

PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: UNA NUEVA PROFESIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La Psicología de Emergencias es un ámbito profesional cada vez más presente en la sociedad actual, como bien muestran los medios de comunicación. Esto es así porque, por una parte, ha quedado patente que los sucesos vitales no solo atentan contra la integridad física de las personas, causan daños materiales o cuantiosas pérdidas económicas, sino que también generan un profundo impacto emocional en las personas afectadas, en los equipos de intervención y en la comunidad en general, impacto que puede acarrear importantes consecuencias a corto y largo plazo; y por otra, porque se ha reconocido la importancia que una pronta intervención tiene en la recuperación psíquica/psicológica de los afectados.

2. BREVE RECORRIDO POR LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS

Si bien no hay un único origen en la Psicología de Emergencias (la intervención psicológica en crisis y emergencias siempre ha formado parte de propio hacer del psicólogo) nos parece interesante señalar algunos de los hitos que forman parte de la historia de esta nueva área de conocimiento.

1. Los trabajos de investigación de Eduard Stierlin sobre las reacciones psicológicas de 21 supervivientes de un accidente minero (1905) y de 135 personas dos meses después del terremoto de Messina (Italia, 1908).
2. Los trabajos de Eric Lindermann (1944) con los supervivientes y con las familias de los fallecidos tras el incendio del Club Nocturno Coconut Grove en Boston. Sus informes sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes se convirtieron en la base de posteriores teorizaciones acerca del proceso de duelo.
3. Los trabajos de Friedman y Linn (1957) con los supervivientes del barco "Andrea Doria". Sus conclusiones subrayan la importancia de tener en cuenta las diferentes respuestas de los afectados dependiendo de la fase en la que se encuentren (choque inicial o recuperación).
4. Los trabajos de Lifton Robert (años 60) sobre los problemas psicológicos a largo plazo tras el bombardeo atómico en Hiroshima.
5. La publicación en 1970 por la Asociación de Psiquiatría Americana del manual de "Primeros Auxilios Psicológicos en casos de Catástrofes".

En España, la psicología de emergencias comienza a ser conocida mucho más tarde. Si bien ya en 1971 encontramos iniciativas de atención en crisis como las ofrecidas por el Teléfono de la Esperanza, no es hasta principios de los años 90 cuando los dispositivos de Protección Civil

empiezan a incorporar psicólogos en los planes de actuación ante las emergencias, aunque dentro de una orientación más psicosocial que psicológica. Será el desastre ocurrido el verano de 1996 en el camping de las Nieves en Biescas (Huesca) el que marque un antes y un después en este tipo de intervenciones. Por primera vez en nuestro país se da una demanda social de ayuda psicológica de características nuevas y, posteriormente, una valoración positiva de la intervención de los psicólogos por parte de los afectados y de los medios de comunicación. La presencia de psicólogos pasa a considerarse como un recurso humano más en una gestión eficaz de la catástrofe. Y esto también tiene su reflejo en los Colegios Oficiales de Psicólogos de España, donde empiezan a surgir paulatinamente los Grupos de intervención psicológica en emergencias.

3. PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: ¿EN QUÉ CONSISTE?

La intervención en psicología de emergencias es una práctica encuadrada dentro de la prevención secundaria. Es decir, si en el área de Salud Pública la prevención suele tomar tres formas -la prevención primaria (dirigida a reducir la incidencia de los trastornos), la prevención secundaria (dirigida a reducir los efectos dañinos de los sucesos que acaban de ocurrir) y la prevención terciaria (dirigida a reparar el daño ya causado)-, la intervención psicológica en emergencias se encuadra dentro de los procedimientos pertenecientes a la prevención secundaria. Es decir, se realiza cuando la persona se encuentra en estado de crisis.

¿Qué es un estado de crisis?

Podríamos definir crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización generado por un evento vital externo que sobrepasa la capacidad de respuesta de la persona; en otras palabras, sus mecanismos de afrontamiento le resultan insuficientes y se produce un desequilibrio e inadaptación psicológica.

La intervención en emergencias irá dirigida a ayudar a una persona a afrontar su crisis de forma que la probabilidad de consecuencias negativas disminuya y la probabilidad de crecimiento personal aumente.

Se podría afirmar que la psicología de emergencias ofrece asistencia psicológica en los primeros momentos del suceso (lo que el proyecto de Ley del Sistema Nacional de Protección Civil (2014) en su artículo 16 denomina “respuesta inmediata”) con el objetivo de atender el dolor inmediato así como de reducir las posibles consecuencias a medio y largo plazo.

A pesar de la apariencia, la psicología de emergencias no es *hacer psicología clínica en la calle*. Ambas tienen zonas comunes, pero también contornos propios que las delimitan. Así, podríamos destacar que:

- La psicología de emergencias no se realiza en una consulta sino en el lugar del incidente.
- La intervención se lleva a cabo con una duración limitada en el tiempo (en general no suele exceder de 1 o 2 días).
- La intensidad emocional de las personas con las que se trabaja es mucho más alta.
- Es un trabajo de equipo y que se ejerce en equipo.

- No hay un plan de trabajo al modo de las sesiones clínicas, aunque sí hay protocolos. Se trata de intervenciones que no se pueden preparar de antemano. Las situaciones son tan dinámicas que constantemente requieren de *experimentada* improvisación.

Aclarando conceptos.

Dando un rápido repaso a los nombres de los Grupos de Intervención Psicológica de los distintos Colegios Profesionales de Psicólogos de España comprobamos que en todos ellos aparece la palabra “Emergencias”, en muchos de ellos “Catástrofe” y en algunos “Desastre” o “Crisis”. Llegados a este punto, consideramos necesario aclarar algunos conceptos que muchas veces pueden parecer sinónimos sin serlo.

Cuando nos referimos a la respuesta que da el organismo ante un suceso de alto impacto emocional que sobrepasa sus recursos de afrontamiento, hablamos de crisis. Cuando atendemos al tipo de suceso, hablamos de accidente, emergencia, desastre o catástrofes, dependiendo del número de afectados y de la capacidad de respuesta del sistema. Repasando las definiciones ofrecidas por la Dirección General de Protección Civil, por Robles y Medina (2002), por García Renero (2003) y por Fernández Millán (2005) y comparando los términos entre sí, podemos llegar a la conclusión de que:

- Una catástrofe es una situación resultante de acontecimientos imprevisibles, brutales y repentinos que alteran o interrumpen sustancialmente el funcionamiento de una comunidad o sociedad por ocasionar gran cantidad de afectados, daños e impactos materiales, y cuya atención supera los medios disponibles de la propia comunidad. Se produce una importante desorganización social y se precisa ayuda del exterior. En la catástrofe, los individuos afectados no podrán contar con ayuda institucional, al menos en los primeros momentos, y tendrá que hacer frente a las consecuencias del fenómeno con sus propios medios. Un ejemplo de catástrofe lo constituyó el Tsunami de Indonesia de 2004.
- Un desastre es una situación en la que toda la población de forma indiscriminada se ve afectada por los hechos: altera el funcionamiento vital de la sociedad (biológico, orden del sistema, sistema moral y motivación de los individuos). En los desastres se produce alarma en toda la sociedad, pero los sistemas de respuesta institucionales, públicos y privados quedan indemnes pudiendo ayudar a la colectividad afectada. Un ejemplo de desastre fue el 11-M (España, 2004). También nos serviría el terremoto de Lorca (España, 2011).
- Una emergencia es una situación que aparece cuando surge un fenómeno o suceso eventual, inesperado y desagradable por su poder para causar daños o alteraciones en las personas, los bienes, los servicios o el medio ambiente. La emergencia supone una ruptura de la normalidad de un sistema, pero no excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada. Como ejemplo de emergencia sirva el accidente aéreo de los bomberos forestales de la base helitransportada de Alcorisa (Teruel) en 2011.

- Un accidente es un suceso imprevisto y no deseado que implica daños a un menor número de personas, causando, por tanto, un menor estrés en la colectividad. El sistema cuenta con recursos suficientes para afrontarlo. Sirva como ejemplo uno de los muchos accidentes de tráfico en los que perecen 1 o 2 personas.

Desde el punto de vista de la intervención encontramos características comunes que comparten tanto las catástrofes como los desastres, emergencias y accidentes. Estas son las siguientes:

- Son imprevisibles y accidentales.
- Causan sorpresa, indefensión y desestabilización.
- Implican pérdida o amenaza de la vida o de la propiedad, perturban el sentido de la comunidad y provocan consecuencias adversas para los supervivientes.
- Precisan intervención no demorable. Son situaciones de urgencia.
- Aparecen reacciones psicológicas similares.
- Son sucesos o eventos críticos, es decir, potencialmente traumáticos. La capacidad para causar trauma dependerá de las características personales del afectado (edad, estado vital, experiencias previas, capacidad de afrontamiento, recursos disponibles...) y de las características del suceso en sí. A este respecto hay que señalar que los sucesos de origen humano de carácter intencionado (p. ej. un acto de agresión sexual, un acto terrorista...) tienen mayor potencial traumático que un suceso de origen humano accidental (p.ej. un accidente laboral o un accidente de tráfico) o que un suceso de origen natural (p.ej. una inundación, un incendio).

¿En qué situaciones se interviene?

Si bien esto suele depender del tipo de convenio que cada grupo de intervención establezca con instituciones públicas (p.ej. protección civil) o privadas (p.ej. compañías de seguros), estos son los escenarios más frecuentes de los equipos de intervención en España:

- Accidentes de tráfico, aéreos, navales y ferroviarios.
- Accidentes laborales.
- Accidentes naturales: aludes, inundaciones, incendios, terremotos...
- Intentos autolíticos y suicidio consumado (en este caso se trabaja con los allegados).
- Maltrato de género.
- Maltrato infantil.
- Abuso sexual.
- Actos terroristas.
- Desaparecidos. Secuestrados. Toma de rehenes.
- Situaciones de alarma social.

¿Con quiénes se interviene?

Cuando en emergencias hablamos de afectados no solo nos estamos refiriendo a las personas que reciben directamente el impacto del suceso, sino a todo aquel que de una forma u otra muestra afectación por el suceso. A menudo el suceso repercute a nivel emocional y/o psíquico sobre personas que solo han visto, oído o sentido el suceso, o incluso a personas que no estaban presentes.

De forma general podemos distinguir tres tipos de afectados:

- Afectados directos o primarios: son aquellas personas que han estado expuestas directamente al suceso, tanto si se encuentran físicamente heridas como si se encuentran ilesas.
- Afectados secundarios: son aquellas personas que se encuentran afectivamente unidas a los afectados primarios.
- Afectados terciarios: se refiere a los profesionales que intervienen en la emergencia.

Taylor y Frazer (1981) amplían esta clasificación señalando hasta seis tipos de afectados:

- Primarios: personas que se encuentran expuestas al suceso al máximo nivel.
- Secundarios: parientes y amistades de los afectados primarios.
- De tercer nivel: personal de salvamento y rescate, quienes -en palabras de Taylor- “necesitan ayuda para mantener su rendimiento funcional durante algunas operaciones y hacer frente a los posteriores efectos psicológicos traumáticos”.
- De cuarto nivel: la comunidad implicada. Esto es, desde las personas que altruistamente ofrecen su ayuda, hasta quienes sufren pérdidas y robos en casos de desastre.
- De quinto nivel: personas que, sin haber estado envueltas directamente en el suceso, sufren estados de estrés o perturbación.
- De sexto nivel: personas que resultarían afectadas por estar implicadas de forma directa (podrían haber sido víctimas primarias porque estaban en el lugar del suceso) o de forma vicaria (p.ej. observadores, testigos).

De estas clasificaciones, lo más destacado es tener presente que en una emergencia puede haber afectados que no han estado presentes durante el suceso (p.ej., así lo recoge el criterio del propio Trastorno de Estrés Postraumático en el DSM-V) así como el hecho de que los propios profesionales que participan en las tareas de rescate y ayuda pueden terminar afectados.

¿Cuándo se lleva a cabo la intervención psicológica?

De modo general, se han identificado cuatro fases sucesivas en el desarrollo de las situaciones de emergencia. Son las siguientes:

1. Fase pre-impacto: como su nombre indica se trata de la fase previa al impacto. Corresponde a un nivel de prevención primario en el que cabe destacar la capacitación en prevención de desastres de la población (p.ej. el caso de Cuba y los tifones o Japón y los terremotos). Una buena prevención primaria minimizará los posibles efectos adversos.
2. Fase de alerta: La población se pone en estado de preparación (p.ej. las riadas del Ebro) ante las primeras señales de peligro. Se crean actitudes de vigilancia y defensa que conviven con la tendencia a no creer en la inminencia del peligro y a olvidarse de tomar las precauciones más básicas. Esta fase no siempre es posible porque hay muchos eventos que surgen de manera imprevista (p.ej. accidente de tráfico).

3. Fase de alarma: Hay una percepción de riesgo inminente. La situación se convierte en peligrosa y tiene poder como para iniciar una crisis. Como en el caso anterior, no siempre aparece o es tan breve que no es perceptible.
4. Período de crisis: es el momento en el que se da el suceso (incluye las horas posteriores). Esta etapa se caracteriza por el daño, la destrucción, la desorganización y confusión generalizada, el miedo, los sentimientos de vulnerabilidad, la necesidad de supervivencia... Es en esta fase cuando los servicios de los Equipos de intervención psicológica son demandados (prevención secundaria), si bien su presencia podría estar igualmente justificada en las fases anteriores.

¿Cuáles son las reacciones más habituales en los afectados durante la fase inmediata al impacto (período de crisis)?

Cuando el ser humano se encuentra ante un suceso de alta intensidad, el organismo pasa de un estado de indiferencia a un estado de máxima alerta, lo que conlleva la movilización de recursos fisiológicos con el fin de responder a la situación amenazante. Es la llamada reacción o respuesta de estrés y va a implicar tanto al Sistema Nervioso Central como al Sistema Nervioso Autónomo y al Neuroendocrino,

Presentamos a continuación un listado de la sintomatología más frecuente ordenado según el canal de respuesta:

A nivel fisiológico:

- Aumento de la frecuencia cardiaca, de la respiración y de la presión arterial.
- Palpitaciones.
- Sudoración, acaloramiento súbito.
- Necesidad continua de orinar u orinar mucho.
- Accesos de diarrea.
- Náuseas o vómitos.
- Temblor en manos y pies.
- Hiperventilación y sensación de pánico.
- Estupor fisiológico.

A nivel cognitivo:

- Pensamientos y valoraciones irracionales y/o negativas.
- Desorganización en el análisis de la información.
- Dificultades en la toma de decisiones.
- Focalización inadecuada de la atención.
- Dificultades en la concentración.
- Olvido de cuestiones importantes.
- Sensación de falta de autoconfianza.
- Sensación de falta de control.

A nivel emocional:

- Shock emocional.
- Embotamiento.
- Ira, irritabilidad, agresividad.
- Negación.
- Culpabilidad.
- Miedo.
- Ansiedad.
- Indefensión.
- Tristeza.

A nivel conductual:

Si imaginamos la expresión conductual a lo largo de un continuo, los polos de este podrían ser los siguientes:

- Polo dilatado: hiperactivo, nervioso, precipitado, agitado, caótico, gesticulante, descontrolado... En el caso más extremo nos encontraríamos a la persona que sufre una crisis de pánico y también a aquella que responde con agresividad.
- Polo constrictivo: hipoactivo, bloqueado, apático, pasivo, rumiante, lento, inmóvil... En el caso más extremo nos encontraríamos a la persona en shock.

En la modulación y evolución de estas reacciones no solo influyen las características del suceso (magnitud, origen, previsibilidad...), sino las características personales de cada afectado (antecedentes psicopatológicos previos, personalidad, estrategias y capacidades de afrontamiento, evaluación subjetiva de la situación, apoyo social...).

Estas reacciones psicológicas suelen mantenerse en los días siguientes al acontecimiento traumático y suelen ir evolucionando en varias fases. A veces alguna de estas respuestas se pueden mantener en el tiempo o irse derivando a otro tipo de sintomatología más persistente por lo que una intervención temprana en esta primera fase puede ser determinante para evitar reacciones diferidas de estrés.

Por otro lado, queremos recordar que, tal y como repiten todos los manuales de intervención en emergencias, “toda respuesta es normal en una situación anormal”.

Desmontando mitos: El pánico colectivo.

El pánico colectivo se caracteriza por un alto nivel de tensión y angustia intensa, anormal e incontrolable. Normalmente provoca la ruptura de las relaciones cooperativas y desemboca en un incremento del miedo y del peligro. La conducta de la persona se desorganiza y se hace muy desadaptativa: puede existir violencia, agresividad y, en ocasiones, actitudes temerarias. Se acrecienta por la incertidumbre y el rumor.

El pánico colectivo ocurre por contagio emocional: es un proceso interactivo en el que una persona influye en otra y esta, a su vez, en la primera, produciéndose un proceso de escalada emocional. No solo se contagia la emoción, sino que se incrementa la intensidad de la respuesta. Por lo tanto, si no se interviene en el inicio, puede resultar caótica.

En la base del pánico de masas está la despersonalización. Cuando una persona se encuentra en una situación de riesgo vital puede sentir miedo de responsabilizarse de sus actos, de tomar decisiones y tiende, de manera instintiva, a refugiarse en el grupo. Esta despersonalización conduce a un estado colectivo de gran sugestionabilidad, lo que facilita el contagio generalizado.

Es muy frecuente considerar que el pánico es una respuesta típica en situaciones de crisis. Sin embargo, las conductas inadaptadas no son las dominantes en este tipo de contexto. Las más frecuentes son las conductas cooperativas y coordinadas.

A pesar del miedo colectivo lo habitual es encontrarse con personas que desarrollan conductas prosociales y que siguen fácilmente las indicaciones de las autoridades. Son colaboradoras.

¿En qué consiste la intervención psicológica en la fase inmediata al impacto?

Los objetivos principales de esta intervención son restablecer la estabilidad emocional de la persona en crisis, aliviar el sufrimiento y prevenir la aparición de trastornos psicológicos. Para ello la intervención debe ser:

1. Inmediata: cuanto antes se interviene menos probabilidades hay de que se desarrollen psicopatologías futuras.
2. Realizada en un lugar próximo al suceso: se le aleja de la zona del impacto, llevándole a un lugar seguro y protegido de estímulos aversivos (p.ej. que no se tenga visión de los restos del accidente).
3. Sencilla y simple: el estado cognitivo y emocional de la persona en crisis suele estar alterado impidiendo comprender con claridad lo que ocurre, así como tomar decisiones. Por ello, se emplea un lenguaje sencillo de frases cortas y directas con el fin de facilitar la comprensión de lo ocurrido y de su propia reacción.
4. Positiva: Se transmiten expectativas positivas respecto a su capacidad de afrontar la situación y se normaliza, es decir, se insiste en que sus reacciones son las reacciones normales ante una situación excepcional.

¿Cómo se desarrolla la intervención?: Una intervención completa contemplaría los siguientes pasos:

1. Activación del grupo.
Los Grupos de intervención de los Colegios Oficiales de Psicólogos de España son activados por el organismo de Protección Civil de la propia autonomía con quienes previamente se ha firmado un convenio de colaboración. Dicho convenio recoge el plan de activación donde se refleja en qué situaciones el Grupo de intervención ha de ser activado. Por ejemplo, el Grupo de intervención psicológica en emergencias y catástrofes del Colegio Oficial de Psicólogos de Aragón (GIPEC-COPPA) es activado cuando el suceso provoca tres fallecidos o hay un menor implicado o se considera que hay alarma social.
2. Llegada a la zona.
El coordinador del Grupo localiza al Jefe de mando del operativo y pone el Grupo a su disposición.

3. Localización de los afectados potenciales.

Se realiza un cribaje para identificar a los afectados sobre los que urge intervenir antes.

Muchas veces se comienza la intervención por aquellos afectados que muestran una respuesta hiperactiva con el fin, por un lado, de facilitar el trabajo de los otros cuerpos de intervención (p.ej. bomberos) y, por otro, de evitar el posible contagio emocional a otros afectados y disminuir con ello las probabilidades de que la situación se des controle. Sin embargo, desde un punto de vista de prevención de psicopatologías, muchas veces son las personas hipoactivas (p.ej. una persona en shock o ausente) las que antes necesitan de intervención.

4. Organización del espacio.

Lo primero es llevar a los afectados a un espacio seguro y alejado de la zona de impacto (zona cero) con el fin de que eviten que sigan teniendo contacto (visual, sonoro, olfativo...) con estímulos aversivos.

En la búsqueda y organización de estos espacios se ha de tener en cuenta si se espera o no la llegada de familiares (sería ideal que cada familia contara con su propio espacio).

5. Inicio de los PAP (Primeros Auxilios Psicológicos)

Los PAP son la primera ayuda psicológica que se ofrece a los afectados. Es una herramienta que, en la mayoría de los casos, puede ser suficiente para rebajar la activación emocional y lograr una reubicación mental y emocional del afectado.

Consiste en:

- Tomar contacto. En este momento el profesional establece contacto físico, verbal y emocional con el afectado. Esto implica:
 - Mirar a los ojos.
 - Conducirse con calma. Esto ayuda a serenar la situación.
 - Mantener una actitud de empatía, respeto, igualdad y cercanía.
 - Identificarse y pedirle el nombre. Esto ayuda a resituarse.
- Ayudar a retomar el control y restablecer la capacidad de afrontamiento.
 - Aplicar técnicas de desactivación fisiológica (p.ej. respiración con expiraciones más prolongadas).
 - Facilitar la ventilación emocional. Es importante que la persona afectada exprese lo que ha vivido, cómo se siente, qué temores tiene... Esto facilita una organización mental y emocional que poco a poco llevará a la persona afectada a empezar a entender lo ocurrido y a integrarlo en su biografía. Para ello, el profesional aplica técnicas de escucha, no juzga ni censura, alivia la culpabilidad, permite expresiones de llanto, de ira...,

- Normalizar las reacciones. Es importante explicar al afectado que su respuesta es una respuesta transitoria, que no es una persona enferma sino una persona afectada y que su reacción es absolutamente normal.
- Dar información (la que se pueda dar) evitando un lenguaje que genere impacto emocional (p.ej. “está destrozado”) o imágenes dolorosas (p.ej. “tiene la cabeza aplastada”). No calificar los hechos como terribles o difíciles de superar.

6. Comunicación de malas noticias.

Una mala noticia siempre será una mala noticia por muy bien que se transmita. Aquí el objetivo es tener la habilidad de comunicarla con empatía, sin añadir más trauma, y acompañar al doliente en sus reacciones posteriores.

También se ofrece asesoramiento en el caso de que se haya de comunicar la mala noticia a un menor. Es decir, en la mayoría de los casos, se opta por que sea el familiar más cercano o el familiar emocionalmente más preparado el que transmita la noticia, contando para ello con el apoyo y asesoramiento del profesional.

7. Acompañamiento en la identificación de objetos y/o identificación de cadáveres.

Los objetos para ser identificados no se llevarán en el momento de dar la mala noticia. Se ha de dar un tiempo para asimilar el hecho.

Respecto a la identificación del cadáver lo ideal es que se haga a través de la prueba del ADN para no añadir más sufrimiento a la familia.

Como esta no siempre se practica (por razones de tiempo, de medios económicos...), últimamente se está imponiendo la identificación a través de fotografías a la visualización directa del cuerpo.

Si la familia insiste en ver el cuerpo, lo más frecuente es que el profesional lo vea antes para preparar a la familia. Si hay partes del cuerpo muy dañadas, estas estarán tapadas y se obviarán en la descripción. Solo se describe - usando un lenguaje neutral-, las partes visibles del cadáver.

8. Acompañamiento en tanatorio y rito funerario.

Presencia discreta. Es más importante que los dolientes reciban consuelo y apoyo de su red social (amigos, vecinos, compañeros del colegio...) que del grupo de profesionales emergencistas.

9. Derivación: La intervención en emergencias termina con la facilitación de otros recursos de ayuda (médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales...).

10. En casos excepcionales la intervención podría incluir un seguimiento posterior. El debate que esta cuestión siempre plantea en los Equipos de intervención psicológica en emergencias es si este seguimiento debería considerarse dentro de la Psicología de emergencias o si bien ya pertenecería al área de la Psicología clínica.

4. LA ATENCIÓN A LOS INTERVINIENTES EN LAS EMERGENCIAS

En las situaciones de emergencia se concentran una serie de factores – distintos cuerpos de intervención actuando e intentando coordinarse; fallecidos; el sufrimiento de los supervivientes, familiares, amigos... ; las circunstancias de las muertes (niños, suicidios...); una información escasa o contradictoria; a veces, condiciones atmosféricas adversas; intervenciones en condiciones peligrosas; el cansancio; la presencia de los medios de comunicación...- que activan todos sus recursos físicos, mentales y emocionales. Además, las situaciones de emergencia son situaciones tan cambiantes que el interviniente consciente o inconscientemente está permanentemente activado para poder reaccionar ante los imprevistos que puedan aparecer.

Esta activación les permite concentrarse, tomar decisiones rápidamente y desarrollar una gran actividad para atender con rapidez las variadas demandas que se producen, pero también supone un desgaste importante para el organismo; y las situaciones e imágenes de sufrimiento humano que contextualizan su trabajo pueden terminar afectándoles. De hecho, los profesionales que trabajan en emergencias tienen un riesgo seis veces mayor que la población de desarrollar el Trastorno de estrés postraumático (Parada, 2005).

Atender a los intervinientes en emergencias es prestar atención al estrés.

¿Qué es el estrés?

El estrés es un estado de tensión ante las exigencias del medio. La palabra estrés viene de la mecánica y significa la tensión de resistencia que opone un cuerpo ante una presión o fuerza determinada que se ejerce sobre él. En sentido biológico estrés significa el esfuerzo de adaptación que hace el organismo ante un agente que lo intenta distorsionar en algún sentido.

Finalmente, tenemos que decir que la tensión o estrés no siempre es dañina: la tensión, hasta un cierto grado favorece el rendimiento, pero pasado ese grado, la tensión se vuelve enormemente perjudicial (Ley de Yerkes-Dodson). El grado de tensión óptimo depende de cada persona y de sus circunstancias.

Las fuentes de estrés pueden ser muchas y hay distintas formas de clasificarlas, por ejemplo:

- estresores externos (p.ej. trabajar a 40 grados centígrados) o internos (p.ej. miedo a sufrir un golpe de calor).
 - agentes físicos (p. ej. estar en contacto con sustancias tóxicas...), sociales (p. ej. malas relaciones laborales), personales (p.ej. estar en un proceso de separación) o psicológicas.
- Respecto a estas últimas, hay cuatro causas importantes de estrés:

1. Frustración: como resultado de no conseguir nuestros propósitos o de no satisfacer nuestras necesidades. P.ej. tras dos horas de intento de rescate, el intervenido termina falleciendo.

2. Conflicto: cuando nos enfrentamos a una situación en la que hemos de elegir entre dos respuestas incompatibles a un mismo tiempo (p.ej. hacer lo que me dictan las normas, por ejemplo, impedir que los familiares toquen el cuerpo del fallecido, o lo que *humanamente* me gustaría hacer).
3. Presión: Por la premura de tiempo, por la competencia de otros, por la sobrecarga de trabajo, por la responsabilidad, por las circunstancias extremas de la situación, por las posibles consecuencias de la intervención...
4. Estrés autoimpuesto. Nace de creencias irracionales que cada uno se autoimpone e impone a los demás. P.ej.: tenía que haberlo salvado.

Presentamos a continuación los principales factores de riesgo que acompañan a los equipos de intervención en emergencias. Se trata de un listado general al que habría que añadir los que cada operativo, por sus propias características, aporta.

A) Factores relacionados con el incidente:

- Lesiones graves o muerte de compañeros.
- Accidente con múltiples víctimas.
- Intervenciones que originan lesiones o muertes en afectados.
- Muertes o lesiones traumáticas en niños.
- Incidentes con excesivo interés por parte de los medios de comunicación.
- Víctimas conocidas del interviniente.
- Resultados negativos tras intensos esfuerzos.

B) Factores personales:

- Inclinación al perfeccionismo.
- Generar altas expectativas en las intervenciones.
- Baja autoestima.
- Idealización de la ayuda que se presta a las personas vulnerables.
- Minimizar los resultados que se obtienen, aumentando la sensación de impotencia.
- Dificultades para decir “no” a determinadas tareas.
- Excesiva responsabilidad.
- Búsqueda de sensaciones y asunción de riesgos.
- Búsqueda de gratificación inmediata.
- Dificultad para mantener relaciones sociales.
- Escaso desarrollo de habilidades sociales.
- Inadecuados mecanismos de afrontamiento.
- Inseguridad.
- Falta de equilibrio personal.
- Poca tolerancia a la frustración.
- Malas condiciones físicas.
- Vivencia de situaciones similares no elaboradas similares a las que está viviendo ahora.
- Estar atravesando un momento delicado en su vida personal.
- Experiencia de fracaso en intervenciones anteriores.
- Carecer de red de apoyo social y familiar consistente.

C) Factores relacionados con el contexto de trabajo:

- Falta de información.
- Falta de medios (humanos y materiales).
- Desconocimiento del campo de actuación.
- Inadecuación del perfil con la actividad.
- Falta de rotación en la tarea.
- Presiones de trabajo.
- Falta cohesión grupal.
- Condiciones de falta de seguridad personal.
- Existencia de conflictos con los mandos o compañeros.
- Turnos de trabajo inadecuados.
- Carencia de pausas o descansos.
- Climatología adversa.

Estos factores pueden causar estrés. Para detectarlo es importante que el emergencista conozca y (se) reconozca la sintomatología más frecuente:

a) A nivel fisiológico:

Respiración agitada o palpitaciones, náuseas, trastornos digestivos, diarrea y pérdida de apetito, sudores, escalofríos, temblores musculares, contracción muscular, manos frías o sudorosas, dolor de cabeza, problemas de espalda o cuello, perturbaciones del sueño, malestar estomacal, gripes e infecciones, fatiga, temblores, boca seca, opresión en el pecho...

b) A nivel emocional:

Las respuestas más frecuentes son aquellas relacionadas con sintomatología ansiosa y/o depresiva.

Así, es frecuente encontrar estados de tristeza, cambios de humor, apatía, sentimientos de impotencia, vulnerabilidad e inadecuación, frustración, tener dificultad para expresar sentimientos, anestesia afectiva, miedo a perder el control, irritabilidad, agresividad, culpabilidad, nerviosismo...

c) A nivel cognitivo

Nos podemos encontrar confusión, desorientación, problemas de concentración y de memoria, olvidos, lentitud de pensamiento, dificultad para pensar y tomar decisiones, pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro que es visto como desolador, excesiva autocrítica, pensamientos repetitivos e intrusivos, excesivo temor al fracaso, presencia de flashback sobre sucesos impactantes, sueños recurrentes sobre un tema determinado u otros sueños traumáticos, amnesia retrógrada y selectiva, alucinaciones...

d) A nivel comportamental y social:

Es frecuente el aislamiento de la familia y amigos, la pasividad o hiperactividad y la incapacidad para descansar, el llanto, las reacciones impulsivas, la risa nerviosa, el trato brusco hacia los demás, un cambio en el comportamiento habitual, el aumento del consumo de tabaco, alcohol

y otras drogas, el aumento o disminución del apetito, la pérdida de interés por cosas que antes eran gratificantes...

Las consecuencias serán más o menos graves, más o menos reversibles dependiendo del grado, de la frecuencia y del tiempo de exposición a la respuesta de estrés.

Si atendemos a las alteraciones psicológicas más frecuentes, nos encontramos con:

- Trastornos del ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos de estrés postraumático.
- Transformación persistente de la personalidad.
- Trastornos de adaptación.
- Trastornos de sueño.
- Trastornos sexuales.
- Burnout.
- Fatiga por compasión.

¿Cómo prevenir el estrés?

En la prevención del estrés del emergencista hay dos protagonistas principales:

1. La institución a la que pertenece y que marca, en buena parte, las condiciones laborales en que desarrolla su trabajo.
2. El propio emergencista.

Prevención desde la institución:

Cuidar de la salud y del bienestar del trabajador es una obligación empresarial. Desde este punto de vista, la organización a la que pertenece el profesional de emergencias debería:

1. Ofrecer formación actualizada y continuada sobre:
 - Las tareas que implican el desarrollo de la profesión.
 - Ansiedad y estrés: qué es la ansiedad/el estrés, cuáles son las respuestas más habituales y las formas de control (ej. técnicas de respiración, de visualización, de relajación, el uso del humor, el pensamiento positivo...).
 - Primeros Auxilios Psicológicos: uno de los aspectos que más estresan al emergencista es no saber qué hacer con el dolor y la angustia de los afectados. Cómo tratar a los dolientes. Esto se convierte en un importante estresor que se añade a los estresores propios de su labor principal.
2. Asignar a cada miembro del equipo a una actividad atendiendo a sus capacidades.
3. Crear un buen clima de trabajo y favorecer las relaciones positivas dentro del equipo.
4. Realizar pausas y turnos de trabajo.
5. Si se detectase, in situ, a un compañero con respuestas de ansiedad o manifestaciones de estrés:
 - Apartarle y llevarle a un lugar sin estímulos agresivos.
 - Preguntarle, escucharle, normalizarle, apoyarle.

- Proporcionarle un descanso (media hora o el tiempo que requiera) o cambiarle de tarea.
6. Tras la intervención, y por protocolo, realizar prácticas de desactivación como p.ej. defusing o debriefing.

Prevención desde el interviniente:

El propio interviniente juega un papel importante en la prevención de enfermedades relacionadas con el estrés. A este respecto, ofrecemos una serie de pautas que pueden ser de utilidad:

1. Llevar una vida sana: alimentación, sueño, deporte, ocio... que equilibre el desgaste laboral.
2. Preocuparse por formarse y aumentar su profesionalidad.
3. Mantener relaciones sociales que le sirva de apoyo.
4. Conocer los propios límites y rebajar el perfeccionismo.
5. Revisar la forma de pensar: identificar ideas distorsionadas y creencias irracionales.
6. Aprender a manejar un estilo asertivo.
7. Saber manejar la empatía y la ecpatía.
8. Usar la protección del rol.
9. Recordar que tras una intervención es normal:
 - Sentir una activación fisiológica, cognitiva y emocional.
 - Tener necesidad de seguir trabajando, de no poder parar ni descansar.
 - Sentirse incomprendido por los seres queridos.
 - Ser demasiado críticos con la labor realizada.
 - Que aparezcan imágenes sobre el incidente o soñar con él.
 - Sentir necesidad de contar repetidamente lo sucedido, o lo contrario: no tener ningún deseo de hablar de ello.
 - Sentirse aburrido y con necesidad de volver a intervenir.
 - Que se produzcan cambios en la escala de valores.
10. Practicar técnicas de manejo de estrés antes, durante y después de la intervención:
 - Técnicas de respiración y de relajación.
 - Actitud consciente y atención plena (actualmente denominado *Mindfulness*)
 - Expresar lo vivido, ya sea a través del diálogo, de la escritura, de la pintura...
 - Buscar apoyo en los compañeros, en la familia, en los amigos.
 - Establecer consigo mismo un contrato de recuperación: realizar un calendario con actividades que pueden ayudar a la recuperación y cumplirlo.
11. Buscar ayuda profesional si el malestar se prolonga en el tiempo (a partir de la 5 semana), si la sintomatología en vez de disminuir aumenta de intensidad o si está provocando disrupciones en la vida cotidiana.

REFERENCIAS:

- DSM-V: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2010). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Editorial Paramericana.
- BELLOC, A., (2008) *Manual de psicopatología II*. S.A. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE ESPAÑA.
- FERNANDEZ MILLÁN, J.M. (COORD.) (2005). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Pirámide.
- FIDALGO, M. (2006). *Nota técnica de prevención 390: La conducta humana ante situaciones de emergencia: Análisis de proceso en la conducta*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto nacional de seguridad e Higiene en el Trabajo.
- FOUCE, J.G., HERNANDEZ-CORONADO,C., NEVADO, M., MARTÍNEZ, R.M., LOSADA, D. Y LILLO,A. *Intervención psicológica en situaciones de emergencia. Cuadernos de crisis 1998 (www.cuadernosdecrisis.com)*.
- GARCÍA RENERO,M., GIL BELTRAÁN, J.M. *Aproximación conceptual al desastre. Cuadernos de crisis núm.3, Vol.1.Año 2003 (www.cuadernosdecrisis.com)*.
- HERNÁNDEZ CONDE, M.J. Y OCHOA CEPERO, M.J. (2015). *“Psicología y emergencia: el papel del profesional de la psicología en las situaciones de emergencia*. FOCAD-COP.
- LORENTE, F. (2008). *Asistencia psicológica a víctimas. Psicología para bomberos y profesionales de las emergencias*. Arán Ediciones.
- PARADA, E. (2005) *Psicología y emergencia, habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Editorial Bruwer. Madrid.
- ROBLES SÁNCHEZ, J.L., MEDINA AMOR, J.L. (2002). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Ed Síntesis. Serie guías de intervención. Madrid.
- TAYLOR, A.J.W. Y FRAZER, A.G. (1981). *Psychological sequelae of operation overdue following the dc-10 air crash in Antarctica*. Victoria University, Wellington, New Zealand: Victoria University of Wellington Publications in Psychology, 27.
- URRUZUNO ECHEVERRÍA, J.M., ESPINOSA NAVAS, I., IZQUIERDO RODRIGUEZ, R. Y DE LA PUERTA RUEDA, C. (2012). *Manual psicossocial para intervinientes en emergencias*. Academia vasca de Policía y Emergencia.
- <http://www.proteccioncivil.org>