

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

La aplicación de la primera ayuda psicológica en la guardia de un hospital general.

Pozzi, María Antonella.

Cita:

Pozzi, María Antonella (2014). *La aplicación de la primera ayuda psicológica en la guardia de un hospital general*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/191>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/tpn>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LA APLICACIÓN DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA EN LA GUARDIA DE UN HOSPITAL GENERAL

Pozzi, María Antonella
Hospital Tornú. Argentina

RESUMEN

En el presente trabajo me propongo dos objetivos: por un lado conceptualizar la primera ayuda psicológica (PAP) tal como es concebida por la Organización Mundial de la Salud en su Guía Para Trabajadores de Campo y por el otro ilustrar cómo un equipo de salud mental de guardia de un hospital general aplicó dicha estrategia a un caso clínico.

Palabras clave

Primera ayuda psicológica, Salud mental, Guardia, Caso clínico

ABSTRACT

THE APPLICATION OF PSYCHOLOGICAL FIRST AID IN THE EMERGENCY ROOM OF A GENERAL HOSPITAL

In the present work I have two objectives: on the one hand to conceptualize psychological first aid (PFA) as conceived by the World Health Organization in its Guide for Fieldworkers and on the other hand to illustrate how a mental health team in the emergency room of a general hospital applied such strategy to a clinical case.

Key words

Psychological first aid, Mental health, Emergency room, Clinical case

Acerca de la guardia y mi inserción en el equipo de salud mental

Para comenzar me gustaría poder dar cuenta de cómo me inserto en el equipo de salud mental de guardia. Como licenciada en psicología me encuentro realizando la residencia en Salud Mental en el Hospital Dr. Enrique Tornú, uno de los trece Hospitales Generales de Agudos de la red del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Bonazzola, 2010). La residencia es un programa remunerado de capacitación de posgrado a tiempo completo y con dedicación exclusiva, que permite formarse en psicología clínica de manera interdisciplinaria junto a médicos que tienen a su vez la intención de convertirse en psiquiatras. En el primer año de nuestra residencia, los profesionales de ambas especialidades realizamos, entre otras, una rotación en la guardia de un año de duración acudiendo a la misma en dos días diferentes de la semana. Los equipos de salud mental de guardia se encuentran formados por psiquiatra, psicólogo y trabajador social. Estos profesionales trabajan de manera interdisciplinaria en la resolución de problemáticas diversas: ataques de pánico, cuadros de descompensación psicótica, intentos de suicidio o autolesivos, entre otros. El año 2004, momento en que se reglamentó la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires que había sido promulgada en el año 2000, fue el momento temporal donde se especificó la composición básica del equipo de salud mental y se explicitaron como partes básicas del mismo las disciplinas mencionadas más arriba. (Reglamentación Ley 448 de 2000, 2004) Cuatro años después de este acontecimiento, en 2008, fue cuando los equipos comenzaron a funcionar de hecho. Cinco

años después de esto me inserto en el equipo de guardia en Junio de 2013. El caso que relataré a continuación ocurre a principios del mes de Julio, poco menos de un mes luego de haber comenzado mi rotación en este dispositivo.

El caso

“¿Cuán frecuente suele ser el hecho de tener que contener familiares en la guardia por algún deceso?”. Con esta pregunta empieza la historia. Son las dos y media de la tarde de un viernes de guardia en el mes de Julio de 2013. Acabamos de volver del comedor y realmente en ese momento no está pasando nada interesante. Es el momento de la sobremesa. El equipo de salud mental con sus residentes (yo y mi compañera de psiquiatría) así como los médicos de otras especialidades nos encontramos compartiendo un momento de esos donde el tiempo se encuentra suspendido, algo bastante usual en la guardia. En ese discurrir donde creo que no estoy pensando en nada me sale esa pregunta y rompo un silencio que se había armado y llevaba varios segundos. Me miran medio raro. En las guardias hay muchas cábalas. ¿Habré roto alguna? El psiquiatra se queda pensando, se sonríe con cierto sarcasmo y dice: “Y, mirá, no es muy usual, ha pasado pero poco. Dos o tres veces al año quizá”. Bien. Listo. Ahí quedó el tema. Volvemos todos al silencio y la pregunta se pierde. Pasan aproximadamente dos minutos reloj y entra la enfermera corriendo al office, algo poco común. Con una expresión de real urgencia dice sin mucho preámbulo “¡¡El equipo de salud mental, rápido!!”. El psiquiatra y la psicóloga piden mínimas explicaciones “¿Qué pasó?”. La enfermera sale corriendo como entró, sin especificar detalles, y todos se empiezan a levantar para seguirla.

La guardia tiene forma de L. Es difícil realizar una descripción espacial de la misma. Hago unos siete metros de trayecto y doblo a la izquierda siguiendo a la enfermera y al equipo. Se encaminan todos hacia la zona del shock room, la “terapia intensiva” de la guardia. Esto no me gusta. Todavía faltan unos siete metros de recorrido, pero ya empiezo a escuchar unos gritos desgarrados, alaridos. No es una voz, son muchas. ¡¿Qué pasó?! En este momento me encantaría que alguien me pudiera decir que está pasando. Seguimos caminando. Llegamos a la altura del shock room y la enfermera nos explica. Trajeron a una chica de 37 años de un club a pocas cuadras del hospital. “Se desplomó en el lugar hizo un paro. No la pudieron sacar”.

¿Izquierda o derecha? Los gritos son cada vez más fuertes y múltiples. A la derecha el “shock”, a la izquierda la puerta de entrada de las ambulancias que comunica con el exterior de la guardia de donde provienen los gritos. Izquierda, obviamente. Los gritos no dejan pensar, son muy fuertes. ¡¿Por qué son tantos?! ¿Es peligroso? ¿Me van querer pegar si salgo? Sigo sin entender lo que está pasando. Tomo una decisión: que salga el equipo de guardia primero. Están parados adelante mío. Salen con pasos lentos, tanteando la situación. Les miro las caras a ver si logro entender algo: tienen cara de alivio y pesadumbre a la vez, como si hubieran entendido

alguna verdad irrefutable. Estimo que salir debe ser seguro, pero, ¿quiero salir? Me da miedo, pero sí. Espero unos segundos, tomo aire y salgo cautelosamente. El panorama que me encuentro es el siguiente: unas diez personas que se mueven como enloquecidas gritando a los cuatro vientos. Un adolescente sentado en el piso con la cabeza entre las piernas ahogándose en el llanto, una pareja de personas mayores de la cual el señor está apoyado contra una baranda y parece que va a darle un infarto. Una señora de unos 40 años que llora consolando a una adolescente. Una adolescente... Esta fue la escena más impactante: una adolescente de unos 15 años con maquillaje artístico naranja brillante en forma de estrella alrededor de uno de sus ojos que le grita a la señora de 40 años. "¡¡No ves mamá que Dios es un hijo de puta!! Si le hizo eso a la tía, yo no quiero tener más nada que ver con Dios".

Me tiemblan las piernas... de manera incontrolable... ¿Será evidente? Me las miro: por suerte estoy con un ambo azul bastante holgado y no se nota. Mejor. Igualmente, más allá del temblequeo involuntario por alguna razón tengo una seguridad interior y la sensación de que mi presencia ahí es importante. Clavo el par de botas negras que llevo puestas en el piso y decido quedarme ahí parada en silencio y contemplando hasta poder entender algo más, testimoniando por el momento el dolor de esta gente.

Todos en el equipo de salud mental de guardia adoptamos la misma posición. Los alaridos de la familia son muy fuertes y el tiempo parece no transcurrir, sin embargo lo hace. Vamos entendiendo algunas cosas: los familiares gritaban por el espanto de la noticia, pero también porque en primera instancia, unos segundos antes de que llegáramos la habían oído "de pasillo" cuando una enfermera se lo comunicaba a uno de los médicos clínicos en el equipo. Esto se nos hace claro por la información que nos dan las enfermeras en la escena. Los médicos clínicos salen: hablan con algunos de los familiares, explicándoles de los esfuerzos hechos por reanimar a la chica, los cuales no pudieron sacarla del paro cardiorespiratorio en la que había entrado. El mero hecho de obtener una explicación de lo ocurrido por parte de los médicos intervinientes en la emergencia tranquiliza a los familiares, quienes, aunque siguen llorando consternados ya no gritan. Otra incógnita entonces se devela: la chica de 15 años tenía la cara pintada con maquillaje artístico porque aparentemente toda la familia estaba en un acto escolar de ella en un estadio a tres cuadras del hospital con motivo de una fecha patria. Los minutos pasan y seguimos siendo testigos presenciales de esta situación. ¿Cuál es el momento acertado para intervenir en esta situación? Y más importante, ¿cómo se interviene?

Hasta aquí las vivencias del primer momento de esta situación. A continuación trataré de profundizar en las intervenciones.

Acerca de las intervenciones

Considero que un concepto interesante a introducir antes de poder dar cuenta de las intervenciones puntuales realizadas es el de primera ayuda psicológica. Para la Organización Mundial de la Salud la primera ayuda psicológica es "un modo práctico y humano para ayudar y apoyar a nuestros semejantes en graves situaciones de crisis." (OMS, 2012, p. ii). Esta ayuda es aquella que profesionales y/o voluntarios aplican sobre una persona o grupo de personas que atraviesan un de extrema angustia. Dentro de la Guía para Trabajadores de Campo desarrollada por la OMS sobre este tema podemos encontrar la situación relatada en el apartado anterior contemplada como una en la cual se debería intervenir a través de las técnicas de la primera ayuda psicológica. "Puede que sea un profesor o forme parte del personal sanitario que tenga que hablar con alguien de su comunidad que acaba de presenciar la muerte violenta de un ser

querido." (OMS, 2012). Según la OMS (2012) existen algunas acciones básicas que conforman la Primera Ayuda Psicológica (PAP):

- 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 personas, pero no presionarlas para que hablen;
- ayudar a las personas a acceder a la información, servicios y apoyos sociales; y
- proteger a las personas de ulteriores peligros.

En las acciones propuestas por la OMS más arriba, la primera habla de un acercamiento no invasivo en el momento de la situación. Como puede leerse en el relato del caso clínico, más allá de la incertidumbre y el caos generado en el momento, el equipo de salud mental se instaló en la escena, pero proporcionándole a la familia un margen de distancia para que el apoyo no fuese vivido como invasivo. En mi opinión esto en un primer momento resultó fundamental debido al nivel de exaltación que los familiares tenían al haber escuchado la noticia del deceso de la joven. Creo que la función de acompañar fue en este momento primordial. Para el diccionario Pequeño Larousse Ilustrado (1991) uno de los significados de acompañar es "participar en los sentimientos de otro". Realmente como experiencia personal me resultó muy fuerte escuchar los gritos desgarrados de los familiares, sin embargo esta función de, en un primer momento, participar en los sentimientos del otro con cierta distancia me permitió luego poder accionar en situación. En su libro *Cómo cura el psicoanálisis* el psicoanalista Heinz Kohut (1986) postula un término describe las acciones realizadas en este primer momento, el de introspección vicaria. Para el autor la introspección vicaria es "el intento de una persona de vivenciar la vida interior de otra, pero manteniendo simultáneamente la postura del observar objetivo" (p.254). ¿Por qué creo que este momento de introspección vicaria, citando a Kohut, me ayudo luego a accionar en situación? Me parece que como el autor poder vivenciar la vida interior del otro, particularmente en un momento así, resulta fundamental para que las intervenciones a realizar no resulten invasivas, punto fundamental que rescatábamos más arriba. El punto es: el hecho de en un primer momento quedarse parado en el lugar y quieto *no quiere decir que uno no esté haciendo nada*. Muchas veces se escucha entre los profesionales de la salud mental que el psicólogo no tiene nada que hacer en situaciones como la relatada. Se concibe a la guardia como un lugar de urgencia y acción rápida en consecuencia. Sin embargo me parece fundamental en este momento hacer una diferencia entre la obligación profesional de cada uno de los integrantes de la guardia. Si bien en la urgencia médica el tiempo es fundamental y perder algunos segundos puede determinar la vida o muerte de una persona, considero que el acercamiento a la urgencia de quienes proveemos primera ayuda psicológica en la guardia tiene que ser diferente. En el segundo caso la vivencia de acompañamiento y la posibilidad de habilitarse como profesional un tiempo para comprender (Lacan, 1945) permitirá ponerse en sintonía con la situación y hacer un mejor manejo de la misma.

Otra de las funciones fundamentales que tuvo el equipo al entrar en la escena relatada fue el de propiciar la comunicación entre la familia y el equipo médico clínico que había atendido a la paciente. Como dijimos anteriormente una de las principales fuentes del enojo y la rabia que experimentaban los familiares se debía a la forma en que se habían enterado del fallecimiento de la joven. A los gritos solicitaban una explicación del cuerpo médico, que confirmara la

información obtenida “de oído”. Como hemos mencionado el hecho de ayudar a las personas a acceder a la información es una de las acciones fundamentales de la PAP. De esta manera les enfatizamos a los médicos clínicos, quienes a su vez se encontraban conmocionados por lo sucedido con la paciente, la necesidad de que fuesen ellos quienes le comunicaran de manera formal la noticia del fallecimiento. A su vez, en los primeros momentos, uno de los pocos comentarios que hicimos fue reasegurarle a la familia que ya estaban viniendo los médicos clínicos a darles las explicaciones que, con justa razón, ellos pedían. En este punto me parece que la forma en que se transmite una información tan delicada como el deceso de un familiar es fundamental. Me parece importante que la misma sea dada de manera clara y concisa por los profesionales que operan directamente en el manejo de la emergencia. Si bien el equipo de salud mental de guardia puede acompañar en la comunicación de lo sucedido y lidiar por las reacciones de la familia en caso necesario, creo que es competencia del médico clínico transmitir información médica acerca de lo ocurrido. Solo este podrá dar cuenta de la situación en su aspecto más médico, como por ejemplo explicando el diagnóstico y la causa de fallecimiento en este caso, lo cual le da a la familia un interlocutor preparado para responder a dudas de esta índole. La importancia de la comunicación adecuada en momentos de crisis es señalada por la OMS en la guía anteriormente mencionada. Aquí se hace hincapié en un punto importante, que tiene que ver con la transmisión de la información de manera simple y entendible. También la honestidad acerca de la información disponible es resaltada como fundamental en este documento (OMS, 2012). Si bien existe la posibilidad de que algunas personas decidan no preguntar detalles de lo ocurrido, es fundamental que alguien idóneo pueda estar allí para responderles si lo hacen.

Continuando con las acciones realizadas en el episodio relatado me gustaría hacer hincapié en una pequeña intervención realizada con la adolescente de 15 años (la chica de la cara pintada) sobrina de la paciente fallecida. Esta joven era uno de los familiares más perturbados por la situación. En plena crisis de llanto gritaba y a su vez le faltaba el aire. Algunos minutos luego de recibir la noticia la misma comenzó a calmarse con ayuda de su madre, la hermana de la paciente. En un momento la joven se sentó en un escalón sobre la entrada de las ambulancias. Decidí que era un buen momento para acercarme. Lo primero que hice fue preguntarle cómo se llamaba. Al contestarme le dije que me parecía que tenía un lindo nombre. Le pregunté cuántos años tenía “dieciséis”. Le había errado solamente por un año en mi cálculo. Le pregunté si le podía traer un vaso de agua, si tenía frío (recordemos que estábamos en Julio y realmente estaba muy desabrigada para lo que era la estación). Cordialmente agradeció por ambas cosas rechazándolas con una sonrisa. Hacía bastante frío y la chica estaba temblando. Le pregunté si me podía quedar haciéndole compañía y me dijo que sí. Me quedé ahí durante unos 15 minutos. Lo que hice durante ese tiempo fue estar sentada al lado de ella, callada, pero frotándole la espalda con la mano durante todo ese tiempo. También le dije que íbamos a tratar de que pudiera respirar un poco más tranquila. Empecé a hacerlo yo y fue copiando mis respiraciones. A los pocos minutos dejó de temblar y de llorar. También se quedó callada y con la mirada perdida en el suelo, como “sedada”. En un momento me miró y me preguntó: “Cómo te llamas?”. “Antonella” contesté. Me miró y solamente dijo: “Gracias”.

He tomado el párrafo anterior para ilustrar en un ejemplo del campo otras intervenciones básicas de la PAP enumeradas teóricamente más arriba. Una de ellas tiene que ver con ayudar a las personas a

cubrir sus necesidades básicas. En este caso teníamos una adolescente en una tarde muy fría de Julio que se encontraba en calzas cortas, medias de vestir y remeras y que hacía varias horas que no comía ni tomaba líquidos. En este caso, como en el de la mayoría de situaciones de urgencia, las necesidades biológicas habían sido descuidadas por el impacto de la situación traumática. En “Más Allá del Principio de Placer” Freud (1920) dice que las excitaciones traumáticas son aquellas que vienen del exterior y que tienen la fuerza de atravesar la protección antiestímulo. En este momento, refiere el autor el intercambio de energía entre el organismo y el medio se verá perturbado y el aparato anímico se verá inundado por grandes masas de excitación. Se impone entonces la tarea de dominar estas masas y ligar de manera psíquica las cantidades de excitación que invaden procurando su descarga. En este sentido, la tarea de atender a las necesidades básicas de la joven tuvo como objetivo ayudar a restablecer el equilibrio entre su organismo y el medio en sus aspectos más básicos, como son la alimentación y el abrigo. Aquí se puede ver la evaluación de las necesidades mencionada por la OMS como elemento clave en esta situación: aquí se trató dar lugar a todas las necesidades por igual. Si bien se evaluaron aspectos básicos como el abrigo y la ingesta de líquidos, la primera necesidad que se atendió, como pudimos ver más arriba fue la necesidad de información de la familia, propiciando un puente entre ésta y el equipo médico clínico. Desde un punto de vista psicodinámico podríamos decir que estas acciones tuvieron la función de ayudar a comenzar a ligar la energía psíquica libre provocada por el shock sufrido.

Me parece importante poder destacar también el papel de la respiración. Este resulta un elemento fundamental a utilizar cuando algunos de los afectados por una situación como la presente poseen un grado muy alto de ansiedad. (OMS, 2012). Por un lado la respiración diafragmática (la cual lleva gran cantidad de aire a los pulmones) es una forma de disminuir el ritmo cardíaco y el temblor. Por otro lado, en estados de gran ansiedad y alteración como el que presentaba esta joven no es inusual la experimentación de una sensación de irrealidad en relación a lo que está sucediendo. En este caso la respiración tiene la finalidad de contactar a la persona consigo misma y con su entorno.

Por último me gustaría retomar el tema del contacto físico. Para Winnicott (1957, c.p. Canteros 1997) existen tres tendencias determinantes del desarrollo del ego. Una de ellas es la personalización. Esta personalización va a depender de la manipulación de los cuidados corporales o handling. El hecho de cómo el bebé es tocado, agarrado, manipulado determinará el sentimiento de personalización. Al atravesar una vivencia traumática, como puede ser este hecho ocurrido en la guardia, la invasión del aparato psíquico por grandes cantidades de energía no ligada propicia un efecto de despersonalización donde se pierden de manera momentánea las referencias del propio cuerpo y de la sensación de ser uno mismo. Por esta razón ante la gran exaltación de la joven, quien se encontraba desconectada de sí misma me pareció importante, siguiendo a Winnicott, reforzar algo de esta operación de handling y así promover el sentimiento de personalización nuevamente tras el trauma. En términos de Freud favorecer una contrainvestidura que permita lidiar con la situación. Si bien la manipulación de los cuidados corporales que lleva a la personalización es presentada tradicionalmente como una operación que se realiza en las primeras etapas de constitución del psiquismo, el efecto de desligadura producido por un evento traumático como el descrito y la desestructuración momentánea que el trauma fuerza sobre el psiquismo, validan la utilización de operaciones de continencia e inherentes a capacidades de orga-

nización y discriminación. La situación traumática recrea en este caso una situación de desamparo primario, que nos da la posibilidad a los profesionales de la salud mental de intervenir y hacernos útiles, encarnando *realmente* un rol de agentes de salud.

Conclusión

A través del presente desarrollo he intentado mostrar cómo la Primera Ayuda Psicológica puede ser utilizada por el equipo de salud mental de una guardia. Creo firmemente que la conceptualización de las operaciones de continencia y organización mencionadas, así como la divulgación de las mismas entre los profesionales de la salud mental nos llevará a ser mejores profesionales y a ampliar nuestro campo de acción, contando con técnicas de trabajo que se puedan adaptar a terrenos que hasta hace poco fueron un territorio inexplorado para nuestra profesión, y donde una buena intervención puede ser un factor de protección y promoción de la salud.

BIBLIOGRAFIA

Bonazzola, P. (2010). Salud y territorio. Recuperado el 21 de Mayo de 2014, del sitio Web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/bonazzola.pdf>

Canteros, N. (1997). "Winnicott y la clínica psicósomática. La susceptibilidad narcisista y sus vicisitudes". En Encuentros: espacio Winnicott. Núm. 1. Buenos Aires: Ed. APA.

Ediciones Larousse. (1991). Pequeño Larousse Ilustrado. Colombia: Printer Colombiana Ltda.

Freud, S. [(1920)1967] "Más allá del Principio de Placer", en Obras Completas Vol. I. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Kohut, H. [(1984)1986]. Cómo cura el psicoanálisis. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Lacan, J. [(1945)1989)]. "El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma." en Escritos I. México: Siglo XXI Ed.

Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OMS: Ginebra. Recuperada el 21 de Mayo de 2014, del sitio Web de la Organización Mundial de la Salud: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf?ua=1

Reglamentación de la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2004). Recuperada el 21 de Mayo de 2014, del sitio Web de la Dirección General Centro Documental de Información y Archivo Legislativo: <http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/anexos/dri1448.html>