Se encuentran detallados p. ej. en cualquier manual de Reanimación Cardio-Pulmonar, Infarto Agudo de Miocardio, Traumatismo Cráneo-Encefálico, accidentes con múltiples víctimas, etc...

Así mismo se puede observar que en la eta-

pa formativa de los intervinientes, estos aspectos fisiológicos se estudian de forma amplia y profunda, estando detallados y suficientemente explicitados como para no dejar dudas sobre los aspectos objeto de estudio y con los cuales se adquiere una base lo suficientemente sólida como para poder intervenir y cimentar sobre ella la experiencia. No quedan dudas sobre la forma de proceder; al estar reguladas cada vez más mediante los protocolos, guías de actuación, informes de actuación con medidas fisiológicas, tratamientos farmacológicos, cuándo dar un preaviso hospitalario, etc.

2. Pero si la pregunta es: ¿Están suficientemente estudiados, explicados y explicitados los aspectos **psicológicos** de las intervenciones en las emergencias extrahospitalarias?, ¿Cómo influyen en las intervenciones? ¿y si la forma de proceder es similar en todo el territorio nacional? La respuesta es no, no lo están, o al menos surgen dudas de que se haga de forma semejante, lo cual hace que la respuesta no se dé de forma tan contundente como a la pregunta anterior, pues ella depende desde los servicios en donde intervengan e incluso de las categorías profesionales dentro de una misma organización, hasta los planes de estudio que hayan cursado y que refleja diferentes contextos en los cuales se han realizado, pudiendo verse más o menos marcado según sean las edades de los intervinientes o mencionando otros aspectos como son el interés del profesional en conocer dichos aspectos psicológicos, contextos culturales, la existencia o ausencia de recursos, servicios existentes y protocolos, o no; según qué Comunidad Autónoma o Provincia.

Se debe hacer también una valoración respecto a la formación en este ámbito, si existen ca-

rencias en la misma y como consecuencia de qué. Pudiendo afirmar que en general no se conocen los aspectos psicológicos en profundidad habiéndose adquirido mediante:

La formación reglada: Los contextos académicos (universidades, cursos de capacitación) son la principal fuente donde se han adquirido y estudiado los aspectos mentales aunque su carga lectiva es insuficiente y no está adaptada al contexto extrahospitalario; se aborda desde una perspectiva biologicista y centrado en los síntomas (estudio de patologías mentales, neurología, psicofármacos, etc.), encontrando así a profesionales con vasta formación y experiencia pero con carencias en aspectos psicológicos claves de la salud mental y en el trato con las víctimas/pacientes, y de cómo están influyendo estos en las intervenciones.

Las ofertas formativas: Una vez superados los estudios que capacitan para obtener la titulación que permita ejercer la profesión o el voluntariado, abordan la temática de salud mental muy someramente, prefiriendo las organizaciones varias formaciones de corta duración (p. ej. seminarios) que un curso más extenso y profundo, y cuando se realizan terminan siendo un recordatorio de los temas ya tratados en su etapa formativa previa, acabando finalmente por convertirse en una actividad divulgativa y/o de sensibilización, impidiendo así analizar y ahondar en los temas tratados. Además dicha oferta formativa independientemente del formato que se utilice (seminario, jornada, curso, etc.) suele tener temáticas repetidas y semejantes; impidiendo con ello, ampliar conocimientos, reincidiendo sobre lo mismo y dejando de lado otros temas, observándose que la formación está sujeta a "modas"; sirva a modo de ejemplo si se sabría intervenir

con víctimas con síndrome de Asperger o con un acompañante ileso que presenta una discapacidad intelectual y cuyo compañero está en coma; además, las temáticas clásicas de ansiedad, depresión, etc. no están ajustadas al contexto extrahospitalario con sus problemáticas y circunstancias; ni a su día a día, acabando por resultar la exposición del tema tratado más como una repetición de dicha actividad formativa impartida previamente en otros contextos hospitalarios, asistenciales, entornos sanitarios y/o consultas; que a las aulas de los servicios de emergencias, porque estas se desconocen, y también las problemáticas psicosociales que muchas veces la acompañan; resultando la actividad formativa frustrante por las expectativas que se había puesto en ella.

Además si existen cursos más amplios en donde se profundice en una temática; estos tampoco se realizan periódicamente impidiendo que haya un número importante de personas formadas, o si el tema ha generado expectación; dar cabida a las personas más jóvenes, impidiendo así que la actividad sea transversal e imposibilitando con todo ello que haya un punto de inflexión y de tendencia en la forma de entenderlo, tratarlo y abordarlo. No siendo infrecuente que el grueso de la formación lo impartan personas ajenas a la salud mental, a las emergencias extrahospitalarias o incluso a ambas; no participando en la misma: psicólogos, psiquiatras, enfermeros especialistas en salud mental, etc., o siendo su presencia tangencial y casi testimonial; siendo los docentes en muchas ocasiones personas sin bagaje importante, al menos para la temática que están tratando; lo cual resulta paradójico, y resultando por ello actividades formativas con contradicciones entre los profesores, incoherencias en las explicacio-

nes, o ideas inconexas; no sólo a lo largo de toda la actividad formativa impartida por todos ellos sino incluso por el mismo docente en el mismo día.

La cultura sanitaria reinante: En donde los intervinientes no son conscientes de que muchos conocimientos teórico-prácticos y cómo conceptualizar y tratar la salud mental habrán sido adquiridos a través de ella de manera indirecta; la cual estará impregnando todo e influyendo en sus valoraciones, planteamientos, soluciones, consideraciones, actitudes, etc. Existiendo por tanto, una base importante de conocimientos que se habrán adquirido de manera informal, no estructurada, sin base científica, dispersa, general, sesgada, parcial, muchas veces adquiridas mediante el método de ensayo-error, basados en las anécdotas o en vivencias personales o de otros compañeros; lo cual si bien puede ser ilustrativo no es académicamente profundo ni debe serlo como única fuente de conocimiento.

Especialmente importante por su influencia en la cultura extrahospitalaria, son las **anécdotas** relacionadas con la salud mental, las cuales tienen dos destinatarios:

Los afectados: Dichas anécdotas y vivencias sólo serán entendidas por el personal que ya esté interviniendo y tenga la suficiente experiencia como para entender lo que se esté planteando y reconocer el contexto en el que se produce, pudiendo identificar lo que cuenten en toda su magnitud y reconocerse ellos mismos en situaciones vividas parecidas; sin embargo, no será entendida por quienes estén en proceso de formación para poder intervenir en emergencias o tengan muy poca experiencia en ello; resultándoles las mismas lejanas, captando la idea

de forma general y difusa, y donde las vivencias ajenas acabarán siendo anecdóticas y motivo de chanza. El aprendizaje basado en las anécdotas con afectados impedirá conocer y profundizar en las causas del comportamiento de la persona, imposibilitando así llegar a saber la forma correcta de actuar para poder intervenir, rayando además muchas veces en el mal gusto y transmitiéndose habitualmente una falta de respeto hacia el afectado.

Los psicólogos de emergencias: Cuando la anécdota gira entorno a los profesionales de la psicología en emergencias; el planteamiento que subyace es que son prescindibles, cuestionando además la intervención y/o capacidad de estos profesionales, aún cuando ni siquiera han estado presentes mientras ellos trabajan. Y cuando esto se les plantea explícitamente a quienes cuentan la anécdota en los términos que lo han hecho, intentarán no sólo mantenerla y sentar dogma mediante argumentos poco elaborados, sino que también intentan menospreciar y ridiculizar (por ejemplo acusando de falta de sentido del humor); desplegando actitudes pedantes e incluso paternalistas, resistiéndose en el fondo a que ni ellos ni las cosas cambien, y al no abrir su mente a los planteamientos que se sugieran desde este campo; no se pararán a escuchar mínimamente lo que se pueda aportar, manteniéndose en sus prejuicios e ideas erróneas, enorgulleciéndose de su desconocimiento y con intención de que en el fondo todo siga igual.

Como consecuencia de todo lo anterior, se deriva que el número de profesionales y voluntarios formados en aspectos de la psicología de emergencia y de la salud mental sea insuficiente como para llegar a producir un cambio de

paradigma que haga posible una cultura sanitaria proclive a ella, y donde exista un número considerable de personas formadas, con experiencia, manejo y sensibilidad hacia la salud mental.

Resultando que no se han explicado:

Los **Factores Psicológicos en las intervenciones:** ¿Cuáles son? ¿Cómo están influyendo? ¿Cuáles son comunes o básicos?. No se ha reflexionado que están incidiendo desde que se activan las unidades, tampoco cómo les afectan los distintos tipos de aviso a los que se van a enfrentar, qué deben observar en el lugar de intervención, cómo valorar el escenario, y cómo actuar ante algunas situaciones.

La **forma de atender e interactuar** con víctimas y afectados apenas se estudia en profundidad. No se analiza cómo están viviendo lo que les esté ocurriendo (pérdida de salud, seguridad, estilo o nivel de vida, etc.), ni qué es lo que le ocurre al interviniente (miedo, ansiedad, estrés, impotencia, etc.); resultando que junto a la premura propia de la intervención y la escasez de tiempo, al tener que atender otras prioridades y necesidades; produzca impotencia, acabando finalmente por obviarlas.

Las **fuentes ansiógenas y/o estresoras:** ¿Cuáles son? ¿Dónde están? ¿Cómo actúan? ¿Cómo influyen? ¿Qué provocan?. No han sido analizados en profundidad, por ejemplo: sirenas, alarmas y pitidos de los aparatos, ruidos o chirridos inevitables, la forma de conducción, las condiciones de frío o calor, la presencia de los intervinientes con sus uniformes, o en el caso de policías ir armados; aparatos como: desfibriladores, equipos de protección individual, vocabu-

lario, comunicación mediante códigos de intervención, argots, forma de dirigirnos a estas personas, la "invasión" de su domicilio por parte de uno o varios servicios que coincidan en el lugar, la pérdida de intimidad, pérdidas materiales que puede ser incluso su medio de vida, miedo a un diagnóstico fatal que puede condicionar su vida o que suponga la posibilidad de que la situación empeore (p. ej. riesgo real de que se produzca la muerte); son claves para poder ayudar y entender lo que le ocurre a la víctima y/o afectados, lograr su cooperación y que haya una solución satisfactoria al problema que originó la demanda de ayuda.

El **distanciamiento emocional y la cosificación** con las víctimas se evitará al conocerse en profundidad todo lo anterior. Es importante reflexionar si existe un hastío del interviniente, si está vivenciando su actividad como una forma de ganarse la vida, sin ningún tipo de apasionamiento por lo que hace y si le ha llegado a resultar algo "*ii carente de sentido !!*". Plantearse si está ocurriendo, reconocerlo en caso de que así fuera y consultarlo con psicólogos especialistas en emergencias; será el primer paso para comprender y entender qué está ocurriendo. Si la cosificación por ejemplo, es una forma de distanciamiento emocional y de defensa para evitar entrar en contacto con el dolor o el sufrimiento de las víctimas al sentirse abrumados ante las necesidades planteadas, impotentes al no saber y/o poder dar una respuesta, asustados por lo que lleguen a decir, o se sientan desbordados ante demandas que en muchas ocasiones no puedan solucionar; debiendo pensar y decidir si les compete a ellos solucionar lo planteado, si conocen los límites de la actuación, su intervención, sus capacidades, etc. lo cual posibilitará reconciliarse, volver

a disfrutar y comprometerse con su actividad.

Aquellos profesionales y/o voluntarios que sí se han interesado por estos aspectos psicológicos de forma más profunda, lo han hecho como mejor han podido con el fin de:

- Ubicarse frente al usuario en la intervención y realizarla éticamente siguiendo el principio hipocrático "Primum Non Nocere", lo primero es no hacer daño, P. ej: Cómo dar malas noticias.
- Ofrecer Primeros Auxilios Psicológicos⁴ (P.A.P.)
- Detectar y entender respuestas tanto individuales (p. ej. curva de la ira) como grupales (p. ej. ansiedad colectiva).
- Poder salir del paso hasta que llegue ayuda especializada o puedan derivar al afectado a un recurso con especialistas adecuados.

Necesidad de ubicar la psicología en la emergencia

Se debe diferenciar entre no exigir tener un vasto conocimiento, experiencia o habilidades en estos aspectos, pero sí es necesario que sean capaces de tener el manejo para poder afrontar algunas situaciones propias de su profesión, voluntariado, desempeño o cometido; muy diferentes entre unos y otros (p. ej. bomberos, transporte colectivo, socorristas acuáticos, etc.). Deben por tanto establecerse los aspectos psicológicos mínimos y comunes que deben tener cada uno de ellos, capacitándolos con formación

⁴ También llamados Primeros Auxilios Emocionales, con el objeto de no crear confusión al pensar los afectados, que quienes los realizan son psicólogos, cuando no lo son.

y entrenamiento, delimitando paralelamente el propio campo de actuación de la psicología en emergencias extrahospitalarias; permitiendo con todo ello hacer frente a las situaciones y adquiriendo progresivamente manejo y soltura de la intervención con estos afectados y/o sus problemáticas; evitando pasar así de un extremo a otro sin exigir lo que no les compete y debiendo evitar intrusismo o difuminar los límites. Es decir, conocer aquellos aspectos psicológicos comunes a todos sean profesionales y/o voluntarios, los que son propios de su profesión o actividad y el momento en donde comienzan a actuar los psicólogos en emergencias.

La psicología en emergencias tiene que hacerse un hueco, ganándose el respeto profesional de los intervinientes en cada intervención que realicen, al igual que les ha ocurrido a otros antes; no dejando pasar por alto comentarios malintencionados y despectivos con intención de ridiculizar al profesional o al colectivo de psicólogos en emergencias. Deben integrarse plenamente en los escenarios ayudando a las víctimas, afectados e intervinientes; aportando sus conocimientos, habilidades, formación, visión, ideas..., y enriquecerse de lo que les puedan enseñar los demás integrantes asumiendo también responsabilidades; lo cual redundará en servicios de máxima calidad. Logrando así, que de forma generalizada se tome conciencia de la importancia de que esté presente la psicología en la urgencia reconociendo lo que aporta, viendo sus potencialidades, capacidades y complementariedades frente a las limitaciones de los demás ante algunas intervenciones.

Por ejemplo: Una intervención en la que coinciden sanitarios, bomberos, policía local y guardia civil; ante una persona precipitada al vacío y en donde por el estado del cuerpo nada se puede hacer; si se sensibiliza a los intervinientes, se puede ver que la intervención no ha finalizado,

pues hay otra persona, unos pisos más abajo de donde ha caído el fallecido; asomada a la terraza de su vivienda y paralizada; plantearse que posiblemente haya visto caer la persona por delante suyo y precipitarse contra el suelo; los intervinientes poco podrán hacer, **pero sí los psicólogos en emergencias**, tanto por el testigo como por la familia del fallecido estén o no presentes, y por otras personas en la escena que resultaran afectadas.

La ausencia generalizada de estos profesionales de la psicología en las emergencias, deja huérfanos a aquellos que los necesiten, como por ejemplo en situaciones de alto impacto emocional: fallecimiento inesperado de un hijo sano mientras hacía deporte, suicidio, violación, homicidio, ruina económica, etc., debiendo saber cómo actuar en estos casos, qué no hacer y cómo colaborar con otros profesionales o voluntarios; o en caso de existir (los psicólogos de emergencias) y mientras estos llegan al lugar, poder hacerse cargo de la situación.

Es importante saber que las intervenciones y los aspectos psicológicos afectan a todos los que están implicados, ya sea de forma presencial (in situ) o no (Centros coordinadores): locutores, víctimas, intervinientes, equipos, testigos y solicitante de ayuda. Su actividad puede repercutir también en otras esferas de su vida (laboral, familiar, organización, etc.); no saberlo, negarlo o eludirlo puede tener graves consecuencias e incluso llegar a serlo de forma vital.

Una observación importante: integrar a los nuevos intervinientes desde el principio

Los intervinientes al incorporarse en el ámbito de la emergencia, vivirán un choque cultural con la "nueva" cultura extrahospitalaria que les obliga a adaptarse a la organización y equipos

a los cuales se integren: con sus costumbres, lenguajes, ritmos, horarios, rutinas, etc.; pasando por distintas fases: adaptación, asimilación, acomodación, integración..., como se puede observar en inmigrantes e incluso en los pacientes cuando ingresan en un hospital.

En las organizaciones (y su cultura organizacional) existen distintos principios, valores, ideas, creencias, intereses, filosofía de trabajo a desarrollar o el lugar que ocupa el usuario..., pudiendo estar de formar explícita como ocurre con los Principios Fundamentales de la Cruz roja: Humanidad, Imparcialidad, Neutralidad, Independencia, etc., o no explicitado; pero se deben saber, conocer y reconocer por su importancia a nivel personal y/o como interviniente, p. ej.: si se comparte o no su filosofía, lo cual es primordial porque ayudará a entender y desempeñar su cometido. No hacerlo hará que el interviniente esté desenfocado y los cimientos sobre los que construir, no serán sólidos.

Por ello, es importante que exista en las organizaciones un **"libro blanco"** o documento donde se dé la bienvenida a las nuevas incorporaciones, informándoles y orientándoles sobre lo que se espera de ellos y en éste proceso; desde los aspectos teóricos: filosofía, visión, misión, valores, intereses, derechos, deberes, uniformidad, normas de convivencia, etc., a prácticos: cómo solucionar y afrontar los problemas más frecuentes, dudas habituales y cómo solventarlas, a quién dirigirse y vías para hacerlo ante hipotéticos problemas que pudieran surgirles, cómo solicitar permutas o libranzas, responsables inmediatos, cómo notificar un retraso a la incorporación del servicio, etc.; y lo que se espera con su incorporación a la organización, su intervención, con el equipo y en la intervención con otros.

II. ¿Cómo intervenir?

Lo primero será orientarse en qué fase del desarrollo de la intervención van a participar los profesionales y/o voluntarios, recabando toda la información posible de que se disponga; la cual debe ser suficiente, significativa y de calidad como para permitir hacerse una idea de lo que está ocurriendo, a qué situación se van a enfrentar, dónde, en qué escenario van a intervenir; y establecer si se hace en una urgencia, emergencia, catástrofe o desastre; para con toda esa información poder ubicarse en dicha intervención, preparándose mentalmente para actuar y posteriormente proceder a hacerlo. En esta primera parte el acento está puesto en escenarios de urgencias y emergencias.

Orientarse en la intervención

Para orientarse se deberá diferenciar cuatro grandes etapas o eslabones que conforman la cadena de intervención.

Etapas o eslabones

El incidente: situación que va a activar a algún servicio de emergencias. Son los primeros momentos en donde ocurre algo, alguien lo notifica y la información muchas veces es escasa, confusa o incluso contradictoria; en ese momento las personas deben prepararse para intervenir.

La intervención inicial común a todos, en donde con las características mencionadas e incidentes variados para enfrentar; habrá que intervenir siendo conscientes de convivir con la incertidumbre, especialmente por aquellas personas que intervengan de manera habitual

en las emergencias. Iniciándola: Población general sin formación en emergencias (p. ej. guiada telefónicamente) o con ella (situación cada vez más frecuente, pues la población al ser un delito la omisión del deber de Socorro, artículos 195 y 196 del código penal en España, acaban teniendo formación y conocimientos a través de p. ej. formación en riesgos laborales en sus empresas que aborden situaciones de urgencias, talleres de primeros auxilios, cursos de R.C.P. básica...), voluntarios que realizan su actividad en dispositivos de emergencias, Profesionales de distinta índole que interviene en ella con distinto grado de conocimientos y experiencias en este campo. Todos seguirán la conducta P.A.S. (Proteger, Avisar, Socorrer) que posteriormente se explicará de forma detallada.

La intervención no psicológica de profesionales y/o voluntarios, que incluirá la conducta P.A.S., pero con matices propios en función de su voluntariado, profesión y la función que vayan a realizar en la misma.

La intervención psicológica, estaría originada por aquellas situaciones en las que se detectara la necesidad de que intervengan, o bien, esté de forma protocolizada las situaciones en las que se les active para intervenir.

No se puede olvidar que en cada etapa las medidas que se tomen o no, así como las actitudes, comentarios, forma de trabajar, de proceder, de tratar..., van a condicionar su intervención y la de otros eslabones. Se debe **evitar protagonismos**, egos y corporativismos que dificultan la colaboración entre intervinientes y servicios. La emergencia es un trabajo en equipo en donde cada eslabón de la cadena de intervención cumple su función; la cual no es más ni menos importante que la de los demás.

La cadena de intervención

La visión de este trabajo en cadena nos permitirá comprender muchas de las reacciones que los afectados tengan; debiendo tenerlo presente al informar a otros intervinientes que se incorporen a la misma actuación, al derivar a la persona a otros servicios y al recibir dicha información de otros; para poder continuar la intervención. Siendo el trasvase de información un momento crítico por la cantidad de datos, matices, sospechas e impresiones que se pierden al no ser siempre conscientes de que su intervención finaliza; pero continúa por otros, y lo que no se haya dicho se perderá al no volver a tener contacto con el afectado. Esto es sumamente importante porque un alto porcentaje de las urgencias ocurre súbitamente en los domicilios, no dando lugar a modificar, mejorar o alterar el escenario donde acontecen; accediendo e interviniendo los servicios de emergencias finalmente, en un espacio privado, íntimo y protegido (Entre otros por la constitución, la inviolabilidad del mismo es un derecho fundamental) que dará muchas impresiones e información clave para comprender lo que le ocurre al afectado y donde es posible que nunca más vuelvan a entrar en el mismo otros niveles asistenciales. Debiendo quedar claramente reflejadas las impresiones en esa primera ocasión, porque en el caso de que se repita volver a intervenir, el alertante y/o la víctima estarán preparados para reaccionar y modificar el escenario o responder ante aquello que puedan llegar a preguntarles; desvirtuándose todo (p.ej. víctimas de violencia de género). Se debe trasladar esta información a través de los distintos eslabones de la cadena en beneficio del usuario pero sin romper la confidencialidad, el secreto profesional, ni la confianza de los afectados; no siendo así sólo testigos privilegiados, sino que podrán proteger y ayudar a las víctimas realmente.

Una observación a modo de reflexión: antiguamente algunos informes sanitarios tenían una parte que no era visible para el usuario y donde hubo dudas de si era legal y formaba parte del mismo. Solían tener dichos informes tres hojas: la primera donde se escribía; que era para el hospital, y dos más que se calcaban de la anterior; una para el paciente y la última que se archivaba en la organización de emergencias; ésta última copia era de un material más fuerte, sobre el que se apoyaba al escribir; parecido al cartón, por su parte trasera daba la posibilidad de reflejar observaciones relacionadas con la intervención. Habría que replantearse si quitarlo fue o no, una buena decisión, y si se tendría que articular algún mecanismo similar para aquellos casos donde existan indicios y sospechas que nos dá el propio medio pero que, sin embargo, objetivamente no son suficientemente consistentes como para llegar a denunciarlo y que al no poder trasladar estas sospechas a otros niveles asistenciales (eslabones de la cadena), hará que la información se pierda y la víctima siga siéndolo, no se le preste ayuda de forma completa por otros que continúen la intervención al estar su actuación desenfocada, con el riesgo de dejarla indefensa, sin seguimiento, y con un gran malestar en los que han intervenido.

1º El incidente

Características del incidente

Su importancia radica en que existen factores y circunstancias con alta probabilidad de provocar afectación en todos los intervinientes, afectándoles a ellos, su labor, su distancia terapéutica, su objetividad, su toma de decisión y al curso de la intervención; debiendo diferenciar:

Tipo de intervención⁵

Avisos donde se hayan producido:

- Accidentes con múltiples víctimas/desastres.
- Resultados negativos tras intensos esfuerzos.
- Intervenciones que originan lesiones o muertes en afectados o terceros.
- Muertes o lesiones traumáticas en niños.
- Incidentes con excesivo interés por parte de los medios de comunicación.
- Víctimas conocidas del interviniente.
- Lesiones graves en compañeros.
- Suicidios de compañeros.
- [Algunos] eventos concretos con un especial impacto en un personal concreto.
- Etc...

Situación de emergencia⁶

- Tipo de Emergencia: mayor impacto los tecnológicos que los naturales, generando una gran cólera al considerarse que tal vez pudo evitarse.
- Si ocurre de día o de noche: los nocturnos provocan más víctimas y problemas emocionales, las personas suelen estar dormidas y su respuesta inicial es más lenta y confusa, pudiendo tener estas respuestas consecuencias negativas....
- Duración: por la exigencia de trabajo en días de intervención.
- Proximidad con la situación traumática: recoger cadáveres, rescate, víctimas conocidas.
- Etc...

[Sin olvidar que aquellos provocados por

5 Mitchell, 1983; Mitchell y Bray 1990 Cruz Roja Española. (2001). Estrés de los intervinientes en emergencias. Madrid.

6 Cruz Roja Española. (2001). Estrés de los intervinientes en emergencias. Madrid.

el hombre producen un alto impacto emocional (P. ej. Atentados...)].

Contexto de trabajo⁷

- Cohesión grupal.
- Apoyo Intragrupal.
- Conocimiento de las funciones y tareas encomendadas.
- Grado de satisfacción de necesidades básicas: alimentación, higiene, alojamiento.
- Seguridad personal.
- Adecuación de actividades y perfiles.
- Conocimiento previo del campo de actuación.
- Coordinación interinstitucional e intrainstitucional.
- Escasez y/o excesivos recursos humanos y materiales.
- Presiones de trabajo.
- Existencia de conflictos.
- Turnos de trabajo inadecuados.
- Fracaso con relación a los objetivos propuestos especialmente si es por descuido y/o cansancio.

Características del Interviniente

Factores individuales y experiencias vividas que pueden predisponer a sufrir un mayor impacto ante una situación de emergencia.

Factores personales⁸

- Inclínación al perfeccionismo.
- Excesiva responsabilidad.
- Generar altas expectativas en las intervenciones.

⁷ Cruz Roja Española. (2001). Estrés de los intervinientes en emergencias. Madrid.

⁸ Cruz Roja Española. (2001). Estrés de los intervinientes en emergencias. Madrid.

- Idealización de la ayuda que se presta a las personas vulnerables.
- Búsqueda de sensaciones y asunción de riesgos.
- Búsqueda de gratificación inmediata.
- Minimizar los resultados que se obtienen, aumentando la sensación de impotencia.
- Dificultades para decir "no" a determinadas tareas.
- Baja autoestima.
- Falta de motivación.
- Inseguridad.
- Inadecuados y/o escasos mecanismos de afrontamiento.
- Dificultades para mantener relaciones sociales.
- Escaso desarrollo de Habilidades Sociales.
- Falta de Equilibrio emocional.
- Poca tolerancia a la frustración.
- Condiciones físicas.
- Etc...

Experiencias personales⁹

- Experiencias de fracaso en intervenciones anteriores.
- Vivencia de situaciones similares que no estén elaboradas y que tienen muchos aspectos comunes con las que están experimentando las víctimas.
- Estar atravesando en el momento de la intervención, algún acontecimiento personal que influye en el estado físico y mental.
- Carecer de una red de apoyo familiar y social consistente.
- Antecedentes familiares con alteraciones psicopatológicas.
- Etc...

⁹ Cruz Roja Española. (2001). Estrés de los intervinientes en emergencias. Madrid.

2º La intervención inicial

Se caracteriza por ser común a todos aquellos que vayan a intervenir sean profesionales, voluntarios, población general con conocimientos en primeros auxilios o población general a la cual se guíe como ocurre p. ej. con las indicaciones que se dan por el centro coordinador a través del teléfono a personas que solicitan la ayuda.

El tipo de intervención que en este documento se desarrolla es principalmente la de tipo presencial, in situ, reconociendo la importancia de aquellos que intervienen en la distancia y la dificultad de hacerlo así; no siempre apreciada y valorada por los afectados e intervinientes, teniendo la idiosincrasia de no ver el escenario, la escena, el lenguaje corporal, pérdida de matices como los olores..., y cuya labor va mucho más allá del simple consejo sanitario, debiendo guiarse por la información auditiva y las características de tono, ritmo, silencios, pausas, etc.

¿Cómo iniciar la intervención?

La intervención propiamente dicha comenzará en el momento en que tengan conocimiento de un suceso donde vayan a intervenir. Dicha petición de ayuda podrá realizarse de dos maneras: **infoLa petición informal:** Es el requerimiento en el cual se informa directamente a los intervinientes por canales o procedimientos no ordinarios, a través de cualquier persona que acuda hasta la base (lugar de descanso) donde estén ubicados, e incluso personal de otros servicios de emergencias que necesiten su presencia al verlos casualmente por la calle; debiendo inmediatamente, comunicar esta situación y trasladando la información de lo que ocurra al centro coordinador de emergencias o a la persona responsable para:

- Saber que los intervinientes no están operativos.
- En caso de que alguien solicitara ayuda paralelamente al servicio de urgencias para acudir al mismo suceso; no duplicar recursos enviando al lugar más personal pudiendo ser necesarios en otra emergencia.
- Enviar más recursos en caso de que por la información que se haya facilitado, se determine de entrada que el número de intervinientes son insuficientes, o necesiten apoyo de otros servicios; evitando con ello perder tiempo a veces vital y/o que la situación se agrave.

Ante este tipo de peticiones informales es muy importante destacar que cualquier interviniente debe **abstenerse de actuar sólo**; no es infrecuente que en las escasas ocasiones en la que alguien del equipo se separe momentáneamente de sus compañeros por ejemplo, para hacer una llamada telefónica en un momento de asueto, o acudir al vehículo de intervención a recoger algo que se haya olvidado, surja la situación en donde cualquier persona le reclame ayuda para intervenir inmediatamente, ante algo que considera grave; sea o no así, y sea o no algo para lo que está capacitado (p. ej. pidiendo intervenir en un incendio con atrapados, a un sanitario). El interviniente debe tener claro que tendrá que aguantar la presión (P. ej. ruegos, llantos, etc.) y no dudar respecto a si ¿debe acudir o no? ¿si es ético no ir?...; llegando a soportar una presión social importante, al ver la persona que está reclamando la ayuda, que el interviniente no sale corriendo al lugar como esperaba; y al sentirse frustrado, responder él u otros transeúntes: con insultos, amenazas, culpabilizaciones, etc.; entendiendo que hay una denegación de auxilio cuando no lo es.

- Debe ser una máxima por parte de todas las personas que actúan en emergencias, que en ningún momento ninguno de los intervinientes puede estar sin localizar por parte de resto de sus compañeros mientras dure la guardia. No cumplir con este acuerdo tácito puede llegar a ser vital, y calificarse de imprudencia grave:
- Dando todos por supuesto (Centro Coordinador y demás miembros del equipo) que están operativos para intervenir; cuando no lo están.
- Produciendo una situación angustiosa al desconocer la ubicación del compañero, ¿a qué se debe su ausencia? y si le puede estar pasando algo.
- Obligándoles a perder tiempo en su búsqueda y demorando injustificadamente la salida hacia el incidente.
- Creando al equipo un dilema por las repercusiones desagradables que informar o no; pueda tener, pudiendo afectar a su situación laboral y/o sea motivo de apertura de un expediente a uno y otros; al poder ser encubridores de ello.
- Manteniendo la esperanza de que aparezca la persona de un momento a otro, y además, sin saber el retraso de su intervención y la demora de su ayuda que aparentemente ya está en camino; qué implicaciones ético-legales pueda acarrear.
- Teniendo además que determinar el momento en el que tendrán que explicar lo que sucede; para que envíen finalmente a otro recurso.

Por ello es importante:

1. Avisar a los compañeros de lo que está ocurriendo, con los datos que le hayan transmitido.
2. Avisar al centro coordinador, responsables del dispositivo, etc., de la situación presentada y esperar órdenes; pues puede que tengan información que les haya llegado por otras vías (p. ej. que haya habido una reyerta en la zona), y pudiendo estar relacionados ambos sucesos; se esté enviando otros recursos para asegurar la zona.
3. Acudir el equipo completo cuando lo autoricen de forma conjunta hasta el lugar.

Pues no hacerlo así implicaría intervenir de forma:

- *Insegura*: P. ej. el riesgo de quedar aislado al entrar de buena fe en un domicilio y quedar encerrado y sin escapatoria con una persona con patología mental grave, armada, agresiva, etc.
- *Indefensa*: P. ej. ser agredidos o encerrados, sin poder avisar ni ser ayudado ni defendido por los compañeros y otros; al no saber lo que está ocurriendo.
- *Aislada*: P. ej. amenazarle con ser agredido si intenta coger el móvil, walkie talkie...; quedando incomunicado.
- *Desprotegida*: P. ej. ser acusados de flirteo, acoso, robo...; con la dificultad de no contar con los compañeros como testigos.
- *No resolutiva*: P. ej. Que ante un suceso grave, éste desborde la ayuda que brinde un solo interviniente, retrasando la ayuda efectiva hasta el momento en que se dé cuenta de ello y finalmente la pida.

- *Descoordinada*, en definitiva.

La petición formal: Es la activación de los recursos a través de los procedimientos y canales establecidos (P. ej. centro coordinador), facilitando a los intervinientes la información necesaria o de la que se disponga hasta ese momento para poder intervenir, intentando ampliarla mientras se dirigen al suceso y debiendo conocer si actuarán autónomamente o será con ayuda de otros; lo cual puede ser un indicador de mayor gravedad o complejidad. Permitiendo hacer una composición de la situación que van a enfrentar, hacerlo en condiciones seguras y orientarse en la intervención. Debiendo exponer aquellas dudas que pudieran surgirles o sugerir incluso si hay otro recurso disponible más cercano; ante un tiempo de respuesta excesivo. Si han solicitado presencia policial; ante una reyerta. Si han notificado el cese del tráfico ferroviario; ante un arrollado. Si la empresa de energía eléctrica ha cortado el suministro; ante un electrocutado, etc.

El desplazamiento hasta el lugar: Es una fase de transición en donde el peso de la intervención y la información, se van desplazando del centro coordinador a la dotación que se envía para intervenir presencialmente; finalizando la transición, al llegar al lugar y contactar con el afectado y/o la persona que reclamó la presencia.

Los intervinientes deben ser conscientes y saber manejar en función de sus intereses y/o de la intervención, que podrán apoyarse o no en los estímulos visuales (rotativos) y/o sonoros (sirenas, altavoces externos); como por ejemplo avisar de que están en la zona pero no consiguen acceder al lugar; con la sirena.

La llegada al lugar: Tendrá que ser comunicada al centro coordinador que los haya acti-

vado para que tengan constancia, dejando el vehículo en la zona más próxima segura posible, sin interferir ni obstaculizar siempre que se pueda: accesos a edificios, circulación de otros vehículos, deambulación de personas...; pero de forma que facilite al máximo el acceso en caso de ser agredidos, tener que abandonar el escenario rápidamente, traslado de heridos, detenidos..., y la posible derivación a otro recurso; no retrasando con ello la intervención ni la evacuación.

Deben saber cuáles son las características que tienen los principales escenarios en donde lleven a cabo su intervención, destacando cuatro de ellos que son los principales y en donde a veces surgen problemas de tipo territorial, de dominación, de poder, etc. Estos son:

- **El domicilio:** Es el lugar en donde algunos afectados en ocasiones se sienten con cierto poder para determinar cómo tratar a los intervinientes e intentan influir o dominar la intervención, cuestionando las decisiones producto del miedo y la ansiedad que genera la irrupción en su espacio íntimo y privado, sintiendo la presencia de los intervinientes como una intromisión en ella ya que son desconocidos cuya presencia puede no ser deseada por lo que representan, pues ellos simbolizan la existencia de su problema o de un ser querido; y a la vez, tampoco quieren que se marchen por que el problema no está solucionado. Su presencia los hace sentir vulnerables y amenazados, y más, mientras más se prolongue la intervención y con ello su estancia en el mismo. Esto se debe tener en cuenta para entender algunas dinámicas que se establecen en algunos domicilios, caracterizadas por ambivalencias e incoherencias.

Existen tres tipos de intervenciones que se tornan agotadoras y poco fluidas; especial-

mente en contextos domiciliarios, por las respuestas que dan las víctimas y/o los familiares y que tienen una base común:

- > Con algunas personas de Nivel Social Alto, que ante la más mínima contrariedad, al rechazar sus exigencias o ver que la intervención debe seguir unos cauces iguales para todos e independientemente de quien se sea; amenazan con demandas, quejas o reclamaciones; no aceptando las indicaciones y exigiendo incluso que se marchen los intervinientes del escenario sin haber comprendido la gravedad de la situación, o aceptándolas de mala gana.
- > Con personas de Nivel Socio-Cultural Bajo, que responden con agresividad verbal y gestual, al hacerlos ver que las soluciones que quieren no son posibles y las cuales son en muchas ocasiones imposibles, irreales, fantasiosas; muchas veces con componentes mágico-religiosos como p.ej. pedir que le operen en el domicilio, o que se reanime a una persona que lleva varios días muerta; acusando a los sanitarios de forma más o menos velada, de que tienen la capacidad de revertir ésa situación y mejorar al afectado hasta dejarle de forma muy similar a como estaba antes de empezar el episodio que hizo llamar a urgencias; pero, que los intervinientes no quieren hacerlo por situaciones que ellos determinen: como intereses ocultos, racismo, xenofobia, clasismo, etc.; llegando generalmente a aceptar la solución planteada inicialmente pero sólo aparentemente, persistiendo en sus ideas en el momento en que aparezcan en el lugar otros dispositivos que apoyen o continúen la intervención como por ejemplo:

ambulancia básica, voluntarios, policía etc., también buscando aliados en familiares y vecinos, e incluso con la persona que lo recepciona en el hospital. Manejar esta situación donde la negación está presente, es muy complejo; se debe tener mucho tacto, ser pacientes y cuidadosos con el lenguaje corporal; por el riesgo de que se desborde, llegando a la violencia física.

- > Con personas de algunas Tribus Urbanas con perfil anti-sistema, que cuanto más grave sea la situación más dependerán de los servicios de emergencias; lo cual les representa una contradicción, no aceptando a los intervinientes al considerarlos como miembros de un supuesto sistema opresor, vivenciando la situación como una relación desigual de poder y asimétrica; sintiéndose atacados, y cuanto más sientan esa dependencia mayor es su ambivalencia, presentando actitudes regresivas, gran tensión, agitación, cambios constantes en sus comportamientos y decisiones con respecto a tratamientos y/o traslados, no escuchan ni miran a la cara del interlocutor, no responden a preguntas directamente, cambian de tema, buscan el teléfono móvil, llaman a voces a sus amigos etc. Siendo habitual que la resolución del incidente sea no aceptar lo que se proponga, se marchen súbitamente sin firmar el alta voluntaria, acaben por llamar nuevamente a urgencias, o acudan por su propio pie al centro sanitario al cabo de unas horas. Se debe evitar hacer bromas, usar el humor o reírse con intención de bajar la tensión; por la suspicacia que manifiestan y el riesgo de que súbitamente aparezca la violencia verbal y/o física.

- **La vía pública:** que siendo inicialmente un espacio neutral, sin embargo, es altamente inestable e impredecible y puede tornar hostil; en la cual los intervinientes están expuestos al contagio emocional muchas veces producido por una única persona que contamina el clima, debiendo considerar siempre la probabilidad de ser agredidos y prever la posibilidad de escape; al tener que abandonar el mismo, al ser increpados y amenazados, o ser protegidos por seguridad y sin ninguna causa objetiva que lo justifique. Además no es infrecuente que algunas personas que transiten por ella, se sientan con cierto grado de impunidad para insultar, amenazar... sobre todo si hay un grupo que los alienta.
- **La carretera:** que suele ser muy estresante por el tipo de intervención que se realiza; principalmente accidentes con alto número de implicados, impacto visual de la escena, estado de los heridos, riesgos al intervenir; y las condiciones que lo rodean, como son las climatológicas, visuales, presencia de aceite en la calzada, circulación cortada parcialmente, el sonido de las sirenas, rotativos, varios servicios en el lugar, etc., lo que a su vez produce el "el efecto mirón" que hace que las personas mientras conducen y por curiosidad; se focalicen en la intervención, poniendo en riesgo la vida de los intervinientes al no darse cuenta que se dirigen hacia ellos.
- **El vehículo asistencial:** que se convierte en ocasiones en un lugar seguro donde dar refugio y estar resguardado, permitiendo cierto grado de intimidad y distanciamiento físico y psicológico del evento, como por ejemplo: de amenazas, insultos, provocaciones, etc., debiendo lograr para las víctimas hacer cálido un sitio que no lo es; no sólo con las actitudes, aptitud-

des, trato y tacto de la persona, sino manejando el habitáculo, eliminando estímulos sonoros (sirenas), visuales (luces), adecuando la climatización (frio, calor), etc... Una observación a tener en cuenta son los **Recursos** donde se derive a la persona atendida; que suelen ser lugares que se viven como aliados y de contención emocional y física, en donde pedir ayuda, opinión, delegar... ante la situación que plantee la persona derivada.

En el escenario: Deben caminar rápido, de forma decidida y continua "*hacia él corazón de la emergencia*"; pero sin correr, para no crear alarma ni despertar curiosidad y ansiedad a personas que estén ajenas a la intervención, y protegiendo la intimidad de los afectados; debiendo recabar la información que precisen para poder acceder a la persona que necesita ayuda, sin dar información a terceros pero analizando cualquier otra que llegue sin haberla pedido (p. ej. pareceres y opiniones de vecinos), observando simultáneamente el estado de ánimo de las personas del lugar y el estado del foco de intervención hacia donde nos dirigimos; teniendo en esos momentos iniciales que empezar a realizar una composición de lugar sobre lo que ha ocurrido, a lo que se van a enfrentar, qué creen que van a tener que hacer y necesitar, aliados potenciales, vías de escape en caso de huida, si el entorno es o no seguro, si la dotación es o no suficiente como para poder solventar la situación planteada, sin van a necesitar ayuda de otros dispositivos al estar sobrepasados, peligros existentes que aconsejen no intervenir, etc.

Al contactar: Llegando al lugar del incidente puede ocurrir; que simplemente con su presencia y sin que haya habido ningún tipo de interacción; reciban sin motivo aparente, hostilidad por parte de aquellos que solicitan su ayuda y

a los que van a ayudar; debiéndose plantear a qué pueda ser debido y si puede ser que:

- La persona que alertó no haya sabido transmitir la gravedad de lo que está ocurriendo, dado la ubicación incorrecta del lugar, etc...
- La persona que recibió la llamada no haya comprendido alguna información dada, haya pasado por alto detalles importantes, o no haya sabido o podido apreciar la gravedad de lo que ocurre, se haya hecho una idea errónea de lo que están diciéndole...
- Ha existido una mala interpretación por parte del alertante en la forma en que se le habló (p. ej. tono de voz), el trato dado (p. ej. no dejar que se explaye), dirigirse (p. ej. paternalista, directivo, dubitativo, etc.), de atribución de intenciones al hacer preguntas (p. ej. al preguntar por consumo de drogas, edad, etc.), o considerar que se le ha tratado de forma descortés (p. ej. al hacerles ver la incongruencia de algo en lo que se están contradiciendo)... Encontrándose en estos tres casos, inmersos en las siguientes situaciones posibles que son difíciles de manejar; al no conocer, quiénes son los que están, ni qué tipo de reacción puedan tener; lo cual provoca diferentes niveles de estrés en la interacción:
 - > La primera: con un nivel de estrés alto, pero que permite dejar claro que en ningún momento han hablado con ningún miembro de la dotación, pues lo han hecho con un centro coordinador, pudiendo indicar la hora exacta a la que se les ha activado y el tiempo que se ha tardado en llegar, e indicando que en ese momento lo más importante es atender al afectado y ver si lo que le está ocurriendo es grave; solicitando su colaboración

y señalando que posteriormente hablarán de lo que les estén diciendo, para aclarar qué ha podido ocurrir; sin incidir más en ello ni perder tiempo.

- > La segunda: con un nivel de estrés mucho más elevado; en la que se debe decir de forma respetuosa pero tajante, que nos indiquen donde está el afectado y que cuando esté fuera de peligro se hablará con ellos; dando por zanjada la comunicación. Generalmente al postergar la conversación, considerarán que habrá tiempo para ello, y con el inicio de la actuación de los intervinientes y verlos que están en acción, brindando la ayuda; suelen dar por zanjadas las discrepancias. Controlada la situación, quien haya increpado, gritado... suele cambiar de actitud, pedir disculpas sinceras e incluso, desaparecer del lugar al sentirse avergonzados por su comportamiento
- > La tercera: excepcionales; en donde las posibilidades de diálogo son nulas y en las que se llega incluso a intentar agredir físicamente. Se debe desde pedir protección policial, incidiendo en la gravedad de lo que está ocurriendo, abandonar el lugar retirándose de la escena, e incluso hacerlo sin llegar a contactar; si son recibidos con piedras, palos, intentos de volcar el vehículo, etc.

Especialmente en ese momento inicial, al contactar con el usuario y/o familia, vecinos, testigos... se debe ser sumamente escrupuloso con su presencia, trato y saber estar, ser inicialmente neutros y asépticos en la interacción; porque mientras se "aclimatan", un gesto o una pregunta impertinente puede desencadenar situaciones complicadas de manejar producto del estrés; debiendo conseguir mantener el equili-

brio entre lo que tienen que hacer y necesita el afectado, y lo que éste demanda y cree que necesita de ellos; sumándose a esto, las necesidades y deseos por aquellos que están también presentes en el escenario (familia, vecinos, espontáneos...); e interviniendo de tal forma, que no se incrementa su ansiedad y miedos, no entrar en provocaciones y lograr la cooperación de todos.

Una situación excepcional es la producida por personas que quieren colaborar a toda costa y lo manifiestan, presentando una gran ansiedad y a las que no se puede atender ni escuchar; pero que están sufriendo y sin querer están interrumpiendo el normal desarrollo de la intervención, dificultando las posibilidades de supervivencia del afectado; mientras los intervinientes están en una situación muy complicada y todos ocupados, no pudiendo atenderlo y ayudarlo en ése momento, llegando incluso a impedir la comunicación entre los miembros del equipo sin ninguna mala intención en su actitud. En estos casos si el equipo lo considera necesario, se puede pedir su colaboración para realizar una tarea irrelevante que los mantenga ocupados y distraídos, no debiendo en ningún caso hacerlo con intención de ridiculizarlos. Es muy importante destacar que este sería un recurso excepcional ante personas que quieren ayudar y que no saben quiénes son, cuál es la causa de la ansiedad que hace que se comporten así, y prever su respuesta en caso de averiguar nuestra intención; al pedirle una colaboración ficticia, por el riesgo de que se sientan humillados u objeto de burlas por parte de aquellos que jamás pensarían que lo hicieran; y como consecuencia de ello, responder de manera imprevista como p. ej. agresión, intento autolítico, etc. siendo un recurso excepcional en un contexto extrahospitalario muy adverso; pero éticamente cuestionable.

La conducta P.A.S.

El acrónimo P.A.S. (Proteger, Avisar, Socorrer) hace referencia a una conducta secuenciada aparentemente simple, pero de una lógica aplastante; con ella se guiará toda aquella persona que intervenga en una emergencia, se logrará que la ayuda llegue a buen término, se impedirá que la situación de emergencia se agrave, protegiendo la vida propia y/o de terceros. Sería un error alterar dicho orden, pues con ella se empieza a **crear orden donde antes había caos**.

Generalmente sí se explica la conducta P.A.S. en las actividades formativas básicas, aunque lo suelen hacer de forma breve como puede verse en cursos de socorrismo, talleres de primeros auxilios, formación en RCP básica...; explicándose de forma general, sin mucha profundización, aunque acorde a la duración y objetivos del curso; curiosamente a medida que pasa el tiempo y se tiene más experiencia, dicha conducta P.A.S. se da por sabida, entendida e interiorizada en todas las actividades formativas más avanzadas como son: los cursos de perfeccionamiento; llegando el momento en donde directamente, o no se menciona o se hará someramente, de pasada, casi como algo protocolario pero sin más análisis ni profundización; quedando de esta forma sin desarrollar en toda su potencialidad; lo que permitiría que las actividades formativas fueran mucho más potentes, las intervenciones más seguras, y por extensión una cultura proclive a la prevención de riesgos laborales, interviniendo con ello de forma mucho más protegida y haciéndolas más contundentes.

Como esto ocurre de forma generalizada, la base teórica de ésta conducta P.A.S., es la que se adquirió en la formación más básica; teniendo así a todos los profesionales con una for-

mación teórica en esta conducta, similar a las personas con una formación básica.

La parte práctica de la conducta P.A.S. se apoya en la experiencia que cada uno vaya adquiriendo a medida que vaya desarrollando su actividad, pero quedan los conocimientos circunscritos a su campo de actuación de forma endogámica (voluntariado, seguridad, sanidad...), perdiendo la posibilidad de incorporarla a un acervo de la cultura de la emergencia y de integrarla en los cursos. No existiendo por ello de forma generalizada un trasvase formal de la práctica (experiencia), a la teoría (aulas); salvo en algunos servicios por la importancia de ello (p. ej. bomberos), pero donde mayoritariamente se está perdiendo la oportunidad de crear una base común a todos los servicios para integrar, reflexionar, compartir y enriquecerse de las ideas de cada uno; aprovechando contextos más relajados como son las aulas donde se realicen cursos, fomentando el intercambio de ideas y experiencias, o hacer sesiones de análisis de casos; y también, comentar en el propio lugar de la intervención o finalizada la misma, los aspectos positivos y negativos, con objeto de mejorar todos y crear una cultura de superación y no competitiva.

Por su importancia debe reflexionarse y detectar cuáles son las necesidades existentes en cada colectivo, qué carencias hay al intervenir, qué ideas erróneas se tienen...; dando la oportunidad de contrastarlas y corregirlas para no exponerse a riesgos de forma innecesaria, desprotegida...

Además tal y como están planteadas las cosas y donde la presencia de la psicología es testimonial; queda huérfano este campo para ellos y sus intervenciones, sin ser conscientes de todo lo que esta puede aportar al resto de los intervinientes en su formación, preparación, capaci-

tación, valoración de análisis, riesgos, toma de decisiones, entender qué le ocurre al usuario, a ellos mismos, a sus compañeros...; **debido para ello profundizar, desarrollar y ampliar la conducta P.A.S.** (incluidos los P.A.P.) **en toda su potencialidad**, como se sugiere a continuación:

A) Proteger

Deben tener interiorizado que no pueden correr ningún riesgo innecesario o incontrolado y deberán tener garantizado un grado razonable de protección. Como todos los intervinientes harán la conducta P.A.S, se estarán protegiendo mutuamente, iniciándose esta protección al realizar un análisis del escenario, antes de entrar en él y perder la perspectiva del sitio; pasando de ser observadores a actores. Para ello se debe haber estudiado, analizado, e incluso vivenciado con simulacros que favorezcan hacerlo automáticamente; lo cual permitirá saber cómo actuar ante sucesos excepcionales, sorprendidos y/o en los que el tiempo de respuesta sea prácticamente nulo. Un ejemplo de ello sería encontrarse sorprendidamente con una estampida de personas con las cuales siendo imposible dialogar, sí se puede aprovechar el reconocimiento social de su labor e influir en la masa, dirigiéndolos hacia espacios abiertos y entornos seguros, alejándolos del peligro y logrando de esta forma salvar el mayor número de personas, reduciendo el número y/o gravedad de víctimas y afectados¹⁰.

Pero para ello debe haber psicólogos de emergencias a los que les hayan impartido en su formación, aspectos como el mencionado; basa-

10 Reflexipedia. El comportamiento humano en situaciones de pánico colectivo. https://www.youtube.com/watch?v=QrMiTGs_dIM

dos en conocimientos científicos y en materias como la psicología social, del pensamiento, del lenguaje, transcultural, la comunicación no verbal...; aplicada y/o adaptada a los contextos de emergencias extrahospitalarias.

- **Análisis del escenario**

- > **Tres preguntas iniciales**

Los intervinientes al llegar al lugar del suceso y antes de iniciar su intervención deberán preguntarse a sí mismos y en este orden:

- ¿Existe peligro para mí?
- ¿Existe peligro para mis compañeros (dotación, otros servicios de emergencias...)?
- ¿Existe peligro para los afectados?

De forma que al haberse formulado todas las mismas preguntas estarán protegiéndose mutuamente, evitando no sólo tener un percance cada uno de ellos, sino también, que en caso de que esto ocurriera; crean un problema añadido al resto de sus compañeros al haber quedado total o parcialmente incapacitados para actuar (p. ej. un esguince en una mano) y poder realizar su cometido (P. ej. movilizar a una persona, realizar maniobras de RCP básica....); pudiendo ser un problema serio, si el escenario fuera muy diferente al que se preveía, como por ejemplo que haya una persona armada con un cuchillo que intenta agredirles; lo cual hará que no solamente exista el problema de la persona agresiva, sino que además, haya un miembro del equipo menos para poder defenderse y tengan que protegerlo por estar accidentado; dejándoles en esta situación indefensos o vulnerables.

Lo ideal es responder negativamente a esas tres preguntas, pero en caso contrario nos permite detectar problemas, necesidades y medios necesarios para solucionarlos; y que quienes demanden su auxilio, reciban la ayuda solicitada de forma segura, protegidos de riesgos y garantizada la seguridad en la intervención por parte de quienes la brinden; al hacerlo en óptimas condiciones.

- > **Análisis D.O.F.A.**

Respondidas las tres preguntas iniciales, estando de forma presencial y con las primeras informaciones e impresiones que vayan teniendo del escenario y afectados; deberán hacer un análisis D.O.F.A. (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas) a través de cuatro preguntas, cuyas respuestas decidirán si se interviene de forma inmediata, se demora la intervención hasta que acuda más ayuda o recursos especializados, e incluso sea aconsejable no intervenir al no estar garantizada su integridad y/o la de la víctima. Las cuatro preguntas a realizarse ante el escenario planteado son:

- ¿Cuál es el peor escenario posible que se puede llegar a presentar?
- ¿Cuál es el escenario más probable?
- ¿Cuáles son las amenazas existentes y dónde están?
- ¿Cuáles son las capacidades que tienen a título individual y como equipo, para afrontar la emergencia?

De ahí la importancia de que los equipos sean estables y compensados en juventud, experiencia, ingenuidad, capacidades, conocimientos, apasionamiento e ilusión...

sus integrantes se conozcan y reconozcan sus habilidades, capacidades, potencialidades y limitaciones, especialmente por aquellos intervinientes más jóvenes o impulsivos que a veces; producto de la juventud, ilusión, ganas de ayudar..., evalúan sus capacidades de forma poco ajustada a la realidad, siendo desproporcionadamente favorables y minimizando los riesgos hasta extremos absurdos; y por otro lado, siempre deben tener presente que independientemente de haber hecho un buen análisis del escenario, pueden existir factores que no hayan contemplado; ya que manejar todas las variables es imposible, pudiendo surgir súbitamente situaciones que obliguen a reevaluar el escenario y/o el mismo plan de acción, incluso estando ya en marcha el plan establecido; teniendo que modificar prioridades, objetivos, decisiones... para adaptarse a la nueva situación presentada.

Aforismos en los qué pensar:

"El camino al infierno está empedrado de buenas intenciones"

"El cementerio está lleno de héroes"

"Es mejor decir: Aquí corrió un cobarde, que, Aquí murió un valiente"

> **Medidas de seguridad**

Tras haberse formulado las preguntas, analizado el escenario, capacidades y amenazas; se adoptarán medidas de seguridad en caso de que sea necesario, las cuales pueden ser activas y/o pasivas, necesarias para proteger la escena, a las víctimas y a los intervinientes. El objetivo será evitar la propagación de causas que hayan pro-

vocado la emergencia y que se agrave la situación inicial causando nuevas víctimas; debiendo tener todos los intervinientes claro, que no deberán correr riesgos innecesarios, incontrolados o desproporcionados al intervenir; llegando incluso a abstenerse de hacerlo si los que hay son riesgos elevados y no existen garantías en su seguridad y/o sus vidas, y que tampoco otras personas lo hagan; notificando al centro coordinador y aguantando la presión social para que se intervenga.

B) Avisar

Cuando hablamos de avisar nos referimos a la forma de comunicar una situación de emergencia, en la cual intervendrán como mínimo tres personas: quien realiza la petición, quien la recibe y activa a su vez la unidad que se desplazará hasta el lugar, y los intervinientes que integran dicha unidad. Deben ser conscientes que a pesar de las apariencias, la comunicación durante la emergencia no será un proceso sencillo y estará influida por múltiples factores como los que se verán a continuación y que deben tener presente:

- Problemas en la comunicación

El propio contexto de la emergencia, la afectación y estado de aquellos que participen en ella, las barreras en la comunicación, los condicionantes existentes..., hará que sea difícil transmitir nítidamente el mensaje que se pretende y la comunicación que se establezca entre ellos; pudiendo surgir problemas por parte de y entre:

- > **Alertante:** Es el afectado, familiar, testigo... Está en el lugar del suceso. Ve lo que ocurre, informa de ello y solicita

ayuda. Tiene que vencer miedos y dificultades exponiéndose y tratando de comunicar lo que posiblemente no sepa.

> **Receptor de la demanda de ayuda:**

Es quien gestiona la petición de ayuda dando la respuesta más adecuada con los recursos disponibles (operadores, locutores, telefonistas, etc. del centro coordinador, 112,...). La persona que recepcione la llamada no está en el lugar del suceso. No ve ni sabe qué ocurre. Recibe la información y la petición de ayuda, interpreta lo que está diciéndole el alertante, indicándoles acciones a realizar y transmite a su vez el testimonio de lo que ocurre a los intervinientes que con dicha información acudirán hacia el lugar.

> **Intervinientes:** Inicialmente no están en el lugar del suceso y no pueden ver pero sí saber que ocurre, pues les han transmitido la información que ha llegado y la petición de ayuda solicitada de forma implícita o explícita preparándose para lo que van a tener que enfrentarse al menos de forma aproximada; al llegar al lugar verán directamente aquello que les relataba el alertante y sabrán lo que ocurre realmente de forma directa. Sabrán por un lado si es:

- Una falsa alarma (no existe tal situación de urgencia).
- Una situación infravalorada (la situación es más compleja de lo que inicialmente se dijo).
- Una situación exagerada (es menos grave de lo dicho por el alertante).

- Es un error (se ha alertado a un recurso equivocado).

En cualquier caso tendrán que dar feedback, confirmando siempre la llegada al lugar y posteriormente informar sobre lo que ocurre, matizando la información recibida, reclamando si necesitan ayuda, si se va a derivar a la víctima...

> **Interacción entre ellos:** es el proceso de intercambio de información entre cualquiera de los tres niveles mencionados (alertantes, receptores, intervinientes).

Deben tener presente que la información pasa por varias personas (afectado, familiar, vecino...), interlocutores, que pueden ser de la misma institución (telefonista, locutor,...) o de otra diferente (sanitaria, social, seguridad...); quienes pueden estar sometidos a distintas presiones (sobrecarga de trabajo, demanda emocional...), etc.

Siendo posible que surjan distintos:

- **Sesgos cognitivos:** P. ej. Disponibilidad (aquello que primero llega a la mente de una persona al evaluar un problema), de Proyección (asumir que los demás piensan y tienen planteamientos similares a los nuestros...), etc.
- **Efectos:** P. ej. Halo (generalización equivocada a partir de una característica particular), Dunning-Kruger (individuos con escasos conocimientos o habilidades que se consideran más inteligentes o capacitados), etc.

- **Falacias:** P. ej. Planificación (tendencia a subestimar el tiempo para finalizar una tarea...), etc.
- **Heurísticos:** P. ej. Representatividad (regla informal para estimar la probabilidad de un evento en función de otro, al considerar que el primero es representativo al estereotipo del segundo), etc.

En definitiva, suposiciones, malentendidos, errores, etc. que deben tener presentes y que explicarán muchas conductas y situaciones que se produzcan a lo largo de toda la intervención y por cualquiera que esté presente en el escenario: víctimas, familiares, compañeros, personal de otros servicios, etc.

Considerando importante conocer los tipos de sesgos, falacias, etc., que se producen o existen en la comunicación, sólo se han mencionado algunos ejemplos en beneficio de la concreción del texto, su fluidez y el objetivo que se persigue con el mismo. A modo de concienciación se nombran los siguientes aspectos, dándoles prioridad por su especial interés y relevancia:

- **Pérdida de información:** En la comunicación existen varios elementos: emisor, mensaje, receptor, código, canal y contexto (situacional y temático), donde no siempre la comunicación es nítida y fluida pudiendo aparecer dificultades y llegando a haber un abismo entre lo que el emisor del mensaje piensa, quiera decir, crea decir y finalmente diga, y lo que el receptor del mensaje quiera oír, oiga, crea entender, quiera entender y acabe por entender; añadiéndose

además múltiples factores psicológicos que puedan interferir en ella, como puede ser la negación de esa información por el daño que causa (p. ej. al indicar un suceso o tener que comunicar o escuchar la muerte de un familiar), produciéndose así una disminución de las posibilidades reales de llegar a entenderse.

- Para evitarlo deben dar un feedback constante de lo que se están entendiendo y/o les están diciendo.
- **El sesgo de confirmación:** Es la tendencia que tienen las personas a considerar aquella información que confirme o favorezca sus creencias, hipótesis, ideas preconcebidas; independientemente de que éstas sean verdaderas o no y sin apenas plantearse posibles alternativas, buscando elementos e interpretando y recordando la información que sea proclive. Para evitarlo siempre se debe plantear si existe una hipótesis o alternativa que explique mejor sus propuestas, ideas o suposiciones.
- **El efecto espectador o difusión de la responsabilidad:** Cuantas más personas presencien una emergencia menos probable será que reciba ayuda oportuna la persona afectada, pues todos los presentes creerán que alguien brindará esa ayuda al considerar que otras personas están más capacitadas para hacerlo, o consideren que les corresponde a otros brindarla; haciendo que ésta se retrase injustificadamente, como ocurre p. ej. al tener que llamar a los servicios de emergencias para que estos

acudan, demorándose el inicio de la intervención, perdiendo con ello un tiempo muy importante a veces con consecuencias fatales. Deben plantearse si esto puede estar ocurriendo al increparles por una demora que consideran injustificable; debiendo en estos casos:

- ◇ Objetivar que no coincide la hora en que las personas dicen que se ha producido el incidente, con el momento en que han sido activados los intervinientes.
- ◇ Plantearse si pudiera ser que el tiempo esté siendo valorado subjetivamente y la percepción del mismo esté distorsionada, pareciéndoles a quienes están esperando la ayuda, que ha transcurrido más tiempo de lo que en realidad es, vivenciando que la respuesta que se está dando es incomprensiblemente lenta y que se haya tardado mucho en intervenir.
- ◇ Valorar si puede haber un efecto contagio y la ansiedad de una o más personas esté influyendo en el grupo.

Esta difusión de la responsabilidad también les puede afectar a los intervinientes, no sólo manteniéndose apartados y sin actuar ante la presencia de compañeros con más experiencia, directivos, etc.; sino también cuando una intervención se está desbordando y comienzan los insultos, gritos, amenazas...; donde en muchas ocasiones y a pesar de sentirse amenazados, nadie toma la decisión de pedir protección policial

esperando que otros miembros del equipo lo hagan al tener más edad, aplomo, sean quienes habitualmente llamen..., sin darse cuenta que los otros están pensando lo mismo al considerar que ellos no deben hacerlo en ese momento por las circunstancias que sea (estar focalizado el conflicto en ellos, se encuentren paralizados, asustados, piensen que ya se ha pedido la ayuda, etc.).

Para evitarlo se debe asignar la responsabilidad de avisar a los servicios de emergencias de forma explícita, por ej. ante un accidente presenciado por población general, deben pedir a alguien concreto que esté en la escena; que llame, incluso señalándolo para responsabilizarlo, haciendo que el grupo sea testigo y a éste más difícil escabullirse; e indicándole que se quede a nuestro lado por si hubiera que facilitar algún dato más, p. ej. al centro coordinador; y en caso de que se ausente, plantearse si habrá llamado realmente y comprobar que haya comunicado la incidencia pudiendo de esta forma confirmarlo; o en el caso de los intervinientes, acordar una señal o simplemente establecer que en el momento en que alguien del equipo se sienta amenazado, unilateralmente, sin consensuar; se llame pidiendo ayuda.

● Tipos de alertantes

Tendrán que conocer los distintos tipos de interlocutores con los que se puedan encontrar (Pretenciosos, desconfiados, indecisos...), cómo se comportan (vanidosos, intransigentes, no tienen claro lo que quieren...) y el trato que se les debe dar (elogiarlos, mantener la calma, escucharlos...); para poder interactuar con ellos, tratarlos,

abordarlos y manejarlos¹¹.

● **Objetivos con la información**

La información la debe facilitar el alertante cuando llama a los servicios de urgencias pidiendo ayuda o avisando sobre lo que está ocurriendo; pero también, debe obtenerla quien recibe la llamada al ir preguntando e incluso guiando si no sabe bien qué ocurre, o por la ansiedad no sepa explicarse. Finalmente los intervinientes deben recabar más información al llegar al lugar del incidente.

Destacando por su importancia en los momentos iniciales:

- > Tipo de incidente: accidente de tráfico con múltiples víctimas, acuático, materiales peligrosos, persona armada, etc.
- > Lugar del incidente exacto o al menos lo más aproximado posible, facilitando en estos casos puntos de referencia (iglesias, nombre de supermercados, puentes...).
- > Localidad. Es importante incidir en ello. Al indicar muchas veces la persona que alerta; *otra* localidad p. ej. aquella donde vive, trabaja, se desplaza...; en vez de, donde se ha producido el incidente; debido al estrés que está viviendo.
- > Número de afectados, estado de las víctimas y *de quien avisa*. No dando por supuesto que quien lo hace, no esté implicado en el incidente y/o por el hecho de

llamar no sea una víctima grave.

- > Breve descripción de lo que ha ocurrido.
- > Peligros no controlados y circunstancias que puedan empeorar la situación (cambio de rasante, curva cerrada, niebla, aceite en la calzada...).
- > Número de teléfono de la persona que llama o forma de contacto en caso de que se interrumpiera la comunicación para poder restablecerla. Deberán tener presente el riesgo de que esto ocurra en algunos sitios por falta de cobertura: túneles, alcantarillas, garajes, etc.
- > Tipo de ayuda que se está prestando en caso de que así fuera.
- > Edad aproximada de la víctima (s).
- > Sexo.
- > Necesidad de activar otros recursos de apoyo (P. ej. sea una zona conflictiva ya conocida con hostilidad hacia los servicios de emergencias...).
- > Comprobar al llegar al lugar si continúa o no la persona que llamó y si ha seguido las instrucciones indicadas.
- > Estado en el que se encuentra el alertante, lenguaje, entonación, somnolencia, discurso, velocidad del habla, agresividad, etc.
- > Indicar si la ayuda está en camino y dar la instrucción de que deben volver a avisar ante cualquier cambio significativo que se produjera antes de que llegaran los efectivos (p. ej. empeoramiento del

11 Comunicación con el alertante en el centro coordinador. Guía asistencial urgencias y emergencias extrahospitalarias. (2014). Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del Servicio de Salud de Castilla- La Mancha.

estado de la persona, falsa alarma, acudan otros profesionales, aparición de nuevos riesgos, etc.).

Con dicha información se debe poder hacer una composición de lugar y lo que está ocurriendo; lo cual no siempre es fácil ni posible, y trasladar aquella información que sea importante, significativa y relevante; a aquellos que activen para acudir al lugar, preparándose para afrontar la situación y saber de forma aproximada:

- > El tipo de escenario y/o intervención al que se van a enfrentar y si se necesitan o no, otros recursos en el mismo.
- > La gravedad del suceso (p. ej. accidente con múltiples víctimas, explosión en un edificio, etc.) y de los afectados (p. ej. pérdida o alteraciones del nivel de consciencia, posición de decorticación y descerebración en un accidente de moto, etc.).
- > El mecanismo lesional (P. ej. Choque frontal, atropello, etc.).

● **La comunicación al llegar al lugar del suceso**

Deben detectar entre las personas que estén presentes, aquellos que puedan ser interlocutores válidos (p. ej. sepan qué ha pasado, conozcan a los afectados...) y estén calmados. Si hay gente a la llegada de los efectivos que les gritara, increpara..., deben paralelamente hacer dos cosas:

- > Iniciar la intervención siendo resolutivos, no parando a defenderse de aquello que les digan o acusen; para con esa actitud empezar a solucionar el problema

planteado y reducir el estrés de todos al observar que la ayuda ha comenzado.

- > Designar implícitamente una o dos personas entre los presentes como únicos interlocutores válidos, simplemente al dirigirse únicamente a ellos y obviando a aquellos que los gritan; se les debe hablar con voz sosegada y tono bajo, lo cual obligará a quienes están dando voces a dejar de hacerlo para poder escuchar; generalmente estas personas al gritar no solo muestran su estrés sino que muchas veces se erigen en líderes del grupo, queriendo influir en el transcurso de los acontecimientos; al hablar los intervinientes sosegadamente y en un tono bajo sólo con los interlocutores mencionados, les obligará a aquellos tomar una postura de:
 - Persistir en ello y perderse aquello de lo que estén hablando entre los intervinientes y el interlocutor designado, o;
 - Bajar su tono de voz para escuchar; lo cual reducirá su nivel de estrés, logrando que paulatinamente vayan calmándose al bajar su nivel de activación y/o al escuchar algo que hasta ese momento no hubieran escuchado o reparado en ello; entiendan la situación de forma más amplia, completa y/o justa, llegando incluso a hacerles dudar de si su comportamiento ha sido correcto hacia los efectivos presentes. Cuando esto ocurre muchas veces abandonan el lugar sin decir nada, con una excusa peregrina o con un gran malestar por su comportamiento; en cualquier caso se torna el cambio de ellos y el

resto de los presentes, en una colaboración que facilita el correcto desarrollo de la intervención.

Es muy importante tener claro que ante un grupo de personas o una multitud que les esté gritando, increpando, acusando, etc., nunca deben entrar a confrontar, contestar, excusar, defender, ni justificar... y tampoco hablar en los mismos términos a veces despectivos; pues ello sólo favorecerá una escalada de violencia, debiendo obviarles sutilmente para que no se sientan ofendidos. No deben consentir ni aguantar estoicamente amenazas, insultos, ni por supuesto agresiones; no es infrecuente que se confunda la vocación profesional o de voluntariado y de servicio público; con la imprudencia, y se acabe por justificar y asumir riesgos inaceptables en beneficio del propio afectado, especialmente si es éste o sus familiares los que están teniendo dicho comportamiento, manteniendo hacia ellos actitudes condescendientes, sobreprotectoras, paternalistas, justificadoras, etc.; al considerarlos sufrientes o indefensos y aceptándolo como una renuncia necesaria que redundará en el afectado, en detrimento de la seguridad e integridad de los intervinientes.

C) Socorrer

● Posibles situaciones al socorrer

- > Ser los primeros en atender al afectado.
- > Haya otras personas prestando ayuda debiendo saber qué se ha hecho para apoyar, colaborar o relevar.
- > Determinar si existe una urgencia vital en la cual se deberá realizar primeros

auxilios físicos (R.C.P. básica, maniobra de Heimlich, etc.)

- > Establecer si lo que ocurre es una situación de crisis emocional, en la cual se realizarán los Primeros Auxilios Psicológicos.

● El Efecto Túnel

Al socorrer es muy importante no ceder al estímulo de ayuda, respondiendo de forma impulsiva e irreflexiva. Se debe tener presente el efecto túnel que ocurre al temer por la propia vida o la de alguien y como consecuencia de una activación fisiológica muy intensa, fruto de un gran estrés y la percepción de amenaza. Produce un estrechamiento del foco de atención, haciendo que la persona solo sea capaz de atender intensamente al estímulo o señal que propicia la amenaza, impidiendo con ello identificar otra información útil presente en el entorno, como para tomar con ella mejores decisiones o incluso pueda evitar la muerte. Es muy importante no olvidarlo, especialmente al intervenir en entornos que no sean seguros ni estén controlados, como p. ej. al ver desde un lado de la autovía que el accidente ha sido en el sentido contrario y decidir que excepcionalmente se atajará cruzando la autovía y ganar tiempo vital, que se perderá haciendo muchos kilómetros al saber que el cambio de sentido para acceder al lugar de la intervención de manera correcta, está demasiado lejos. Este efecto es frecuente y se puede observar tanto en intervenciones realizadas por otros a los que vayan a ayudar (p. ej. al estar realizando maniobras de RCP junto a una carretera con el tráfico pasando al lado, al haber cruzado las vías del tren sin saber si el tráfico ferroviario está cortado, al trabajar dentro de un coche que

no está estable, etc.), como en el transcurso de su misma intervención, al darse cuenta o cualquiera del equipo en un momento dado de los riesgos que están corriendo, p. ej. al estar varias personas en el tablón de un andamio con el riesgo de que se pueda partir por el sobrepeso; o al movilizar a un herido, ver que el muro se está agrietando y con el estrés del momento; no escuchar los ruidos que está haciendo.

Para evitarlo deben asegurar que cada paso que den en la intervención sea el correcto, e intervenir de forma no atropellada afianzando la misma con cada uno de ellos; siendo escaso el tiempo que aparentemente se gane al actuar precipitadamente y muchos los riesgos que se asuman al tener que retroceder en la intervención hasta un punto seguro, donde retomarla nuevamente y avanzar.

Haciendo un símil de forma gráfica para explicar este efecto: mientras se conduce y a medida que se aumente la velocidad, el campo de visión se irá estrechando, percibiendo de manera nítida y clara sólo lo que está en el centro del campo visual, no percibiendo o haciéndolo de manera difusa; lo que pasa en los laterales. Es decir, **habrá que ajustar la velocidad de la intervención a los riesgos reales o posibles yendo más despacio cuantos más riesgos haya.**

3º La intervención NO Psicológica de profesionales y/o voluntarios

Hasta este momento la forma de intervenir ha sido común para todos. Ha ocurrido un incidente, han avisado de ello, se ha realizado la

conducta P.A.S. Habrán determinado si existe una situación donde haya que realizar una primera atención, aplicando los primeros auxilios físicos y/o por su estado emocional, sea preciso realizar los Primeros Auxilios Psicológicos brindados por cualquiera de los intervinientes. Lógicamente la intervención inicial común servirá de guía para todos, pero habrá diferencias en función de quién la realice. p. ej. los voluntarios sanitarios tendrán más conocimientos y habilidades en materia sanitaria que la población general al intervenir en situaciones de urgencia de forma más asidua; o profesionales como los bomberos, policía, etc., tendrán más habilidad y destreza que los voluntarios para protegerse de algunos riesgos; por su trabajo, experiencia, formación y continuidad en las emergencias.

Si hasta este momento sólo se hubiera brindado ayuda por parte de población general; la continuarán voluntarios y/o profesionales, y si nadie hubiera ayudado; la iniciarían valorando, in situ, qué está ocurriendo y para qué los han reclamado, y, si han seguido las indicaciones dadas por el centro coordinador, p. ej. colocar en posición lateral de seguridad a un inconsciente.

A continuación se tendrá en cuenta:

- Primero: si son **el primer recurso** que acude al lugar del suceso
 - > Van a iniciar la intervención de forma presencial (la intervención telefónica habrá finalizado al contactar los intervinientes con los alertantes), son el primer y único recurso que va a intervenir; al menos inicialmente (p. ej. voluntarios de Protección Civil), o que paralelamente esté acudiendo al lugar otra ayuda que todavía no ha llegado (p. ej. UVI móvil).

- Segundo: si hay **otros recursos** en el lugar del suceso

> Hay personas ayudando, deben en el momento de llegar; presentarse a los intervinientes que estén, obtener información sobre lo que ha ocurrido y para qué los han llamado, qué han hecho hasta el momento, en qué pueden ayudar, o si necesitan ser relevados. Establecer quién realizará finalmente la intervención o a qué víctimas atenderán los que acaban de llegar; priorizando la ayuda en función de los cometidos de cada uno, de sus competencias, habilidades, etc., no interfiriendo en las labores, ni redundar la ayuda a unos y dejando sin atención a otros. Se deben erradicar actitudes altivas (p. ej. de profesionales hacia voluntarios, o de estos hacia la población que ha intentado ayudar) que hagan que toda la intervención esté desenfocada desde el inicio por falta de escucha y humildad, se pueda hacer el ridículo, o se pierda información clave para entender lo ocurrido si se marchan del escenario quienes tenían la información; al considerar éstos, que nada más pueden hacer o aportar, y pensar que la situación está atendida o que su opinión no importa. Deben tener en cuenta no sólo a las víctimas que presenten heridas físicas, sino también a los afectados psicológicos; por el riesgo de que queden sin asistencia al enfocarse estrictamente en los afectados físicos.

Un ejemplo de todo ello sería un accidente con múltiples víctimas, que exceda por sus características, la respuesta de una sola unidad y en donde no sólo se necesitará de entrada más recursos de la misma institución (p. ej. varias UVI

móvil) sino también de otras, con cometidos semejantes y/o diferentes como son: guardia civil (p.ej. tráfico), bomberos (p.ej. excarcelación), voluntarios (p.ej. Cruz Roja, Protección Civil, DyA). También pueden sumarse a la intervención otros servicios que aparecieran por casualidad (p. ej. una UVI móvil de una empresa privada), y en donde hubiera diferentes tipos de víctimas que necesiten otros recursos diferentes a los mencionados, como sería en caso de menores ilesos que han quedado huérfanos (p.ej. servicios sociales), supervivientes que han visto morir a seres queridos (p. ej. psicólogos), fallecidos (p. ej. servicios judiciales, funerarias), etc., y además sea preciso realizar una limpieza viaria integral; al existir entre otros, residuos biológicos humanos (servicios de limpieza urgentes). Deben irse incorporando todos a la intervención a medida que vayan llegando y esperar el momento adecuado para intervenir, apoyar a los que ya estuvieran sin interferirse, debiendo recabar la información de lo ocurrido, saber qué se ha hecho hasta ese momento para contener la situación, determinar si la situación es más o menos grave de lo que les dijeron a cada uno, y establecer si en función de lo que estén observando hay recursos suficientes tanto para su cometido particular (p. ej. seguridad, limpieza, sanitario...), como general (p. ej. el vehículo despeñado no es un coche si no un autobús y sólo hay un equipo de voluntarios sanitarios para atender la situación).

Se tiene que dar **feedback** a su centro coordinador, sobre la información que tienen y les trasladaron:

- Confirmando.

- Matizando.
- Ampliando.
- Corrigiendo.
- Anulando.

Deben para ello indagar en información que haya podido pasar inadvertida en un primer momento, fruto del estrés de los intervinientes, o que otros por su actividad no hayan dado la suficiente importancia; debiendo también saber y reflejar aquello que no se haya podido hacer y por qué.

Es decir, ante tantos actores en un mismo escenario hay que tener claro si tienen que:

- Iniciar la intervención al no haber podido empezarla otros (p. ej. rescate de heridos por bomberos en una zona inaccesible)
- Continuar (p. ej. pasar de maniobras de RCP básica realizadas por voluntarios a realizar RCP avanzada por miembros del Vehículo de intervención rápida)
- Sustituir (p. ej. si están impactados los intervinientes al haber víctimas conocidas, o agotados por el esfuerzo físico que han desarrollado hasta ese momento...)
- Retirarse, al tener los intervinientes presentes la situación controlada, estar otros más capacitados, haya más recursos de los necesarios, tengan más experiencia o estén dotados de material más preciso para intervenir, etc. Siendo una cuestión de responsabilidad y solidaridad comunicar rápidamente su disponibilidad al responsable, pudiendo quedar liberados

dichos recursos para en caso de que surgiera otra emergencia distinta poder acudir y atenderla.

- Tercero: si existe una **urgencia vital**

Si la situación al llegar es que existe una urgencia vital, habrá que sustituir a la población general que actúa, y ser relevados por personal con más formación, conocimientos y/o medios.

La intervención tendrá como objetivo recuperar a la persona asistida y/o evitar su agravamiento, teniendo en cuenta que la prioridad para actuar correctamente es salvando:

- > 1º) **La vida.**
- > 2º) **Integridad física** (Órgano y/o Miembro). Es preferible tener una pierna inválida como consecuencia de en un contexto excepcional; tener que realizar un torniquete, a pesar de los riesgos de producir lesiones en músculos, vasos, nervios.
- > 3º) **La función** y/o estética (aparición). Es mejor p. ej. ante un paciente que se haya amputado un brazo, evacuarlo hasta un centro especializado, en donde puedan reimplantarlo, posibilitando que al ser intervenido con celeridad quede funcional, sin dolor y estéticamente aceptable.
- > 4º) **La emoción.** P. ej. ante una persona que presente una sobredosis; la actuación será priorizar la vida, la integridad física y/o la función, llegando incluso a ser poco empático y/o pasar por alto sus emociones si la situación no permite ha-

cerlo.

Así: sólo en ausencia de compromiso vital, controlada la situación de urgencia física mediante la realización de los primeros auxilios físicos o tratamiento médico, y en situaciones de gran impacto emocional; se realizará los Primeros Auxilios psicológicos.

- Cuarto: si existe una situación en donde haya que realizar los **Primeros Auxilios Psicológicos** (P.A.P.)

Según la OMS (2012) en su guía para trabajadores de campo¹²: "la primera ayuda psicológica (PAP) describe una respuesta humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda". [...] "La PAP está dirigida a personas angustiadas, afectadas recientemente por un acontecimiento crítico grave. Se puede proporcionar ayuda tanto a niños como a adultos. Sin embargo, no todos los que experimentan una situación de crisis necesitarán o querrán PAP. No se debe forzar la ayuda en aquellos que no la quieren, sino estar disponible para aquellos que puedan desear apoyo". Tratará de "brindar ayuda y apoyo prácticos, de manera no invasiva; evaluar las necesidades y preocupaciones; ayudar a las personas a atender sus necesidades básicas (por ejemplo, comida y agua, información); escuchar a las personas, pero no presionarlas para que hablen; reconfortar y ayudarlas a sentirse calmas, ayudarlas para acceder a información, servicios y apoyos sociales, y proteger a las personas de ulteriores peligros". Señalando así mismo que: "es importante también entender lo que NO es PAP: No es algo que solo pueden hacer

los profesionales. No es asesoramiento profesional. No es Debriefing Psicológico, puesto que la PAP no entra necesariamente en la discusión de los detalles del acontecimiento que ha causado la angustia. No es pedir a alguien que analice lo que le ha sucedido o que ordene los acontecimientos. Aunque la PAP supone estar disponible para escuchar las historias de las personas, no se trata de presionarles para que cuenten sus sentimientos y reacciones ante la situación". [...] "La PAP incluye factores que parecen ser de gran ayuda para la recuperación de las personas a largo plazo [...]: sentirse seguro, conectado con otros, en calma y con esperanza; tener acceso a apoyo social, físico y emocional; y sentirse capaz de ayudarse a sí mismos como individuos y comunidades".

"Pueden darse situaciones en las que la persona necesite apoyo mucho más avanzado que tan solo PAP. Es importante conocer los propios límites y buscar la ayuda de otros, como personal sanitario (si está disponible), compañeros u otras personas de la zona, autoridades locales o líderes comunitarios o religiosos". "Personas que necesitan mayor apoyo experto inmediato: personas con lesiones graves que ponen en riesgo la vida y que necesitan atención médica urgente, personas que están tan alteradas que no pueden ocuparse de sí mismas o de sus hijos, personas que pueden hacerse daño a sí mismas, personas que pueden hacer daño a otros".

Tanto los primeros auxilios como la Primera Ayuda Psicológica deben ser conocidos por todos: población general, profesionales y voluntarios que intervengan en emergencias extrahospitalarias; determinando si las hay, quienes son las personas que acompañan a la víctima:

12 Organización Mundial de la Salud, OMS. (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. Página 3.

- > Circunstanciales: Los intervinientes tendrán presente quienes son y el tipo de apoyo que han realizado hasta ese momento, si no han hecho nada, cómo han manejado la situación, qué les ha manifestado la víctima, cómo se la han encontrado, cómo ha sido la evolución, qué impresiones les ha dado, etc. Debiendo darse tiempo para aclimatarse con la presencia de unos y otros antes de intervenir. Favoreciendo un clima cálido y de confianza para que pueda empezar a hablar o ser un apoyo emocional si así lo desean, p. ej. una persona que ha encontrado a la víctima en shock; en un recoveco, a quien han robado apuntándole con un arma, y a la que está acompañando mientras acudía la policía.
- > Conocidas: Puede existir vinculación afectiva con el afectado (pareja, familia...), o que tengan un contacto estrecho (compañeros de trabajo,...); los cuales pueden dar información relevante, íntima, personal y clave, para entender lo que está ocurriendo (cómo es su comportamiento, si sigue tratamiento médico, si recientemente ha fallecido alguien importante, etc.), que permitan confirmar o rechazar las hipótesis que realicen los intervinientes p. ej. en el primer caso; poder dilucidar si haberse precipitado desde una ventana puede ser un intento autolítico al haberlo hecho previamente, o si por el contrario sería algo a priori, impensable por sus fuertes creencias religiosas; o en el segundo caso, ante una persona joven que ha fallecido súbitamente mientras hacía deporte; informarnos sobre lo ocurrido, cómo ha sido, qué estaba haciendo, quién era, quién le acompañaba y si estaban presentes en el momento del fallecimiento, si conocen a la familia y cómo era la relación que tenía con ella; y cualquier otra observación o información que comenten y facilite la comunicación del fallecimiento a sus seres queridos, sin olvidar valorar cómo se encuentran quienes acompañaban al fallecido y si precisan ayuda.
- > Profesionales **no** sanitarios: Se debe tener en cuenta su impresión de lo que ocurre y valoración de la gravedad; máxime si tienen experiencia previa, edad y veteranía en intervenciones o en casos similares; p. ej. Policía Municipal.
- > Profesionales sanitarios **no** médicos y voluntarios sanitarios: Deben escucharse activamente sus sospechas clínicas y valorar las indicaciones, observaciones y opiniones que hagan; ya que ellos por su habilidad e intuición producto de su formación y experiencia, máxime cuando sean personas veteranas en la emergencia; puedan orientar la intervención. P. ej. Conductores de ambulancias de transporte colectivo.
- > Médicos: Con formación en emergencias o no, y con o sin experiencia en ella; se les debe preguntar:
 - Su parecer sobre lo que ocurre.
 - Sus sospechas clínicas.
 - Si se puede descartar patología orgánica y/o psiquiátrica.
 - Otras causas alternativas que expliquen mejor el cuadro (intoxicación, efectos secundarios de medicamentos...), p. ej. la agitación sea debida, no al accidente en sí, sino a encontrarse bajo los efectos de alguna droga.

4º Intervención Profesional Psicológica.

Hasta este momento y a modo de recordatorio: si inicialmente tras ocurrir el incidente la forma de intervenir ha sido común y cualquiera debe haber realizado la conducta P.A.S., determinado si existe o no una situación que precise primeros auxilios físicos y/o una primera atención emocional; ahondando en la intervención si quienes la realizan son voluntarios y/o profesionales, ante escenas de alto impacto emocional o con víctimas que han sufrido determinadas situaciones p. ej. violación de Derechos Humanos, **es en este momento cuando se precisa la intervención de los psicólogos de emergencias.**

Excepcionalmente puede darse el caso que estos tengan que ser los primeros en actuar al no conseguir acceder otros recursos hasta el lugar del incidente por haber tenido un contratiempo al desplazarse...; posponiendo su intervención psicológica, llegando incluso a realizar primeros auxilios físicos. Cambiando su cometido original, al ser necesario salvar, como dijimos; primero la vida, y una vez atendidas todas las víctimas, determinar cuáles precisan la intervención psicológica.

Es imprescindible delimitar los criterios de activación de los psicólogos en emergencias y el objetivo que se persigue con ello, para **evitar que se acabe otorgando un carácter patológico a reacciones normales de las personas que están viviendo una situación dolorosa**; lo cual tiene que ver muchas veces, más con la angustia de los intervinientes y las limitaciones en su manejo, que con las necesidades de los afectados; siendo habitual que se les sobreproteja, dificultando así que hagan frente a la situación que están viviendo, obstaculicen

sus recursos y capacidades para enfrentarlo y limiten su independencia; potenciando por el contrario su indefensión, su actitud para tomar decisiones, etc. Deben partir de la base de que la mayoría de las personas tienen la capacidad de sobreponerse a situaciones trágicas por graves que estas sean.

Deben evitar que se generalice su intervención por parte de los otros intervinientes y organizaciones, acabando por trivializar y desvirtuar su figura; acostumbrando sin querer a la población, a la presencia de un recurso en momentos en que no son necesarios, y finalmente con el tiempo acaben además, por demandar su presencia e incluso exigirlos; al haber creado esa cultura sin querer, siendo muy difícil de revertirla si se llegara a producir; deben recordar que **los recursos públicos son un bien que no se deben utilizar mal.**

Los psicólogos también deben contribuir a luchar contra el sentimiento de muchos intervinientes; de ser en ocasiones un "servicio de complacencia", y hacer pedagogía de por qué ocurre, no cayendo también en su mismo error; ante la exigencia de familiares y afectados, de que sean trasladados los pacientes a otros recursos sin criterio alguno que lo justifique..., debiendo diferenciar si detrás de su petición, hay una angustia a morir, quedarse solos, no saber o considerarse incapaces de manejar la situación en casa, etc.

Es frecuente que no se les haya dado la oportunidad a los afectados de expresar sus dudas, temores etc., debiendo reflexionar cuántas veces los causantes de esa situación han sido los mismos intervinientes al haber acudido anteriormente a socorrerlo y en vez de haber dialogado sobre lo que ocurre; por cansancio, estar teniendo una mala guardia, situaciones personales, hartazgo, etc., se haya acabado

por acceder a su petición con objeto de finalizar la actuación rápidamente, viendo sólo su beneficio a corto plazo, pero sin plantearse las consecuencias a largo plazo ni para las organizaciones, ni para los mismos intervinientes. Acabando por inculcar una mala utilización de los recursos, potenciar la falta de conciencia social, no valorar los servicios públicos, promover la insolidaridad, etc.

Si bien los psicólogos en emergencias extrahospitalarias atenderán las mismas situaciones que se presentan habitualmente en cualquier servicio de urgencias hospitalarias; existe sin embargo, en aquel medio muchas cosas distintas con respecto a éste o la consulta psicológica (p. ej. dificultades diagnósticas, implicaciones legales, etc.), y especialmente que **el trabajo** se realiza en un medio más hostil; e intervenir en un entorno no controlado en donde la capacidad asistencial está condicionada por múltiples factores: peligros para los intervinientes, ruido, presión y alarma social, caos, recursos limitados...; pudiendo estos sentir impotencia o soledad a pesar de haber un elevado número de intervinientes con cometidos diferentes, y tener que tomar decisiones importantes; máxime, si no se realiza el trabajo en equipo.

Objetivos

La intervención profesional de los psicólogos de emergencias tendrá como finalidad ayudar a afrontar y resolver los problemas, y mantener la salud mental, prevenir la enfermedad, promover y facilitar la recuperación. Debiendo identificar para ello:

Problemas, que podrán ser: Reales y De alto riesgo o potenciales.

Necesidades existentes a nivel: Individual, Familiar y de la comunidad.

La intervención se realizará en cinco etapas:

1. Valoración
2. Diagnóstico de la víctima y/o de la situación
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

Estas etapas en ocasiones se solapanán, porque la propia emergencia y el contexto en el que se interviene obliga a ello, marcando el ritmo y condicionándolas, difuminando a veces los límites y mezclándose aparentemente con otras etapas previas (p. ej. con la conducta P.A.S), no siendo infrecuente tener que hacer varias cosas de forma simultánea; como puede ser: valorar el escenario, las víctimas, los afectados, la evolución de riesgos detectados, la aparición de otros nuevos, etc. Siendo una de las características principales del personal de emergencias, **la flexibilidad mental**, que permite acomodarse al escenario y situación que se presente en ella, debiendo adaptarse a los cambios, modificar la intervención cuando esta precise cambiar el abordaje inicial que habían planteado, etc.

Ello explica el desgaste y cansancio que provocan las intervenciones y jornadas, y la necesidad de que los trabajadores tengan sueldos y turnos justos; acordes a la responsabilidad que tienen, buenas condiciones laborales que permitan descansar, "desconectar" y evadirse (p. ej. ocio, hobbies, viajes, etc.) y compatibilizar la vida familiar y personal con su actividad; para al volver al trabajo estar en perfectas condiciones. Y en el caso de los voluntarios; reconocerles su labor, avisar con tiempo de la solicitud de sus servicios, no abusar de su buena voluntad ni de la disponibilidad que de buena fé ofrecen, para acabar tratándolos como un trabajador que cubre una necesidad y un puesto laboral: llegando en ocasiones a exigirles un compromiso para con la organización más cercano a una

responsabilidad laboral, que un acto voluntario y altruista; facilitándoles como mínimo, medios materiales (p. ej. uniformidad) de calidad, con los cuales poder desempeñar su función; además de detalles periódicos para mostrarles el agradecimiento y reconocimiento a su labor.

1.- Valoración

La valoración psicológica se apoya y beneficia del análisis realizado con la conducta P.A.S, aprovechando los aspectos de evaluación que implícitamente se encuentra en ella.

Recordemos que las etapas de la urgencia en ocasiones se solapan. La intervención no se debe ver de forma lineal sino en espiral (con aparentes avances y retrocesos) pero en donde continuamente se estará progresando.

Los psicólogos deben valorar constantemente y ser finos observadores desde la distancia, en el mismo escenario, al contactar.. y sacar sus impresiones; para ello deben hacer una **foto mental** con la cual contrastar los cambios que se produzcan y determinar cómo evoluciona la intervención: si existe o no mejoría de la víctima (s), aumento o descenso de la ansiedad familiar, quién se ha marchado del escenario, quién ha dejado de hablar, etc.; sumando otras percepciones como gestos, miradas, olores, etc.

La valoración como psicólogos debe ser un proceso sistemático; comprendiendo el escenario, el ambiente, el contacto con los afectados y a los afectados.

● El escenario

Al valorar el escenario éste no debe sobrepasar las capacidades físicas y/o cognitivas

de cada interviniente que llegue al lugar, especialmente de los primeros que acudan; pues ellos serán "los ojos del centro coordinador", debiendo incluso llegar a abstenerse de intervenir en caso de que esto ocurriera, pues hacerlo supondría un riesgo para sí mismo y/o para las personas a las que se deba socorrer. Sería más razonable reconocer sus límites e incluso tomar distancia física, demorando la intervención hasta recomponerse y poder afrontarlo. P. ej. Ante una escena dantesca se podría alejar, avisando a los compañeros para que entiendan qué ocurre, el tiempo suficiente para poder distanciarse psicológicamente de lo que acontece; mientras el resto del equipo inicia la intervención.

● El ambiente

Por seguridad deben observar cómo influye su presencia en la respuesta de la población que esté aglomerada en el lugar. Si se determina que es seguro; una vez en el escenario, deben obtener y seleccionar toda la información que les llegue a través de sus sentidos: visual (peligros...), olfativa (olor putrefacto...), táctil (sudor frío...), auditiva (gritos...), etc.; ubicando el lugar exacto donde se encuentre la víctima y determinando si existen riesgos y si estos son un peligro en ese momento para ella o los intervinientes (P. ej. olor a gas, ver un cuchillo escondido...). Deben plantearse hasta qué punto puede agravarse el riesgo, qué se debe hacer para controlarlo; y si procede en ese momento: informar, indagar..., o es mejor esperar un tiempo y obtener información más tarde de esos mismos afectados, familiares, testigos, supervivientes... cuando p. ej. estén más calmados.

● El contacto con los afectados

Deben fijarse en los elementos del contacto y actitudes significativas al contactar y los estilos de contacto específico; para posteriormente pasar a la valoración propiamente dicha.

De acuerdo con el Dr. Chinchilla¹³, los elementos del contacto y los estilos de contacto específicos comprenden:

> Los elementos del contacto:

- "La atmósfera que envuelve el caso.
- El primer contacto visual.
- El lenguaje NO verbal.
- Los fenómenos transferenciales durante la entrevista.
- Las actitudes significativas:
 - ◇ [a] Mutismo psiquiátrico: una llamada a los demás hacia una situación interior de peligro, de angustia (depresión, estados disociativos, etc.) [...].
 - ◇ [b] Actitud negativista, autismo, timidez.
 - ◇ [c] Actings.
 - ◇ [d] Actitud de manipulación, [...] de dramatización, [...] regresiva o de seducción [...]."

> Estilos de Contacto específico: Debe-

rán observar cuál es el estilo de contacto y lo que le provoca al interviniente; entre otros Chinchilla señala los contactos:

- "Depresivo. Nos mueve a sentir con él. Activa sentimientos de compasión. Remueve nuestros propios aspectos depresivos.
- Maniaco. [...] Rotura de la sensación de "distancia personal". Hilaridad contagiosa. Irritación. Inestabilidad que determina en el interlocutor un desconcertante desvalimiento que obliga a un retroceso en la relación. Se activa si se le ríe la gracia o se le confronta.
- Esquizofrénico. Repliegue, pérdida de contacto vital con la realidad. Provoca fascinación. [...] Angustia que todo lo penetra, indescriptible.
- Carectiopático. [...] Proximidad de la pulsión agresiva [...] Sentimientos de frustración y rechazo, pueden desembocar en actitudes esencialmente [...] distantes e incluso ira.
- Neurótico. Caricatura de la normalidad, cercano a nosotros. Estilo regresivo. Ansiedad.
- Neurótico / histérico. Versatilidad ("la gran máscara"). Respuestas variables, confundibles: desde la compasión hasta la irritación, desde sentirse halagado hasta sentirse chantajeado [...]. Nos pica la curiosidad sin límites que el histérico alimenta. Confusión erótico-afectiva. Seducción, ambivalencia sexual. Actitudes [...] manipulativas.

13 Chinchilla, A. (2004). Manual de urgencias psiquiátricas. Ed. Masson

- Orgánico. Condicionado por la obnubilación. Impresión de malestar físico. [...] de deterioro cognitivo. Transferencia apagada [...].
- Disfórico. Se irrita y nos irrita con facilidad. Inespecífico: puede estar en cualquier entidad psiquiátrica. Es frecuente en intoxicaciones”.

● **Los afectados**

Deben realizar rápidamente una composición de lugar sobre lo que está ocurriendo. Cómo se encuentran y qué pueden o no hacer. Si existe o no una urgencia vital y qué les ocurre a los accidentados, supervivientes, testigos, etc. Priorizando aquellas situaciones en donde exista un compromiso vital. No comenzar a atender a la primera persona que se encuentren; sin criterio alguno, simplemente por proximidad o reclamo de su presencia, etc.; Pudiendo guiarse por una regla no siempre cierta, de que las víctimas que más gritan, se quejan, hagan aspavientos... sean las que están menos graves; sin embargo, pueden orientar en la intervención como una primera impresión en algunos escenarios complejos; hasta que puedan ser evaluados mejor, en el menor tiempo posible.

● **Valoración propiamente dicha de los afectados**

Como se aconseja en el “Protocolo Acercarse”¹⁴ de la Universidad Complutense de Madrid; se establecerá contacto con el afectado, estableciendo una relación para vincularse con él, facilitándole un cierto dis-

tanciamiento psicológico con la situación vida y/o el escenario en el que se encuentre, ayudándole a salir de él proponiéndole salir a pasear, comer algo... procurándole un ambiente adecuado y lo más tranquilo posible para empezar a abordar lo ocurrido. Las primeras preguntas estarán relacionadas con los hechos; serán concretas, sencillas y dirigidas a hechos objetivos, p. ej: ¿Qué ha sucedido?, ¿Dónde estabas?, ¿Qué estabas haciendo en ese momento?, ¿Qué hiciste después?... para conseguir descripciones que lleven al procesamiento cognitivo (ordenando, asimilando y aceptando lo ocurrido) evitando centrarse únicamente en los aspectos emocionales.

El objetivo con la valoración es que mediante un proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de información del afectado (respuestas físicas, ideas, valores, sentimientos...); poder identificar sus necesidades, y basándonos en distintos criterios (p. ej.: “patrones funcionales”); priorizarlas.

Toda la información que recojan en las intervenciones deberá quedar reflejada en la historia clínica de forma organizada, validada, y registrada, siendo importante que queden reflejados tanto los datos objetivos como los subjetivos siempre que sean relevantes para la intervención e independientemente de que sean actuales y/o pasados, obteniéndose en el medio extrahospitalario principalmente a través de la entrevista y la observación directa, siendo de gran ayuda pedir sobre todo en las intervenciones domiciliarias; algún informe previo preferiblemente reciente con objeto de agilizarla, orientarla, evitar confusiones, etc. Debiendo solicitar también por escrito la intervención realizada por otros intervinientes, que nos hayan transmitido y sea relevante (in-

¹⁴ Protocolo Acercarse. Guía de primeros Auxilios psicológicos para psicólogos. (2004). Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología.

cluidos los aspectos psicológicos) mediante su correspondiente informe, parte de asistencia, atestado, volante, etc.; siendo todo ello de gran importancia para poder realizar seguimiento del caso, ser una fuente no sólo de información y conocimientos (docencia e investigación); sino también por su validez legal (p. ej. ante denuncias), debiéndose cumplimentar con interés y no de forma rutinaria, sin concederle la importancia que merece y omitiendo información; que a posteriori pueda inculpar al profesional de una intervención realizada correctamente. p. ej. Informar al afectado y/o a sus familiares de los riesgos de no aceptar ser trasladado al hospital.

> ¿Qué valorar, observar y preguntar?

En un primer momento; especialmente con personas mayores, se debe pedir permiso para acceder a la vivienda, evitando saludos como "Buenas noches", siendo mejor optar por otros más neutros como "Hola"; por lo que puede desencadenar. Establecido el contacto deben presentarse diciendo su nombre, profesión, y organización a la que pertenecen; independientemente de que lo ponga en uniformes, chalecos, identificaciones, etc. Deben pedir el nombre a la víctima, preguntando cómo quiere que se le llame y si le pueden tutear. Siendo necesario conocer cómo manejan el espacio, el tiempo, la expresión del dolor, costumbres, saludos y el medio en el que van a intervenir. Deben por norma, evitar el contacto físico y especialmente si es un hombre el que está interactuando con una mujer, siendo especialmente cuidadosos en incidentes como violencia de género y acoso sexual. Deben estar alerta ante barreras culturales e idiomáticas que puedan existir.

Estos primeros momentos marcarán el desarrollo de la intervención, e incluso su resolución favorable.

El psicólogo deberá evaluar y obtener información de distintas esferas de la persona, adaptándose a lo que la situación y el afectado demande; siendo la intervención no estructurada, no dirigida, con preguntas abiertas, y flexible:

- Exploración inicial del estado mental: orientación en tiempo, espacio, persona, nivel de conciencia p. ej. mediante la escala AVDN (Alerta, Verbal, estímulos dolorosos o No responde), escala de Glasgow, etc.
- Identificación de problemas: suceso precipitante, estado emocional actual y previo a la crisis, procesamiento cognitivo y emocional de la situación: interpretaciones, atribuciones, negación, culpa...
- Estilo de afrontamiento (Evitativo vs. Activo), habilidades de afrontamiento básicas y mecanismos de defensa.
- Identificación de recursos personales y apoyo social...

En un momento más avanzado se deberá reflejar esta información y/o preguntar por otra no facilitada:

- **Antecedentes** personales, diagnósticos psicológico/psiquiátrico, tratamientos médicos o de otro tipo (p. ej. hierbas medicinales), automedicación y consumo de drogas incluidas alcohol y tabaco.

- **Fisiológico:** Dolor de cabeza y/o espalda, somatizaciones, vómitos, dificultad para respirar, hiperarousal, fatiga muscular, tensión, opresión en el pecho, taquicardia, lipotimia, temblores, pérdida de energía, escalofríos...
- **Conductual:** Hiperactividad, pasividad, habla acelerada, cambios referidos en el comportamiento habitual, estallidos de cólera, retraimiento, automedicación, abuso de alcohol y/o otras drogas, conductas antisociales, agitación, temblores, auto o heteroagresividad...
- **Cognitivo:** Desorientación, pérdida de seguridad y/o de confianza, flashback, dificultades para concentrarse y/o tomar decisiones, pensamientos intrusivos, asunción de riesgos innecesarios, disociación, negación de evidencias, hipervigilancia, problemas para recordar sucesos traumáticos, alucinaciones, incoherencias, miedo a que vuelva a ocurrir de nuevo la emergencia...
- **Emocional:** Dificultades para expresar sentimientos, tristeza, entumecimiento, miedo, sentimiento de culpa (culpa del superviviente) o de invulnerabilidad, shock emocional, impotencia, pena, euforia, alegría, desesperanza, negación, ...
- **Sociales:** Retraimiento, evitación, aislamiento, presencia o ausencia de apoyo social, Conflictos interpersonales con la pareja, familia, amigos...

● Errores más frecuentes en la valoración

Hay una serie de errores que éstos profesionales pueden cometer; de acuerdo con Fernández Liria y Rodríguez Vega (2002) citados por Bermúdez, C. y Brik, E. son: "Convertir la entrevista en un interrogatorio, hacer juicios de valor, aceptar toda la responsabilidad en el trabajo terapéutico, responder desde la persona y no desde el rol de terapeuta, pasar por alto las emociones, no personalizar las intervenciones, hacer intervenciones prematuras, abrumar con excesiva información, dejar pasar por alto comentarios negativos sobre la terapia o el terapeuta y perder el foco de intervención¹⁵".

Además deberán tener presente al valorar, la existencia de riesgos existentes para evitarlos; entre otros:

- > **Pensamiento de grupo:** Situación donde cada miembro del grupo intenta conformar su opinión a la que creen es el consenso del resto de sus miembros. Resultando una situación en la cual todos se ponen de acuerdo en una determinada acción que cada miembro individualmente considera desaconsejable.
- > Para evitarlo: Avisar de la unanimidad absoluta reinante, con respecto a algo que no ha habido el tiempo suficiente para establecer de forma equilibrada (pros, contras,...).
- > **El sesgo de confirmación:** Aunque se explicó anteriormente, por su transcendencia en el contexto de emergencias se

15 Bermúdez, C. (2010). Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica. Editorial Síntesis, S.A.

repite. Es la tendencia de las personas a favorecer la información que confirman sus suposiciones.

- > Para evitarlo: Deberán plantearse siempre, si existe una hipótesis alternativa que explique mejor lo que está ocurriendo.
- > **El pensamiento único:** Es aquel pensamiento que se sostiene a sí mismo, constituyendo una unidad lógica independiente - por más amplio y complejo que sea, sin tener que hacer referencia a otros componentes de un sistema de pensamiento.
- > Para evitarlo: Favorecer el pensamiento crítico, el intercambio de opiniones, criterios... y la confianza para hacerlo entre los integrantes de los equipos.

tratar de reducir o eliminar dichos factores previniendo la aparición del problema y servir para valorar su aparición desde el inicio.

Para ello será muy importante saber y reconocer cuáles son las reacciones normales de las personas ante acontecimientos extraordinarios, no considerándolas patológicas, y establecer cuáles serán las actuaciones para resolver o controlar los problemas identificados, debiendo:

- Identificar las respuestas de las personas.
- Centrar la atención con base en esas respuestas.
- Prescribir las actuaciones específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.

2.- Diagnóstico de la víctima y/o de la situación

En esta fase se identificará y formulará aquellos problemas existentes que requieran la intervención psicológica para resolverlos o paliarlos; encaminando así la recuperación de las personas afectadas.

Existirán dos tipos de diagnósticos:

- **Reales:** situación o proceso que existe en el momento actual y cuyas intervenciones irán encaminadas a reducir o eliminar los factores concurrentes, y/o promover un mayor nivel de bienestar; servirá para comparar la evolución de lo que acontezca.
- **De alto riesgo o potenciales:** situación o proceso que aunque no existe en ese momento, existe alta probabilidad de que ocurra por la vulnerabilidad de los afectados, estando las intervenciones encaminadas a

Es en este momento cuando finaliza la etapa de diagnóstico y junto con la información recabada en la etapa de la valoración; debemos poder contarnos "*las seis W del periodismo*", que se considera la esencia de la noticia; en este caso de la situación de emergencia, y es fundamental para reunir, presentar la información, y que sea considerada completa:

- **Qué (What): Acontecimientos.** Acciones e ideas que constituyen el suceso. (P. ej. un accidente de moto con el resultado de dos heridos graves).
- **Quién/quienes (Who): Protagonistas.** P. ej. un accidente sufrido por dos jóvenes de 16 y 17 años.
- **Cuándo (When):** Sitúa la acción en un tiempo definido. Señalando su inicio, duración y final. (P. ej. el accidente tuvo lugar el sábado por la noche en torno a las tres de la madrugada).

- **Dónde** (Where): El espacio. **Lugar** donde han ocurrido los hechos. (P. ej. en el kilómetro dieciocho de la autovía A6 a la altura de la ciudad madrileña de Las Rozas).
- **Por qué** (Why): Explica las **razones** por las que se ha producido el acontecimiento. Incluye cuando es necesario; los antecedentes de ese acontecimiento. (P. ej. el conductor de la motocicleta había bebido alcohol según declararon sus amigos).
- **Cómo** (How): Describe las **circunstancias** concretas en las que se han producido los hechos. (P. ej. la motocicleta se salió de la calzada en una curva. Los jóvenes se precipitaron a un barranco)¹⁶.

O dicho de otra forma y haciendo un símil con la triada epidemiológica que explica las causas de enfermedades infecciosas: saber quién es el agente, huésped, ambiente, el lugar, la persona y el tiempo.

3.- Planificación

Su objetivo será establecer la intervención y la forma de llevarla a cabo, previniendo, reduciendo y/o eliminando los problemas detectados; para ello deben:

- Establecer prioridades ordenándolas jerárquicamente.
- Buscar soluciones a corto y medio plazo.
- programar las intervenciones y actividades, debiendo quedar registradas y formularlas en términos de conductas observables y/o cambios mensurables y realistas a corto,

medio y largo plazo.

- Plantear los objetivos al usuario, facilitándole información, orientación y resultados esperados.
- Llevar a cabo las medidas propuestas asegurando la uniformidad del trabajo que se realice y la coherencia con los objetivos perseguidos, encarrilando con ello la intervención nuestra y la de los que nos sigan (p. ej. informando del trabajo realizado en la transferencia del afectado al servicio de urgencias hospitalario, informando a la víctima del procedimiento antes acompañarla a denunciar).
- Derivar a recursos que se consideren necesarios, apropiados, capacitados o especializados para la buena evolución de la persona.

4.- Ejecución

En esta etapa se pondrá en marcha el plan elaborado, medidas establecidas, técnicas a aplicar, etc., cuyas acciones estarán encaminadas a alcanzar la meta propuesta, debiendo implicarse en él a todo el personal que tenga responsabilidad e incluso trato con el usuario, informándoles de aquello que se esté haciendo para:

- Estar integrados y coordinados; aquellos que intervengan con los afectados.
- Evitar entre todos la presencia de aquellos intervinientes que tengan afán protagonista; limitando o rehuyendo su presencia, eludiendo su contacto con los afectados, evitando que una intervención a destiempo arruine; y a veces de forma

16 Wikipedia. Cinco W. https://es.wikipedia.org/wiki/Cinco_W

irreversible, todo lo hecho y logrado hasta el momento.

- Evitar la revictimización del afectado al volver a preguntar información ya facilitada; sucediendo especialmente en aquellas situaciones de alto impacto emocional (p. ej. malos tratos, violencia de género, explotación sexual, abuso económico, comunicación de malas noticias, etc.), que por el tipo de intervención; serán la mayoría.

Los objetivos a lograr con la ejecución se apoyarán inicialmente en los primeros auxilios psicológicos o emocionales; en caso de haber sido prestados por alguien, para pasar a la intervención profesional psicológica; continuándola de forma natural, aplicando en este momento procedimientos, técnicas de intervención, medidas a tomar, métodos para gestionar las emociones, reacciones, actitudes y pensamientos, etc. con la finalidad de; basándonos en la Guía de primeros auxilios psicológicos para psicólogos¹⁷, lograr:

• **Restablecimiento emocional**

El objetivo será restablecer un nivel de funcionamiento adaptativo facilitando la comunicación emocional; para ello debe:

- > Facilitar la expresión emocional mediante preguntas abiertas.
- > Escucha activa prestando atención a la posible aparición de una crisis.
- > Técnicas de desactivación o activación fisiológica (respiración, relajación,

control de la tensión muscular...) de acuerdo al estado y necesidades de cada caso.

- > Promover y facilitar la recuperación de su red social natural.
- > Ofrecer disponibilidad y estar accesible en todo momento.

• **Comprensión de la crisis**

El objetivo será que la persona afectada comprenda la crisis, para ello debe:

- > Dar información general de los problemas y efectos del estrés (síntomas), de su control y afrontamiento, y de las reacciones normales en situaciones excepcionales.
- > Dar información específica sobre el suceso actual: entender lo que ha pasado; promover una narración adaptativa (corregir errores, sesgos, falsas atribuciones, ideas irracionales, etc.), informar acerca de la situación actual (heridos, presencia de diferentes recursos, etc.).
- > Responder a todo lo que pregunten.

• **Activar**

El objetivo será promover, facilitando y estimulando a la persona para que pase a la acción y con ello:

- > Recuperar el nivel de procesamiento cognitivo centrando a la persona en actividades y hechos.
- > Establecer un plan de acción; de acuerdo

17 Protocolo Acercarse. Guía de primeros Auxilios psicológicos para psicólogos. (2004). Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología.

con la persona, en el que se discutan objetivos y posibles acciones, explotando los propios recursos y estrategias de la persona afectada.

- > Acordar un contrato verbal personal para cumplir el plan pactado.

● **Recuperación del funcionamiento**

El objetivo será que la persona afectada recupere su actividad normal, haciendo hincapié en:

- > Planificar siempre tareas y actividades próximas y en compañía.
- > Promover el funcionamiento independiente.
- > Determinar la posible derivación o traslado.
- > Informar si va a ser hospitalizado.
- > Planificar el alojamiento (regreso a su hogar o al de un familiar, hoteles, etc.) y actividades a realizar en él.
- > Dejarle siempre acompañado con otros profesionales, voluntarios, familiares, amigos.

Se debe aprovechar esta etapa de la ejecución, para profundizar en la valoración de datos o información que quedaron sin comprender en momentos anteriores de la intervención. La propia ejecución será fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica, o como nuevos problemas que surjan.

5.- Evaluación

Esta será continua y comprenderá a la vez:

- Una acción que se realiza simultáneamente en cada una de las etapas.
- Una última etapa de un proceso dinámico donde se evaluará todo lo realizado hasta ese momento, valorando si la intervención, planteamientos, medidas... han sido o no las correctas y en caso de que no fuera así; introducir los cambios necesarios.
- El preludeo de un proceso que nuevamente se reiniciará: valoración, diagnóstico de la víctima y/o de la situación, planificación...

Con toda la información que se ha obtenido de la víctima, su estado, los problemas presentados, información facilitada por otros profesionales, intervención realizada por los psicólogos, la respuesta de los afectados a la misma, la comparación de los resultados obtenidos con aquellos que esperaban, la evolución que ha seguido...; podrán llegar a tres conclusiones:

- El afectado ha alcanzado el resultado esperado.
- El afectado está en proceso de lograr el resultado esperado, debiendo decidir si se mantiene la intervención o se si se introducen modificaciones en las medidas establecidas o actividades planteadas, para corregir aquello que dificulte su recuperación.
- El afectado no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso tendremos que realizar una revisión del problema, de los resultados esperados y/o de las actividades llevadas a cabo realizando ajustes e introduciendo

modificaciones para que la atención resulte más efectiva, concluyendo finalmente con la emisión de un juicio diagnóstico de la víctima y/o de la situación.

Seguimiento

Servirá como control de calidad del trabajo realizado y aprendizaje de la intervención, al saber aspectos positivos, negativos y/o que haya que mejorar, en intervenciones parecidas. Se debe realizar pasado un tiempo y con objeto de que la persona sienta una continuidad en el trabajo. Realizar un último contacto a corto y medio plazo; no más de un mes, es decir: ni tan poco tiempo y tan próximo al momento de la intervención; que no haya podido hacer cambios significativos, adaptarse a la nueva situación...; ni que haya pasado un tiempo tan largo que pierda sentido ponerse en contacto con la víctima. Debe hacerse preferiblemente a través de una llamada telefónica, con objeto de desvincular al afectado de los psicólogos de emergencias que lo atendieron; pero sabiendo que está recuperándose y/o atendida por otros profesionales que le ayudan.

Un punto polémico ¿Pronosticar desde la misma emergencia?

Será muy importante trasladar la percepción de los psicólogos en emergencias extrahospitalarias al emitir un juicio y "pronosticar" in situ, cómo prevén en ese momento la evolución; desde el escenario mismo, sabiendo las dificultades para poder hacerlo y las limitaciones existentes en un contexto totalmente adverso para ello. No se conoce al usuario que además, está viviendo una situación excepcional, y en donde comprender al afectado por parte del profesional; será complejo, al estar limitada

su intervención por cuestiones éticas, legales, morales... como por ejemplo, hacer algo o no, preguntar o abstenerse de hacerlo en ése momento al poder provocar daño, teniendo que limitar su profundización al estado en el que se encuentre; **y sin embargo, y a pesar de todo ello, dicha información e impresiones (p. ej. condicionantes en el domicilio, secretos familiares, triangulaciones, silencios, encubrimientos...) será muy importante trasladarlos a aquellos que continúen la labor desde otros recursos p. ej. hospitales, centros de salud, consultas privadas... para orientarlos una vez finalicen los psicólogos de emergencias su labor.**

No trasladar esas impresiones hará que se pierda información muy importante, cuyos matices harían contextualizar y comprender mejor todo lo ocurrido y encarrilar el tratamiento; existiendo en toda la actuación un difícil equilibrio donde habrá que conjugar distintos intereses, necesidades y actores:

- Respetar el secreto profesional.
- Tener que informar a terceros sin perder la confianza de los afectados quienes les ha brindado acceso a un espacio íntimo y protegido.
- **No dejar a los intervinientes como testigos mudos ante hechos en donde no siendo constitutivos de delitos, sean claros indicadores de situaciones que precisaran de un seguimiento por parte de otros profesionales no presentes** (P. ej. servicios sociales, Centros de Apoyo a las Familias, etc.) y más cuando no se pueda denunciar por falta de pruebas, o que hacerlo se acabara volviendo en contra de los mismos intervinientes al ser acusados de injurias, calumnias, etc. p. ej: ante una

sospecha de abuso económico en ancianos o un intento autolítico en el que el padre no quiera llevar a su hija al hospital y ella no quiera decir qué ha pasado; observando que su comportamiento cambia radicalmente cada vez que éste aparece, y presentando miedo, mutismo, temblores, etc.

Debiendo establecer mecanismos para poder alertar y que no queden impunes dichos comportamientos o situaciones, siendo una obligación moral; en caso de que otros no puedan intervenir, al menos hacer seguimientos ante lo que han observado. No se puede pedir tácitamente que en estos casos; los intervinientes, cierren la puerta del domicilio y actúen como que no haya ocurrido, visto y/o sospechado absolutamente nada, por el malestar que crea a los que saben que algo ha ocurrido, han visto y/o sospechado; queriendo hacer más pero no pueden, por el riesgo de que acabe volviéndose en su contra.

Lo cual lleva a plantearse si los mecanismos existentes son suficientes, conocidos, ágiles, están integrados, se corresponden con el tiempo actual, habría que revisarlos y/o crear otros nuevos, articularlos mejor, o si se pueden mejorar con objeto de que sean en definitiva atendidas estas situaciones limítrofes como se debiera.

- Sumar otros factores: No mentir. Decir la verdad. La verdad soportable. Toda la verdad. Si es mejor demorar información. Omitir información que dañaría de por vida y que poco aporta, pues retrasaría la recuperación. Conflictos ético-legales,...

La labor del psicólogo en emergencias muchas

veces obligará a todos los demás a cambiar su foco de visión y los términos en los que están acostumbrados a pensar; debiendo cambiar sus valoraciones de lo cuantitativo a lo cualitativo; del corto plazo, al medio y largo plazo. Se les debe hacer entender a los demás intervinientes, que demostrar sus resultados de forma directa, inequívoca y cuantitativa en este contexto; será difícil, precisamente porque aquello que se previene será complicado de medir in situ, al evitar precisamente que ocurra cuando sólo son una posibilidad. Si ya nadie discute que no se debe movilizar a un motorista en un accidente, enviando sanitarios al lugar, y prefiriendo éstos manejarlos con el máximo cuidado para evitar una posible lesión medular, ante las más mínima posibilidad de que pudiera producirse por todo lo que conllevaría: sufrimiento, estancia hospitalaria, pruebas médicas, intervenciones quirúrgicas, tratamientos, rehabilitación, pensión... **¿Por qué no se ve la psicología en los mismos términos?**

Compendio de ¿Cómo intervenir? (Intervención Psicológica Individual)

La respuesta a la pregunta inicial "¿Cómo intervenir?" queda respondida:

- Tras haber sido alertados por un incidente (una situación de urgencia/emergencia).
- Al llegar al lugar, haber realizado la Conducta P.A.S. y observar si existen o no, otros recursos "in situ":
 - > **En caso afirmativo** determinar si NO son sanitarios (Bomberos, Policía...). O SÍ son sanitarios; debiendo diferenciar en este caso, si son voluntarios (Cruz Roja, DyA, Protección Civil...), o Profe-

sionales (Médicos, Enfermeros, Técnicos en Transporte Sanitario...). Habrá que observar qué medidas están realizando.

- > **En caso contrario**, iniciar la intervención determinando al igual que hubiera hecho cualquier otro interviniente; si existe una situación de urgencia física, la cual puede ser grave o vital (RCP, Heimlich...), o menos grave (Primeros Auxilios Físicos), y sólo una vez controlada esta urgencia y en caso de que haya también una situación de crisis; se aplicarán los Primeros Auxilios Psicológicos, hasta determinar si fuera necesaria ayuda de más calado, o bastara simplemente con esa intervención.

De tal forma que si los psicólogos inician la ayuda, la continuarán hasta que la solucionen, deriven a un recurso especializado, o acudan al lugar otros intervinientes que se hagan cargo del afectado.

- En caso de que haya otros recursos "IN SITU", ofrecerán su ayuda en aquello que puedan colaborar y todos cederán la intervención, al acudir ayuda sanitaria profesional; para hacerse cargo de la situación.

Puede darse el caso de tener que demorar la intervención **psicológica** en caso de que la seguridad no esté garantizada o su acceso permitido por aquellos a quienes les compete esa función (Bomberos, Policía); realizando los primeros auxilios físicos y/o psicológicos aquellos que tengan acceso a la víctima. Esperarán en una zona segura junto a otros recursos, hasta que; o bien, puedan acceder al afectado con ayuda de otros; o puedan sacarle hasta ellos, debiendo ser evaluados por recursos médicos avanzados (*Lo primero es la vida*).

En cualquier caso si el personal médico reclama la presencia del psicólogo, deben tenerse en cuenta dos situaciones:

- Que el paciente esté inestable y/o con patología orgánica **en cuyo caso el afectado debe ser atendido por personal médico quien realizará su intervención siendo apoyados por los psicólogos en emergencias.**
- Que el paciente se encuentre estable y/o sin patología orgánica **donde se invierte el peso de la intervención, haciéndose cargo de la situación los psicólogos de emergencias, debiendo estar apoyados por el personal médico.**

Sin embargo, todo este despliegue de recursos en una situación de catástrofe o desastre no será posible y nuestra intervención será diferente.

¿Cómo intervenir con otros?

Si en el punto anterior "cómo intervenir" el acento está puesto principalmente en la intervención de cada interviniente, en su relación con el equipo y con otros intervinientes con los que se llegara a actuar; ante una urgencia o emergencia habitual, por dramática o impactante que fuera; ahora su intervención se hará en un escenario de catástrofe o desastre, en donde ante la cantidad de muertos, heridos, atrapados, infraestructuras dañadas, incertidumbre de lo que ha ocurrido, miedo a que se pueda repetir...; estará la capacidad de respuesta desbordada durante mucho tiempo y las consecuencias de lo ocurrido serán prolongadas en el tiempo a muchos niveles: Sa-

nitario, Social, Laboral, Seguridad, Económico, Político, Productivo, etc., debiendo coordinarse con otros y no interferirse para lograr una mayor efectividad y eficiencia de la ayuda existente; y en donde los intervinientes deben entender que el marco bioético habrá cambiado, teniendo que modificar su actuación, pasando de una bioética clásica a una utilitaria. El mayor bien para el mayor número de personas.

En éste, el escenario como se ha dicho será mucho más complejo, la demanda de ayuda excederá la capacidad de respuesta que pueda dar el sistema (organizaciones, recursos, servicios, autoridades...); siendo esta insuficiente, los recursos que haya en el terreno se encontrarán desbordados; incluidos los psicólogos, frente a un gran número de víctimas (heridos de diversa gravedad, supervivientes, testigos...), debiendo proceder a realizar primero el **Triaje Físico** como forma de empezar a gestionar el caos y posteriormente el **Triaje Psicológico**.

Triaje Físico

El Triaje es un instrumento que permite la clasificación de las víctimas de acuerdo a su gravedad y pronóstico de vida; y con él, la prioridad en la instauración de medidas, tratamientos y evacuación. Su principio fundamental será lograr salvar el mayor número de vidas con los recursos disponibles y la optimización de los mismos.

No se realizan grandes intervenciones, "tan sólo" inicialmente unas maniobras que serán muy sencillas y rápidas (Apertura de la vía aérea), que permiten salvar un gran número de vidas, evitando perder tiempo al dedicarse a una sola persona; en detrimento de otros que se pueden salvar con esas sencillas técnicas.

"El mayor bien para el mayor número de personas".

No sería ético detenerse a atender a un niño moribundo; al sentir impotencia por lo injusto de que muera, y/o al pensar que pudiera ser su hijo; iniciando una RCP avanzada, por el tiempo y recursos que absorbería hacerlo; cuando lo más seguro es que finalmente fallezca, e independientemente de que sea o no así; en ese tiempo habrían podido salvarse o beneficiarse un gran número de personas.

El objetivo del Triaje será clasificar a **todos** los afectados priorizando la intervención antes de iniciar actuaciones y/o tratamientos. La evaluación del afectado y la intervención con él no durará más allá de 30-60 segundos; en menos tiempo p. ej. podría catalogarse a una persona como muerta cuando no lo estuviera y demorarse con ella más tiempo significaría demorar la ayuda a otras víctimas, debiendo conseguir en ese escaso tiempo, tener una visión general de la víctima y si existe alguna de las principales amenazas para la vida en estos escenarios: la obstrucción de la vía aérea, la hemorragia y el shock.

Existen diversos tipos de triajes en función del medio donde se utilicen: urgencias, emergencias, catástrofes, hospitalario... que deberá ser realizado por personal entrenado y preparado para ello.

Cuanto más sencilla sea la polaridad o número de opciones (bipolar) más rápida será la ejecución del sistema, pero menos delicada será la clasificación.

Posiblemente el modelo de clasificación más utilizado, extendido, reconocido y aceptado sea el Tetrapolar; el cual se apoya en un sistema de utilización de tarjetas (Tagging) que permiti-

rán identificar e individualizar al mayor número posible de personas mediante el uso de colores, etiquetándolas (clasificando) **físicamente**. Estas tarjetas permiten en función de la gravedad, arrancar las solapas en orden menos grave (no haría falta cortar la solapa) al más grave: verde, amarillo, rojo y negro. Una vez triados no se deberá volver a valorar, o pararse a cambiar la asignación dada por otro compañero.

Se debe entender que por el contexto de catástrofe o desastre en el que se está interviniendo, la persona sólo podrá empeorar; pasando de verde a rojo, pero no mejorar; pasando de rojo o negro a verde; de ahí el tener que arrancar las etiquetas, y la importancia de que el resto no reevalúe a afectados valorados y respetar la decisión hecha por otros con la asignación dada; permitiendo así que la intervención fluya, se optimicen los recursos, todos reciban una primera asistencia, sepan la magnitud en la que están interviniendo y otros continúen la intervención más adelante en función de las posibilidades de supervivencia.

- Tarjeta **Negra**, prioridad 0 ó P0. Estas personas están muertas, o moribundas. Son personas con nula posibilidad real de supervivencia por las graves lesiones que presentan y cuya condición excede los recursos terapéuticos disponibles (p. ej. Traumatismo cráneo-encefálico con pérdida de masa encefálica donde la persona se encuentre inconsciente o ante personas con quemaduras de tal extensión y profundidad que no puedan ser salvadas en estas circunstancias...), pudiendo recibir **cuidados paliativos adecuados** a sus lesiones con analgesia y/o sedación aliviando así su dolor y/o sufrimiento y también el de sus familias cuando sepan que fue atendido y se evitó que sufriera.

- Tarjeta **Roja**, prioridad 1 o P1. Estado Muy grave. Necesita atención de extrema urgencia e inmediata porque existe riesgo vital. Suelen presentar: complicaciones en el ABC (p. ej. dificultad respiratoria, hipoxia, sangrado masivo, TCE severo, cianosis, bajo nivel de conciencia, etc.). Son aquellos donde la urgencia es absoluta y las lesiones se deben tratar en el lugar, sin demorar, tratando sólo aquellas que de no hacerlo provocaría la muerte de la víctima, las cuales se beneficiarán mucho con una intervención mínima. P. ej. pueden salvar la vida en peligro inminente con la "simple" apertura de la vía aérea.
- Tarjeta **Amarilla**, prioridad 2 o P2. Estado Grave. Necesita atención aunque puede ser diferida; considera la urgencia como relativa y la persona debe recibir atención, aunque su vida no está en peligro inmediato necesitarán cuidados médicos urgentes que se podrán retrasar unas horas (menos de 6 horas). Estas personas presentan: fracturas abiertas, T.C.E. leve, dedos amputados, etc.
- Tarjeta **Verde**, prioridad 3 o P3. Estado leve. Necesita atención mínima. Estas personas pueden caminar y demorar su atención un plazo de 6-24 horas e incluso más tiempo sin sufrir un efecto adverso grave. Requieren solamente tratamiento menor; p. ej. Abrasiones, heridas menores, contusiones, etc. con signos vitales estables.

Finalizado el Triage Físico, recibida una primera ayuda, abandonado el escenario por sus propios medios o evacuados hasta el Puesto Médico Avanzado, hospital... se pasará a realizar el Triage Psicológico.

Triaje Psicológico

Tras haber sido realizado un Triaje Sanitario Físico, y apoyándonos en lo dicho por Ruiz Muñoz¹⁸ se hará un Triaje Psicológico, quedando excluidas aquellas víctimas que se encuentran graves o con patología urgente (víctimas rojas y amarillas tras el Triaje Físico, excepto en aquellos casos donde el personal sanitario los requieran). Pudiendo clasificarlas como:

P1 (o Prioridad 1): Víctimas que por su estado emocional pueden beneficiarse inmediatamente de la asistencia psicológica. Son personas que se encuentran en riesgo o pueden poner en riesgo a los demás (p. ej. shock emocional, estados disociativos, explosión emocional sin autocontrol, víctimas con familiares aún desaparecidos, víctimas menores que se encuentren solos, etc.).

- P2 (o prioridad 2): Los afectados se considera que no se encuentran dentro del apartado anterior (P1), tienen más autocontrol y/o una visión más realista de la situación, no suponen un riesgo ni para ellos mismos ni para los demás (p. ej. víctimas con familiares heridos o fallecidos, víctimas que comienzan a expresar emociones y a conectar tras haber estado disociado pero que aún no han hecho una descarga emocional, víctimas con ira, culpa, ansiedad, somatizaciones...). Las víctimas se encuentran afectadas y se beneficiarán de la intervención psicológica.
- P3 (o prioridad 3): Los afectados se considera que no se encuentran en ninguno de los apartados anteriores (P1 ó P2). Son

aquellos afectados que afrontan la situación de forma saludable, no suponen un riesgo para sí o para otros, realizando una adecuada canalización de las emociones.

Si una persona cumpliera criterios de dos prioridades; se le asignaría el de máxima prioridad. Es decir, si nos encontramos con una persona que ha perdido a su hermano (P2) y se encuentra en una situación de estupor (P1), le asignaríamos una Prioridad 1. *[En este contexto de Catástrofes/Desastres se debe priorizar siempre que las circunstancias lo permitan, la intervención grupal sobre la individual. La premisa de la que hay que partir es que a priori, serán reacciones normales ante sucesos extraordinarios, donde se producen: pérdidas (materiales, económicas, emocionales, vitales, de salud...), dificultades (para asumir lo ocurrido...), etc., y por las características que presenta el sistema (sociedad, organizaciones, etc.) habrá que optimizar; especialmente en este momento, los recursos existentes que hayan. Debiendo estar reservada la intervención individual, para aquellos que casos que no fuera posible la intervención individual].* Se incluirán también en éste grupo a aquellas personas que no habiendo sido afectadas físicamente por el evento en un primer momento, sin embargo sean potencialmente víctimas de él en momentos posteriores, encontrándonos con: supervivientes, familiares e intervinientes de emergencias llegando incluso a tener que intervenir con un grupo de familiares, vecinos, amigos... p. ej. para dar pautas.

Intervención grupal

Una vez realizado el Triaje Psicológico sabremos el número de personas afectadas y el grado de afectación debiendo determinar si la ayuda que van a recibir es individual o grupal, siendo esta última una forma eficiente de optimizar los recursos

18 Ruiz, E. M^a. (2015). El triaje psicológico ¿Una herramienta para el psicólogo de emergencias? Revista Cuadernos de crisis y emergencias. N^o 14, Vol.1, 2015 (63-69)

disponibles; para ello se realizarán grupos homogéneos con personas en las que su estado permita esa intervención grupal. Clasificándolos de acuerdo con Ginorella como:

- Supervivientes indemnes.
- Supervivientes heridos.
- Supervivientes con familiares heridos.
- Supervivientes con familiares fallecidos.
- Familiares de fallecidos
- Familiares de heridos

[Considerando a juicio propio una categoría más]

- Intervenientes de emergencias

Debiendo tener en cuenta con cualquiera de los grupos y/o afectados:

1. La ubicación, el espacio y el entorno para prestar la asistencia (centros sanitarios, tanatorios, etc.).
2. Las tareas a realizar (recuperación efectos personales propios, declaraciones judiciales, identificación de cadáveres, etc.); y
3. El tipo de asistencia que se llevará a cabo (asistencia psicológica, acompañamiento, etc).¹⁹

Finalmente, se deberá realizar un especial seguimiento y cuidado del estado de salud mental y su evolución de aquellos intervenientes que hayan tenido la durísima tarea de triar, ofreciéndoles todo tipo de apoyo psicológico y reconocimiento.

Conclusión:

Que las intervenciones estén protocolizadas y los intervenientes conozcan los factores psicoló-

gicos que están presentes en todas ellas, interioricen una estrategia con la forma de proceder solos, en equipo y/o en colaboración con otros recursos; permitirá saber en qué momento de la intervención estarán, facilitará organizarse y desenvolverse en ella, controlar la situación a la que hayan de hacer frente; creando orden donde había caos, no añadiendo confusión y/o estrés, evitando perder tiempo, desautorizando involuntariamente a otros, o frustrando objetivos logrados. Delimitará competencias y responsabilidades. Evitará revalorizaciones innecesarias, revictimizaciones y desesperar al afectado, familia, testigos... al observar descoordinación y/o contradicciones en sus mensajes, pudiendo llegar a percibir a cualquiera de ellos más como un "estorbo" que alguien que brinde ayuda. Es decir, permitirá ser resolutivos y conseguir sinergias. Debiendo adaptar la intervención al contexto; sea urgencia, emergencia, desastre o catástrofe, priorizando salvar el mayor número posible de vidas, realizando el Triage Físico y posteriormente el psicológico, para poder prestar ayuda de forma individual y grupal a los afectados.

¹⁹ Ginorella, F.L. (2005). Elementos de triage psicológico y organización ambiental en simulacros y accidentes aéreos. Revista Cuadernos de crisis y emergencias. Nº 4, Vol.2, 2005

Bibliografía:

Bermúdez, C., & Brik, E. (2010). *Terapia Familiar Sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Madrid. España. Editorial Síntesis, S.A.

B.O.E. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. España.

Chinchilla, A., Correas, J., Quintero, F.J., y Vega, M. (2004). *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Barcelona, España. Editorial MASSON, S.A.

Coca, V. (2019). ¿Por qué se necesita incorporar la Psicología a la Emergencia Extrahospitalaria? *Revista Cuadernos de crisis*. Núm. 18. Vol.2. (16-42)

Coca, V. (2020). Gabinetes de atención psicológica sistémica para personal de emergencias extrahospitalarias. *Revista Cuadernos de crisis*. Núm. 19. Vol.1. (30-51).

Cruz Roja Española. (2001). *Estrés de los intervinientes en emergencias*.

Fernández, A., Ayala, M.E., Azcona, C., Bayo, M.C., y Campillos, A. (2018). Métodos de triaje y uso en emergencias y otros escenarios extrahospitalarios. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*. (Septiembre 2018)

Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCOAM. (2014). *Guía asistencial. Urgencias y emergencias extrahospitalarias*. Segunda edición.

Lorente, F. (2005). Elementos de triaje psicológico y organización ambiental en simulacros y accidentes aéreos. *Revista Cuadernos de crisis y emergencias*. Nº 4, Vol.2, 2005 (14-21)

Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS: Ginebra.

[Ruiz, E. M. \(2015\). El triaje psicológico ¿Una herramienta para el psicólogo de emergencias? Revista Cuadernos de crisis y emergencias. Nº 14, Vol.1, 2015 \(63-69\)](#)

Rodríguez, A. J., Peláez, M.N. y Jiménez, L.R. (2008). *Manual de triaje prehospitalario*. Editorial Elsevier. España.

Serrano, A., y Fernández, D. (2008). *Manual de Helitransporte sanitario*. Editorial Elsevier-Masson. España.

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de psicología. (2004). *Guía de primeros auxilios psicológicos para psicólogos*. Protocolo ACER-CARSE.

Recursos audiovisuales

Juan Manuel Fernández Millán. El comportamiento humano en situaciones de pánico colectivo. Reflexipedia. https://www.youtube.com/watch?v=QrMiTGs_dIM

Recursos Online

- **El efecto túnel:**

El «efecto túnel», ¿cómo afecta en la conducción? <http://blog.racc.es/coche/que-es-el-efecto-tunel/>

¿Héroes o entrenados? El caso de Tammy Jo Schults y el efecto túnel. <https://joanvives.wordpress.com/2018/04/21/heroes-o-en->

[trenados-el-caso-de-tammy-jo-schultz-y-el-efecto-tunel/](#)

- **Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E):**

<https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/etapas.html>

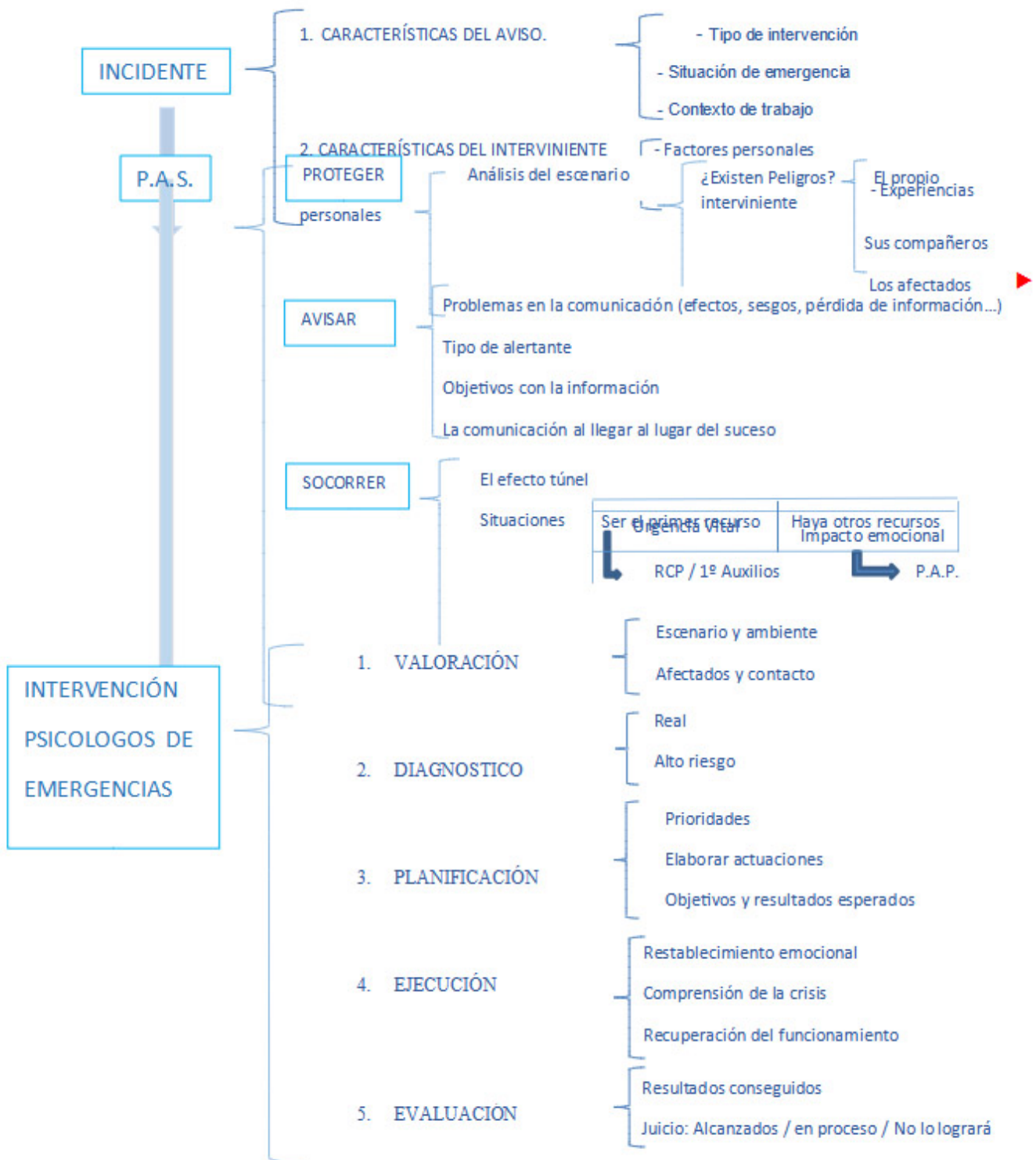
Elso, R, y Solís, L. (2010). El Proceso de

Atención de Enfermería en Urgencias Extrahospitalarias. <https://www.codem.es/acuerdos/el-proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-urgencias-extrahospitalarias>

- **Pensamiento de grupo:**

https://es.wikipedia.org/wiki/Cinco_W

Anexo 1 - Hoja de Ruta de Intervención Psicológica Profesional



Anexo 2 - Problemas en la comunicación



Anexo 3 - Estrategia de Intervención

