

EL CONTEXTO DE INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS O CATÁSTROFES

Marcelino Yagüe Cabrerizo¹

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos nos vemos en ocasiones sometidos a situaciones de crisis en las que nos sentimos en peligro, sufrimos reveses de todo tipo, etc., que ponen a prueba nuestras capacidades de afrontamiento y que nos obligan a tomar decisiones de las que depende nuestro futuro. Suelen ser hechos puntuales (circunstanciales nos dice la literatura sobre el tema) que afecta al sujeto y a su entorno inmediato. Las reacciones y los efectos correspondientes suelen ser asumidos de distintas formas, pero, y esto es lo normal, quedan en un ámbito restringido a la persona y a su familia.

Cuando esto ocurre, para la Psicología, una víctima, por el hecho de serlo, resulta afectada en su mundo personal y relacional, físicamente, respecto a su futuro, etc. Pero todas ellas tienen algo en común: la afectación en mayor o menor grado en su integridad y funcionamiento psicológico y emocional. Y estos efectos deben ser atendidos adecuadamente.

Pero si damos un paso más allá nos situamos en lo que podríamos llamar las grandes crisis cuando se deben a hechos o situaciones como las catástrofes y las emergencias. Lo que destaca en ellos es su volumen. Podemos definirlos como sucesos bruscos, inesperados, que afectan a muchas víctimas, que sufren principalmente daños en su integridad física y/o en sus bienes, o se sienten amenazados en ese sentido.

Una característica que podemos adelantar respecto a los desastres, y en menor grado las emergencias, es que sus consecuencias sobrepasan lo particular para incidir también en el grupo, en la sociedad. Los efectos de las catástrofes no quedan restringidos al individuo o a la familia solamente, sino que repercuten en el ámbito público y social, originándose una situación de desconcierto, desamparo y desestructuración general, que provocan el aumento de los efectos individuales en cantidad e intensidad. Es decir, que podemos distinguir como dos dianas:

- La persona individual.
- La sociedad.

El nivel de afectados no se limita a las víctimas directas, sino que se forman varios círculos en los que quedan incluidos, aparte de las víctimas directas, sus familiares, amigos y allegados, compañeros, poblaciones próximas, etc., así como componentes de los servicios asistenciales que intervienen, con lo que se multiplican los perjudicados, y, por tanto el número de personas que necesitan ser atendidas.

En cierto modo, una catástrofe podemos considerarla como la suma de múltiples crisis personales y familiares, ya que lo que caracteriza a este tipo de suceso es que impacta sobre mucha gente en un breve espacio de tiempo, pudiendo prolongarse a lo largo de los años las consecuencias producidas.

Sin embargo, hay que señalar que los hechos catastróficos, por su naturaleza irregular e inesperada, por su magnitud y efectos, por afectar simultáneamente a muchas víctimas, por los diversos escenarios posibles y por la conjunción de múltiples actuaciones de quienes están ayudando desde diversos ámbitos, constituyen un contexto muy especial, con facetas diferenciadoras que hay que considerar para realizar la asistencia psicológica con garantías de éxito.

Características diferenciadoras de las catástrofes

Si bien cada situación presenta características distintas, ya que, por ejemplo, una inundación no es lo mismo que una explosión criminal, existen algunas de ellas que son comunes en la mayoría de los casos y su enumeración nos puede servir de referencia para entender mejor dónde nos metemos, con qué nos podemos encontrar. Es una forma de prevención para el actuante y de que el trabajo a realizar sea más acorde con la realidad.

¹Vocal Colegio Oficial de Psicólogos País Valenciano
Área de Intervención Psicológica en Catástrofes.

1°.- La suma de las partes supera al todo.

La acumulación de efectos origina consecuencias añadidas en los individuos que no se dan en las crisis individuales. Al dolor individual se añade el dolor de los demás. Se acumulan y contagian tensiones, angustia, confusiones y reacciones.

2°.- Los comportamientos individuales son interactivos.

Las víctimas directas están sometidas a similares riesgos y sus reacciones de evitación o escape generan conductas simultáneas que se entrecruzan, produciendo comportamientos cooperativos o competitivos, desde el altruismo y entrega absoluta (generosidad, riesgos, solidaridad, apoyo, etc.), hasta el egoísmo total del sálvese el que pueda, o el pánico compartido.

3°.- El impacto alcanza al sistema social, no sólo a las víctimas directas.

Queda afectada la propia estructura de la sociedad, así como su funcionamiento, y la obliga a intervenir con esfuerzos y medios extraordinarios, implicando a personas, instituciones y organizaciones que nunca actuarían en casos particulares.

Los efectos pueden extenderse a capas más o menos amplias del colectivo.

4°.- Se golpea al sistema de creencias sociales.

El funcionamiento de la sociedad se basa cognitivamente en creencias tales como seguridad, futuro, desarrollo controlado, normalidad en la vida cotidiana, etc. En las catástrofes, no sólo se derrumba un edificio, o mueren muchas personas. También se derrumba y muere el esquema mental sobre el que se sostiene la vida del grupo. La vulnerabilidad física y psicológica queda al descubierto, malparada.

El mensaje es claro: no hay seguridad, el futuro no es previsible. Nadie está libre de ser víctima de un desastre o catástrofe. En ocasiones, ni las mejores previsiones lo pueden evitar. Consecuencia de ello es que la memoria individual y grupal se impregna de sentimientos profundos de desamparo y de miedo que van a marcar históricamente a los individuos y a la colectividad.

5°.- Provoca un desbordamiento de los recursos asistenciales corrientes.

Esta circunstancia se refiere tanto a los recursos personales como a los materiales.

Respecto a los humanos, son los profesionales (sanitarios, bomberos, policías...), los gestores institucionales y los voluntarios, los que se ven obligados a intervenir en condiciones dramáticas y especiales, con muchas víctimas que se han de atender, forzados a tomar decisiones de alta responsabilidad, lo que les exige sobreesfuerzos y dedicación absoluta y prioritaria. Se añade la imposibilidad de poder atender muchas de las demandas originadas al no disponer de suficiente personal para ello.

En cuanto a los materiales, pueden resultar insuficientes o inadecuados. O no estar disponibles.

6°.- La asistencia tiene una dimensión de urgencia.

Se impone la rapidez, que se suma a la magnitud de las consecuencias, complicando la intervención y presionando a los que están trabajando en todos los niveles. Esta dimensión también genera tensión y obliga a tomar rápidamente decisiones dramáticas (triaje de lesionados, proximidad a riesgos y peligros activos o latentes)

7°.- La intervención psicosocial generalmente es grupal.

Lo común, a la hora de intervenir, es que se realice no con individuos aislados, sino con grupos familiares o sociales.

8°.- El escenario.

En toda catástrofe se producen una serie de efectos en los que espacios, zonas urbanas, edificios, lugares o vehículos afectados han desaparecido, se han destrozado, han cambiado su fisonomía y se presentan como escenarios dantescos, informes, increíbles. Y eso exige un esfuerzo de adaptación que puede resultar complicado, desconcertante y penoso. Además, se ha de luchar contra la percepción de caos y desorden correspondiente al movimiento inusual, desorganizado, de personas en ese lugar.

9°.- La presencia de víctimas muertas o heridas.

La visión de cadáveres, o atender a lesionados o familiares constituye un impacto emocional fortísimo y muy duro, tanto en las víctimas presentes como en quienes las están atendiendo. Y no todo el mundo está preparado para soportarlo con suficiente entereza.

10º.- El trabajo en equipo.

Nunca se trabaja solo. La atención a los afectados es interdisciplinar, con lo que conlleva de armonía / disarmonía y complementariedad / oposición, aunque ocurre entre equipos que se conocen poco (o nada), con objetivos finales comunes, pero no tan comunes en el recorrido e intereses inmediatos.

Partiendo de lo dicho, podemos constatar que nos enfrentamos a dimensiones y problemáticas no comunes, con consecuencias nuevas e implicaciones sociales y asistenciales que van a condicionar toda la tarea a realizar.

¿Qué se hace desde la Psicología en una situación de catástrofe?

Resulta obvio que entre las distintas formas en que hay que atender a cada uno de los implicados en un suceso de naturaleza destructiva, cobran prioridad las de salvamento y rescate y salud, evitando se produzcan más fallecimientos y asistiendo a los lesionados para reducir los daños físicos sufridos. Complementando esta tarea, resulta necesario la atención emocional, cubriendo así necesidades que nacen en cada uno de los implicados. En el caso de los familiares de víctimas, por ejemplo, éstas serían las necesidades más inmediatas a atender.

Teniendo en cuenta las características mencionadas más arriba, quienes tienen que intervenir en estos casos, deben conocer el terreno que pisan y sus circunstancias. Su trabajo lo han de desarrollar con esquemas totalmente distintos a como lo hacen normalmente en su labor del día a día.

Respecto a la asistencia psicológica, y para ayudarnos a situarnos debidamente, podemos examinar tres campos a tener en cuenta en esa atención:

- A) Referidos a los objetivos.
- B) Referidos al modus operandi.
- C) Referidos al interviniente (psicólogo o no psicólogo).

A) Los objetivos.

1º.- Aminorar las consecuencias cognitivas, emocionales y comportamentales negativas que sufren las víctimas.

Se ha de conseguir que la confusión, el dolor, el temor, la angustia, la paralización, las conductas aberrantes y un sinnúmero de secuelas negativas sean reducidas y controladas.

2º.- Ayudar a la persona a ir recuperando su normalidad.

A realizar respecto a su ámbito cognitivo, emocional y conductual, activando en ella, hasta donde sea posible, sus propias capacidades.

3º.- Detectar y prevenir posibles psicopatologías.

Estas psicopatologías pueden ser latentes que emergen a raíz de lo sucedido, o claramente originadas por el hecho en sí. En todo caso, se atenderán y para encauzarlas a los tratamientos correspondientes.

4º.- Actuar como consultor de emergencias.

A realizar ante quienes toman decisiones, en forma de asesoramientos e información sobre los posibles comportamientos de los afectados y sobre la mejor forma de atenderles.

5º.- Colaborar con los demás equipos de asistencia.

Se ha de complementar la labor que realizan en lo referido a los aspectos emocionales y psicológicos.

6º.- Atender, en su caso, a los intervinientes.

Así se pueden reducir los efectos negativos que puedan sufrir por su trabajo.

7º.- Formar al personal que actúa en estos casos para

- a) que puedan atender adecuadamente a las víctimas desde el punto de vista emocional.
- b) para que aumenten su propia capacidad de afrontamiento y reducción del estrés que puedan sufrir.

B) Modus operandi.

Estaríamos hablando de cómo actuar, qué técnicas utilizar, qué principios rigen estas actuaciones.

Aquí debemos distinguir dos sistemas de trabajo, en función del momento de intervención:

1º.- La primera ayuda psicológica (de aplicación por psicólogos, así como por otros profesionales entrenados).

2º.- La terapia en crisis (reservada a los psicólogos).

1º.-) La primera ayuda psicológica.

Constituye la asistencia a prestar in situ, para atender las reacciones y consecuencias de carácter psicológico y emocional que se producen en las víctimas a causa del impacto.

Como axioma operativo, hay que tener en cuenta que se van a atender respuestas normales ante una situación anormal.

Ha de seguir los criterios de:

- Proximidad.

Lo más cercano al lugar del hecho. In situ, pero no a la vista de cadáveres (salvo acompañamiento a la familia para su reconocimiento) o proximidad a otras víctimas.

- Inmediatez.

Cuanto antes comience la asistencia, antes se iniciará la normalización de la persona y mejor se la preparará para afrontar su trauma o duelo.

- Expectativas.

Trabajar con expectativas positivas respecto a la reducción de los daños emocionales y la recuperación de la normalidad (psicológica, social, histórica, etc.).

Es fundamental creer en lo que se está haciendo.

Y para conseguirlo, los psicólogos han de ser facilitadores de expresión de emociones y contenedores de reacciones de los afectados, para que quien lo necesite pueda situarse, llorar, gritar, afrontar momentos muy duros, tomar decisiones, recuperar la normalidad, etc.

El profesional tiene que ir descubriendo en las víctimas (y en el grupo familiar), sus propias capacidades de afrontamiento para que las activen, de forma que puedan sentirse útiles, hacia sí mismo y hacia los demás.

Con ello se reducen sus sentimientos de inutilidad y de autoculpabilización de los afectados, en algunos casos, a la vez que se evitarán la etiquetación como víctimas pasivas e inútiles que tanto daño les puede producir posteriormente.

En este contexto, es básico utilizar el mismo lenguaje que el afectado (emocional, cognitivo y conductual) para entrar en contacto con él y poder influir en su estado de manera funcional.

¿Cuál es el Rol del Psicólogo?

Una de las primeras consecuencias que se derivan de este planteamiento es advertir que, desde el primer momento, el psicólogo que actúe tiene que matizar su rol. En ningún caso interesa psicologizar a los asistidos. No son enfermos ni perturbados mentales. En pocos casos existe una verdadera psicopatología. Estamos ante sujetos que reaccionan ante una situación inesperada y desesperada, que les desborda y para la que no suele haber nadie preparado.

Es obvio que la intervención en esta fase no debe estar basada tanto en técnicas terapéuticas como en actitudes y habilidades de ayuda. De acercamiento al otro, de empatía y de comprensión emocional. Si bien estas actitudes son obligadas en todo profesional, en este caso deben soportar el mayor peso en la tarea asistencial.

A) Singularidades específicas de la primera ayuda psicológica.

La primera ayuda psicológica:

a) **Se realiza en un contexto no normalizado.**

Sin estructurar, en escenarios desconocidos. No hay un despacho, un gabinete de atención, ni siquiera sillas. Incluso, en algunos casos, se carece de un lugar discreto que permita atender con la intimidad debida a los afectados.

b) **Se desarrolla en un escenario público.**

A la vista de todos. Los psicólogos, tanto si son aceptados como si no, generan curiosidad y expectativas, y son observados para ver qué hacen y cómo lo hacen. Esta exposición pública, puede generar ansiedad, temor al qué dirán, añadiendo presión sobre presión. Miedo escénico ante las propias víctimas, familiares, medios de comunicación social, etc.

c) **Se debe actuar en coordinación con el resto de los servicios de intervención.**

Especialmente con los sanitarios y sociales, respetando nuestros límites y el trabajo de los otros. Se trata de complementar la satisfacción de las necesidades que surjan.

d) **Se atiende a personas a las que se ve por primera vez.**

Desconocemos previamente a los demás y somos unos desconocidos para ellos, tanto a nivel personal como profesional. Los roles puede que no sean tan claros como es de desear para ninguna de las dos partes.

e) La labor se desarrolla a niveles muy profundos del otro.

En muy poco tiempo, hasta con cierta brusquedad temporal, vamos a meternos en el mundo emocional de personas afectadas, lo que exige un tacto y una sensibilidad muy acusada por parte del facilitador.

f) Presenta diversas formas de actuación.

Recepción de familiares, acompañamiento de los mismos al reconocimiento de cadáveres, asesoramiento, apoyo emocional, búsqueda de soluciones, toma de decisiones, contacto con otros recursos, etc.

g) La duración de la asistencia es limitada en el tiempo e irregular en su desarrollo.

Puede ir de horas a días en algunos casos, mientras que en otros, resultará muy elástica, en función de las necesidades concretas.

h) La intervención se hará con grupos de personas.

Se suele actuar en forma simultánea con distintas personas. Atenderemos a grupos familiares o sociales, víctimas directas o indirectas, con reacciones dispares y roles previos o emergentes entre ellos: liderazgo, perseguidores, víctimas, etc.

B) Aspectos diferenciadores de la terapia en crisis.

(Sólo para profesionales de la Psicología).

- Se realiza en una segunda etapa, algún tiempo más adelante.
- En escenarios estandarizados, (gabinete).
- La duración será previsiblemente larga o, al menos calculada aproximadamente. Se desarrolla la secuencia temporal completa de una terapia normalizada: exploración, evaluación, diagnóstico y tratamiento, lo que conlleva varios meses de duración.

En esta fórmula, el trabajo del psicólogo puede programarse y llevarse a efecto en lo que llamaríamos condiciones normales de terapia.

Pero en los casos que comentamos, y precisamente por provenir la víctima de una situación de desastre, hay que tener en cuenta algunos aspectos específicos que la pueden distinguir este tipo de asistencia de otras terapias.

- El sujeto atendido puede presentar sentimientos de autculpabilización. Como sobreviviente o como inoperante, con ideas irracionales sobre sus comportamientos activos o pasivos en el momento del hecho. Puede generar ideas de suicidio, en casos extremos.
- Cuando la causa de la catástrofe sea atribuible (aunque es una percepción muy subjetiva en ocasiones) a personas o instituciones, aparecerá rabia más o menos intensa contra ellas, y, lógicamente, el deseo de venganza o al menos de justicia.
- Puede tener sensación de manipulación por parte de los poderes públicos y de los medios de comunicación.
- Se sentirá desatendido o indefenso por parte de las instituciones
- Vivirá un abandono rápido del apoyo y atención sociales.
- Se sentirá discriminado por el trato recibido en comparación con otras víctimas.
- Se puede ver saturado de informaciones reiterativas y no siempre objetivas sobre lo ocurrido.

C) El terapeuta (facilitador).

Nos vamos a centrar en el trabajo a desarrollar en el primer momento, es decir, el correspondiente a la primera ayuda psicológica.

Después del planteamiento expuesto en cuanto a las características que exige el trabajo ante una catástrofe, y las circunstancias en las que se ha de desarrollar durante el suceso, podemos deducir que al psicólogo se le va a exigir algo más que su título.

Además, el contexto y la dinámica de la primera ayuda psicológica difieren sustancialmente de las que está acostumbrado quien trabaje en psicología clínica en un despacho, donde está todo controlado:

- El horario, el entorno físico, el programa a aplicar. El cuándo, dónde, cómo, está establecido, y la relación está muy definida.

- Conocemos al sujeto y podemos saber qué le ocurre o de qué sufre.
- Tenemos ocasión a lo largo de varias sesiones de indagar y descubrir qué le pasa, cuál es el problema, cuáles sus capacidades, sus expectativas.
- También contamos con próximas visitas para proyectar lo que vamos a hacer con él.

Y todo esto, sencillamente, no ocurre en un caso de desastre.

Generalmente, han desaparecido los referentes habituales, de tipo personal, social y asistencial. El contexto se impone y el acumulo de información, de sensaciones, de prisas, de exigenci [y responsabilidades van a poner a prueba a todos los actuantes. Y el psicólogo tiene que activar sus propios recursos para afrontar las situación, así como sus capacidades de improvisación, de organización, de trabajo en equipo, etc.

En definitiva, el psicólogo debe aportar su parte más humana, sus capacidades, sus actitudes de entrega, etc., para realizar una labor digna y adecuada.

Aparte de lo dicho, la práctica aconseja que en esta clase de intervención, si nos ceñimos al aspecto profesional, un psicólogo clínico debe tener también información y formación sobre psicología organizacional, social y dinámica de grupos y disponer de una cierta práctica en el trabajo en equipo, en sistemas más amplios que los de la atención individualizada.

Tiene que afrontar el caos y la desorganización inherente a toda situación catastrófica, al menos en las primeras horas, y donde no es extraño que tenga que compaginar su trabajo como profesional de la psicología con tareas que no vienen (oficialmente) en el guión. Puede ser dar malas noticias, preparar un café o discutir con otros intervinientes para conseguir un acomodo

adecuado a la víctima que está atendiendo. Es decir, que en determinado momento, es posible tener que realizar lo inesperado, desprenderse del rol concreto para tomar otro menos definido, pero, en definitiva, también necesario.

Consecuencias emocionales en el ayudador.

Quisiera finalizar haciendo referencia a un aspecto interesante e interesante: el rango de víctimas se extiende también a los intervinientes.

En la labor asistencial hemos de considerar la alteración emocional tan intensa en que los mismos asistentes se verán inmersos: las víctimas serán múltiples, potenciando el dolor, la angustia y la desesperación. Y el que está presente, por muy profesional que sea, no es inmune a esa situación. Incluso, en determinados escenarios, puede ocurrir que el riesgo aún no haya sido controlado totalmente, añadiendo tensión y condicionando la forma de actuar.

Tampoco se puede ignorar el impacto visual (y auditivo) de fallecidos y heridos y familiares, que se quejan, lloran o tienen ataques de histeria cuando estamos presentes. O cuando haya que acompañar a alguien para reconocer el cadáver de algún

familiar.

Es indudable que trabajar en este contexto es duro y angustiante, y la experiencia demuestra que los intervinientes se convierten también en víctimas del suceso.

Desde nuestro punto de vista es imprescindible, pues, tener en consideración estos aspectos con el fin de prepararse para afrontarlos sin grandes problemas que interfieran en la tarea de asistir a los demás y servir de referente de calma y control de la situación, y alcanzar, en lo posible, los objetivos que toda asistencia realizada en este entorno deben cubrirse.

*En la labor
asistencial hemos
de considerar la
alteración
emocional tan
intensa en que los
mismos asistentes
se verán inmersos.*