

ENFERMEROS MILITARES. ENTRENAMIENTO EN PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO ANTE CATÁSTROFES.



VERA BAIL PUPKO

Licenciada en Psicología por la Universidad de la República (Uruguay) y Doctora en Psicología Social por la Universidad Argentina John F. Kennedy". Asimismo, es docente e investigadora en el Colegio Militar de la Nación (Facultad del Ejército, UNDEF).

Con la colaboración de Luciana Becerra, Pablo Depaula y Sergio Castillo (Colegio Militar de la Nación. CISOHDEF).

Introducción:

Accidente, emergencia, desastre, catástrofe

La definición de un evento como accidente, emergencia, desastre o catástrofe depende de su impacto y/o gravedad en la población o comunidad en que acontece (Baas, Ramasamy, Dey de Pryck, y Battista, 2009). La catástrofe se sitúa en el extremo que causa mayor estrés colectivo e implica mayor número de personas afectadas, así como un quiebre en la mayoría de las estructuras sociales e infraestructuras comunitarias (García Renedo, Gil Beltrán, 2004), mientras que el accidente es el suceso que implica menor compromiso comunitario, y logra resolverse o atenderse

con los recursos disponibles sin que implique cambios en el funcionamiento cotidiano de la población. La emergencia da cuenta de una situación de mayor impacto que el accidente, en la que es necesaria la articulación de una mayor cantidad de recursos y afecta a un número mayor de sujetos. El desastre sería definido dentro de este esquema como un evento de gran impacto que requiere la asistencia de múltiples instituciones u organismos pero que no llega a generar un quiebre en las infraestructuras comunitarias. Declarar un suceso como “desastre”, “emergencia” o “accidente” va a influir en la cantidad de ayuda a ofrecer y el modo de asistencia a la comunidad. El término también tiene un peso emocional, político y económico que mediará en las víctimas y en el público en general (Ministerio de Salud, 2015).

En todos los casos, la emergencia, el desastre o la catástrofe implican una perturbación psicosocial en las personas afectadas que excede la capacidad de manejo de la población afectada. Aun el accidente en sí mismo puede llegar a afectar a las víctimas en grados considerables dependiendo del impacto sobre sus vidas, la asistencia recibida y los recursos particulares de las víctimas. El abordaje de estas situaciones desde el ámbito de la salud plantea una visión amplia que implica la interrelación entre los recursos y el efecto percibido por los implicados.

La principal estrategia de los organismos de salud para paliar las consecuencias psicológicas en las comunidades más vulnerables o más expuestas a desastres o emergencias de orden natural es el fortalecimiento y la capacitación de la red de Atención Primaria de la Salud, agentes comunitarios y voluntarios que son la primera línea de contacto con la población (OPS, 2006).

Primera Ayuda Psicológica

En los primeros momentos y horas posteriores a un desastre, las víctimas tienen necesidades materiales, sociales y emocionales (Dieltjens, Moonens, Van Praet, De Buck Vandekerckhove, 2014). Luego de cumplimentar los pasos que garantizan la seguridad física, está cada vez más difundida la práctica de ofrecer también apoyo psicosocial (Jacobs, 2007). Como apoyo psicosocial se entiende la combinación del apoyo social y el apoyo psicológico. La ISAC (2007) definió el apoyo social como un proceso que facilita la resiliencia entre individuos, familias y comunidades. Se basa en la idea de

que las personas pueden confiar en sus propias fuerzas para recobrase de un desastre o adversidad y, según este informe, el concepto se desarrolló en sus orígenes para apoyo del personal militar luego de reconocer, en 1980, el estrés post traumático como un desorden psiquiátrico (APA, 1980), con la idea de prevenir el trauma psíquico. De esta forma, un amplio rango de intervenciones se han desarrollado para proveer apoyo psicosocial (Brymer, Taylor, Escudero, Jacobs y Kronenberg, 2012). Actualmente, una de esas intervenciones es la Primera Ayuda Psicológica (PAP) (IASC, 2007; Juen, 2013). La PAP se define como una respuesta humana de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda (WHO, 2011) esto incluye intervenciones como escuchar, reconfortar, ayudar a las personas a conectarse con otras y proveer información y ayuda práctica para satisfacer necesidades básicas (WHO, 2011). La práctica de la PAP no se restringe a los profesionales de la salud mental, por lo que puede ser implementado por personal entrenado como enfermeros, médicos, bomberos, rescatistas, voluntarios e integrantes de la comunidad. Chandra, Kim, Pieters, Tang, McCreary, et al. (2014) encontró que el entrenamiento en PAP en la población mejora la confianza en aplicarla, lo que incrementa su eficacia en la atención a las víctimas. El entrenamiento en PAP requiere un entrenamiento específico pero no reviste una elevada complejidad, pudiendo ser instrumentado fácilmente con una instrucción precisa.

Farchi, Cohen y Mosek (2014) construyeron un modelo de intervención en PAP que apunta a disminuir los efectos fisiológicos del sistema límbico y reactivar las funciones cognitivas para prevenir el desarrollo de estrés post traumático. Dicho modelo propone cuatro directrices que contienen la letra "C" (modelo de las 4 C), a fin de que el protocolo de acción sea fácil de recordar y ejecutar por los voluntarios que asisten a las víctimas de emergencia. Estas directrices son:

- Comunicación Cognitiva: se realizan preguntas específicas y concretas obligan al sujeto a focalizar su atención en un corto tiempo y concretar acciones u objetivos. Se privilegia la comunicación de tipo cognitiva, evitando referencias emocionales.
- Control y desafío: el operador lo incentiva a tomar decisiones simples que le permiten a la persona adquirir gradualmente control sobre una situación ante la cual se siente indefensa.
- Compromiso: ante la situación de soledad se propone el compromiso en la tarea inmediata y con los colaboradores que participan de la asisten-

cia a las personas afectadas, lo que genera sentimientos de comunidad, pertenencia e identidad.

- Continuidad: se le brinda información de forma simple para recomponer la continuidad de los sucesos anteriores a la emergencia, permitiendo integrar la situación a un hilo lógico y coherente, dando significado a las acciones y a los fenómenos que está atravesando el sujeto.

La aplicación de este modelo ha resultado exitosa en diversos contextos, por lo que se convirtió en una herramienta valiosa para los voluntarios o rescatistas que realizan el primer contacto con las víctimas de una emergencia o catástrofe (Azzollini, Azzara, Depaula, Cosentino y Grinhauz, 2017; Farchi, Cohen y Mosek, 2014). Dentro de esta línea, la formación en este tipo de intervenciones es valorada como una herramienta útil y versátil dentro de la enfermería en general y de la sanidad militar en particular, ya que los enfermeros militares están expuestos frecuentemente a situaciones de emergencia tanto dentro del ámbito hospitalario como en situaciones de combate o acciones de rescate en destinos específicos.

El perfil profesional del enfermero militar

Según el artículo 3º de la Ley Nro. 24.004 (sancionada el 26 de septiembre de 1991 y promulgada el 23 de octubre de 1991) y el artículo 3 de su decreto reglamentario Nro. 2497/1993, el perfil profesional de la Licenciatura en enfermería del CMN define que el oficial enfermero debe ser apto para dirigir, planificar, ejecutar tareas específicas de Enfermería de Urgencia y Catástrofes, desarrollar con eficiencia la gestión, conducción y práctica aplicativa de Emergentología y Trauma en general en el Marco de Operaciones Militares. En concordancia, la directiva sobre la organización y funcionamiento de las Fuerzas Armadas, plantea que es una de las misiones subsidiarias del instrumento militar realizar operaciones de apoyo a la comunidad ante casos de catástrofes o desastres naturales. Por otra parte, hay que destacar que los enfermeros militares son destinados a todo el territorio nacional, por lo que su tarea cobra especial relevancia en zonas poco pobladas, con menores recursos sanitarios y médicos. Esto hace que sea muchas veces el primer profesional al que accede el enfermo o víctima y quien hará el seguimiento del mismo.

La formación en PAP resulta pertinente para el enfermero, lo que constituye una intervención focalizada en la salud mental y en la prevención de

trastornos psicopatológicos plausibles de ser derivados de las situaciones de elevado estrés como son los contextos de catástrofes y emergencias. Siendo que la salud mental forma parte de la salud general y de la inversión estatal en salud (Saavedra Solano, Berenzon y Galván Reyes, 2016), la capacitación de los enfermeros militares se convierte en un elemento multiplicador, considerando la variedad de destinos y escenarios en que éste participa. En este sentido, la capacitación en PAP tiende a replicarse en voluntarios y población general cuando, en el marco de su función, el enfermero transmite las pautas para brindar PAP en situaciones de emergencia.

Para Puga García, Madiedo Albolatrach y Brito Hernández (2017) la enfermería es una de las profesiones que se distinguen de la educación médica superior por su actuación profesional especialmente en cuatro dimensiones: el cuidado de enfermería, la persona (familia, comunidad), la salud y el entorno. Se ocupa de la satisfacción de las necesidades humanas y las alteraciones de la salud, teniendo en cuenta acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación para garantizar el bienestar físico, mental y social. El objeto de la profesión es el cuidado al hombre, la familia y la comunidad sanos y/o enfermos en relación recíproca con su medio social. Según Ceballos (2015), los enfermeros se han apropiado de nuevas habilidades y procedimientos en su perfil de trabajo para identificar necesidades sentidas en la población, extender las acciones de salud al campo familiar y social, desarrollar acciones de prevención y promoción de salud. Según el autor, los cambios han transitado desde la perspectiva de ser cumplidores de indicaciones médicas a miembros activos del equipo de salud que favorecen la integración de sus miembros, tributa a la participación comunitaria y a la solución de problemas con sus propios recursos.

Considerando el papel profesional del enfermero ante las situaciones de catástrofe y emergencia, resulta necesario profundizar el estudio de las características personales que favorezcan la resistencia al estrés y la flexibilidad ante contextos inciertos. Los enfermeros no sólo deben ser capaces de intervenir rápida y efectivamente en la asistencia de víctimas, sino que también deben contar con recursos personales que les permitan sobrellevar los elevados niveles de tensión que la situación impone, para que ello no repercuta en su propia salud ni en su capacidad de acción. La PAP es una intervención, que se realiza en el lugar donde ocurre y puede tomar desde algunos minutos hasta horas, dependiendo de la gravedad de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis y la

capacidad del ayudante (Slaikeu, 1995). De esta forma, el modelo de estrés afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) resulta de utilidad para detectar el perfil de la persona para intervenir en situaciones de catástrofe.

Valoración y estrategias de afrontamiento ante el estrés

Se define afrontamiento como “el cambio cognitivo o conductual constante para manejar demandas internas o externas específicas que se juzgan muy exigentes o que exceden los recursos de la persona” (Góngora, 2004, p.172). El patrón de afrontamiento frente a una crisis está conformado por estrategias utilizadas en el pasado y/o estrategias nuevas que se generan frente al estresor. Folkman y Lazarus (1980), proponen el modelo cognitivo de afrontamiento del estrés, también denominado modelo transaccional del estrés, que opera mediatizando la relación entre la situación estresante, traumática y demandante, y la adaptación evaluativa personal.

Lazarus y Folkman (1986) consideran dos procesos de valoración para la regulación del estrés, la valoración primaria y la valoración secundaria. La valoración primaria es la evaluación que hace el individuo sobre el significado personal de un evento dado y lo adecuado de los recursos de que dispone para afrontarlo. Esto influye en la emoción y en el sucesivo afrontamiento. La valoración secundaria tiene que ver con el grado en el cual una situación puede ser controlada o cambiada por el individuo. Ambas valoraciones determinarán si una situación será valorada como un daño, pérdida, amenaza, desafío o alguna combinación de ellas, así como también la intensidad de la respuesta emocional que acompaña estas valoraciones.

El proceso de valoración se basa en la premisa de que las personas están continuamente valorando su relación con el ambiente. El estrés comienza cuando la persona percibe un cambio (o la amenaza de un cambio) en el estado de sus objetivos e intereses de ese momento. La valoración del cambio (real o anticipada) incluye la evaluación de la importancia que tiene para el sujeto (valoración primaria) y la evaluación de las opciones para afrontarlo (valoración secundaria). Por lo que el sistema operaría de la siguiente forma: la valoración primaria incluye la valoración del daño o pérdida efectivamente ocurrida y la amenaza de daño o pérdida, o el desafío (oportunidad para superar la situación con habilidad). Esta valoración está

influida por las creencias, valores e ideología de la persona. Por lo tanto, un mismo evento puede ser valorado según la persona de la cual se trate como un daño, una amenaza o un desafío.

Si bien hay varios modelos teóricos de afrontamiento, se reconocen dos fórmulas fundamentales: en la primera, basada en el problema, se trata de intentar cambiar o controlar algún aspecto de quien sufre el estrés o del ambiente (esta estrategia se denomina control primario o simplemente de control), en la segunda, lo prioritario es manejar o regular las emociones negativas asociadas al estresor. Esta estrategia se centra en las emociones, y se la denomina de control secundario (Góngora, 2004). El afrontamiento puede ser: cognitivo dirigido a la situación, cognitivo dirigido a la emoción, conductual motor dirigido a la situación, conductual motor dirigido a la emoción, simple pasividad o, evitación (Vindel y Tobal, 2001).

Las estrategias de afrontamiento (Lazarus, 1991) apuntan a cinco objetivos: modificar las condiciones ambientales, tolerar o ajustarse a lo negativo, mantener una autoimagen lo más positiva posible, mantener el equilibrio emocional, y mantener las relaciones sociales. De esta forma, las habilidades de afrontamiento al estrés, son características a considerar en el perfil de quienes realizan intervenciones psicosociales.

Investigaciones recientes (Abeldaño y Fernández, 2016) resaltan la necesidad de generar y apoyar programas de intervención que promuevan el empoderamiento y participación comunitaria, por lo que el entrenamiento en PAP de enfermeros militares favorecería el incremento de la resiliencia de la población donde éstos se insertan mediante su actividad profesional. El análisis que se realiza en este trabajo sobre la eficacia en dicho entrenamiento, así como el estudio de las características personales que presentan los estudiantes de Enfermería del CMN para afrontar situaciones de catástrofe, busca contribuir a la formación de profesionales especializados que puedan accionar efectivamente en la asistencia a las víctimas de emergencia y que cuenten con factores protectores ante el estrés que preserven su salud y su capacidad de resolución en situaciones extremas.

Objetivo

El objetivo del trabajo es analizar la valoración de situaciones conflictivas

y las estrategias de afrontamiento implementadas por los estudiantes de Enfermería en relación a una posible situación de emergencia y catástrofe, así como también la relación entre estas estrategias y su desempeño en el seguimiento simulado de un protocolo de Primera Atención Psicológica.

Metodología e instrumentos

En el marco de la investigación *“Catástrofes y emergencias. Preparación de enfermeros en Primera Atención Psicológica (PAP)”*, subsidiado por la UNDEF, se realizó un estudio bajo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, correlacional, no experimental, de corte transversal.

Se realizó una capacitación sobre las bases científicas del “modelo de las 4 C” (Farchi, Cohen y Mosek, 2014) y se propuso un protocolo de acción en PAP. El protocolo consta de diez acciones sencillas y concretas para la activación cognitiva de los afectados y apunta a la disminución de los sentimientos de desalimiento, soledad y confusión, previniendo el desarrollo de síntomas de estrés post traumático y otras afecciones psicológicas que pueden derivarse de situaciones de emergencia. Conjuntamente con la dirección de la carrera, se coordinó un encuentro único para todos los alumnos de la Licenciatura de Enfermería del CMN, en el que el equipo de investigación expuso la temática, planteando ejemplos y ejercitaciones sobre las acciones a seguir en la asistencia a las víctimas. La capacitación se desarrolló sin inconvenientes, con intervenciones por parte de docentes y alumnos, obteniendo una respuesta favorable sobre la misma.

Para la recolección de datos, se organizaron encuentros más reducidos, posteriores a la capacitación, distribuyéndose a los alumnos por año de cursada. En dichos encuentros, se plantearon las características de la investigación, se aseguró la confidencialidad de los datos y se dieron las pautas para completar los distintos protocolos presentados. Se utilizaron distintos instrumentos de evaluación psicológica, y en este trabajo se analizan los indicadores obtenidos en relación a la eficacia en el entrenamiento en PAP y la valoración y afrontamiento de situaciones de emergencia. La eficacia en el entrenamiento en PAP se operacionalizó mediante la cantidad de respuestas correctas obtenidas en el programa de simulación Sistema Interactivo de Primera Ayuda Psicológica SIPAPSI (Azzollini, Cosentino, Depaula, Becerra, & Porte Petit Ortiz, 2015). El programa muestra 10 series

de 4 videos cada una, donde se simulan distintas acciones posibles en la asistencia a las víctimas de una catástrofe o emergencia. Los participantes, deben seleccionar en cada serie con cuál de los videos identifican su posible accionar, pensándose en el rol del rescatista o voluntario. En cada serie, uno solo de los videos muestra la acción propuesta en el protocolo de PAP, considerado como respuesta correcta. Las respuestas de los sujetos se contabilizan valorando con 1 punto la respuesta correcta y 0 punto la selección de cualquiera de los otros tres videos de la serie. Los puntajes posibles oscilan entonces entre 0 y 10, por lo que se interpretan los puntajes más altos como indicadores de mayor eficacia en el entrenamiento de PAP.

Para la evaluación de los indicadores de valoración y estrategias de afrontamiento al estrés, los resultados obtenidos se en el Inventario de Valoración y Afrontamiento de Cano Vindel y Miguel Tobal validado por Leibovich de Figueroa (2002). El inventario consta de 42 ítems con opciones de respuesta en una escala likert que oscila entre 1 y 5 puntos. La consigna de la escala fue adaptada al estudio, planteándose una situación de catástrofe o emergencia como punto de referencia para la respuesta de los enunciados. Las respuestas a los reactivos se promedian, agrupándose en 9 escalas, de las cuales las primeras 3 refieren a la valoración de la situación y las siguientes 6 a los estilos de afrontamiento. Un puntaje promedio más cercano a 5 se interpreta como una identificación más fuerte con el estilo de afrontamiento o una utilización más frecuente de éste.

Los 3 modos de valoración de la situación que operacionaliza el instrumento son:

- VSA: Valoración de la Situación como Amenazante
- VSD: Valoración de la Situación como Desafío
- VSI: Valoración de la Situación como Indiferente.

Las 6 estrategias de afrontamiento ante la situación de emergencia que evalúa son:

- ACS: Afrontamiento Cognitivo dirigido a cambiar la Situación
- ACE: Afrontamiento Cognitivo dirigido a reducir la Emoción
- ACMS: Afrontamiento Conductual Motor dirigido a cambiar la Situación
- ACME: Afrontamiento Conductual Motor dirigido a reducir la Emoción
- AP: Afrontamiento Pasivo
- AE: Afrontamiento Evitativo

Los datos recabados a través de los instrumentos de evaluación fueron procesados mediante el paquete estadístico IBM SPSS (versión 20) para Windows. Fueron excluidos los datos de quienes no completaron todos los

protocolos, y se mantuvo la confidencialidad de los participantes respecto de sus respuestas. Se cruzaron las variables analizadas, y se utilizaron pruebas no paramétricas según su distribución en la población.

Descripción de la población

Participaron del estudio todos los estudiantes regulares de la Licenciatura en Enfermería del CMN. Se descartaron 6 casos por no completar los datos apropiadamente, quedando un N total de 92 sujetos. En primer año se evaluaron 42 alumnos; en segundo año, 25; en tercero, 15 y en cuarto año, 10.

En cuanto a las variables demográficas, la población se distribuye en un 57,6% de mujeres y un 42,4 % de hombres. Al ser un instituto cerrado de formación con sistema de internado, la totalidad de los alumnos residen fuera del CMN, en el Conurbano Bonaerense o en CABA, aunque el 73,9% proviene del interior de la provincia de Buenos Aires y otras ciudades del país. El 97,8% son solteros y el 88% informa no tener hijos.

Con respecto a la formación académica, el 39,1% ha cursado otros estudios terciarios o universitarios antes de ingresar el CMN, en su mayoría vinculados a Enfermería y otras ciencias de la salud. Se consultó a los participantes sobre la percepción de su rendimiento académico y su motivación ante los estudios y el ejercicio de la enfermería. La mayoría (83,7%) se identificó con un desempeño bueno o muy bueno y un 95,7% con bastante o mucha motivación hacia la carrera.

La mayoría de los participantes no contaba con experiencia en catástrofes o emergencias. Solo el 16,3% refiere haber sido víctima de una situación de estas características y un 7,6% manifiesta haber participado en calidad de voluntario o rescatista. En cuanto a la preparación como agentes de salud, se les consultó sobre cuán preparados se sentían para intervenir en la asistencia a víctimas de catástrofes. El 81,5% respondió que se percibían algo o bastante preparados, mientras que la minoría (6,5%) se identificó con poca preparación para asistir a las víctimas y el restante 12% se reconoce con muchos recursos para asumir ese rol.

Resultados

Descripción de las variables en la población

A fin de cumplir con el objetivo del trabajo, se describen en la Tabla 1 y 2 los resultados obtenidos en los estudiantes de Enfermería del CMN sobre la eficacia en el entrenamiento en PAP, correspondiente a la cantidad de respuestas correctas en el programa SIPAPSI y los promedios de la población identificados en las distintas escalas del inventario IVA sobre valoración y estrategias de afrontamiento.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para toda la población en SIPASI.

Sistema Interactivo de Primera Ayuda Psicológica	Media (desv.tip)	Mediana (Min./Max)	P_valor Shapiro-Wilk
Respuestas correctas	7,02 (1,68)	7 (2/10)	0,000
N=92			

Los alumnos alcanzan en promedio de 7 sobre un total de 10 respuestas correctas, correspondientes a la elección de los videos que se ajustan a las pautas de PAP propuestas en la capacitación.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos del Inventario de Valoración y Afrontamiento.

Inventario de Valoración y Afrontamiento	Media (desv.tip)	Mediana (Min./Max)	P_valor Shapiro-Wilk
mñ-VSA	2,95 (0,70)	3,0 (1,6/4,6)	0,032
VSD	3,77 (0,60)	3,8 (2,1/5,0)	0,086
VSI	2,07 (0,63)	2,0 (1,0/4,0)	0,002
ACS	3,13 (0,64)	3,0 (1,8/4,6)	0,061
ACE	4,05 (0,63)	4,0 (1,3/5,0)	0,000
ACMS	3,80 (0,61)	3,8 (1,8/5,0)	0,049
ACME	3,86 (0,61)	3,8 (2,0/5,0)	0,023
AP	2,30 (0,95)	2,0 (1,0/5,0)	0,000
AE	1,45 (0,79)	1,0 (1,0/4,0)	0,000
N=92			

En lo que respecta a la valoración de la situación de emergencia o catástrofe, se encuentran valores más elevados en la percepción del contexto

como un desafío (VSD, Media 3,77, Desv.tip. 0,60), mientras que la estrategias más utilizadas o con las que más se identifican los alumnos corresponden al afrontamiento cognitivo orientado a disminuir la emoción (ACE, Media 4.05, Desv. Tip. 0,63).

Diferencias entre grupos

Se analizaron las diferencias entre los indicadores de eficacia, valoración y afrontamiento según el género, el año de cursada y la experiencia previa en situaciones de catástrofe. Se utilizó para la comparación estadísticos no paramétricos (U de Mann-Withney y H de Kruskal Wallis), considerando que los p_valor de las pruebas de normalidad (Shapiro-Wilk) indican que la mayoría de las variables no cumplen con las condiciones de distribución normal en la población analizada.

En lo que respecta a la eficacia en el entrenamiento, los valores obtenidos no permiten afirmar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en el rendimiento en SIPAPSI, hallándose en todas las comparaciones p_valores mayores a 0,05.

En relación a las estrategias de afrontamiento, tampoco se hallaron diferencias significativas según género, año de cursada o experiencia previa, obteniéndose en cada comparación p_valores mayores a 0,05, tanto en lo que respecta a la valoración de la situación estresante como al modo de afrontamiento.

Según los resultados, la población presentaría un perfil homogéneo en lo que respecta al nivel de eficacia en el entrenamiento en PAP y en los modos de valorar y afrontar las situaciones de catástrofe o emergencia, no hallándose subgrupos o características particulares que diferencien a los estudiantes en lo que respecta a las variables analizadas.

Relación entre eficacia en el entrenamiento, valoración y estrategias de afrontamiento

Considerando la distribución de las variables en la población, se utilizó para analizar la relación entre la cantidad de respuestas correctas en el SIPAPSI y los puntajes en las escalas del IVA, el coeficiente de correlación

Rho de Spearman. La Tabla 3 muestra los valores obtenidos.

Tabla 3. Coeficientes de correlación entre indicadores de eficacia y estrategias de afrontamiento

	Rho de Spearman (p_valor)
Rtas correctas SIPAPSI / VSA	-0,156 (0,279)
Rtas correctas SIPAPSI / VSD	-0,019 (0,894)
Rtas correctas SIPAPSI / VSI	0,006 (0,965)
Rtas correctas SIPAPSI / ACS	-0,148 (0,305)
Rtas correctas SIPAPSI / ACE	0,114 (0,429)
Rtas correctas SIPAPSI / ACMS	0,244 (0,087)
Rtas correctas SIPAPSI / ACME	0,164 (0,254)
Rtas correctas SIPAPSI / AP	-0,046 (0,751)
Rtas correctas SIPAPSI / AE	-0,148(0,304)
N=92	

Los resultados obtenidos no permiten afirmar la existencia de covariaciones o asociación entre la cantidad de respuestas correctas señaladas en el programa de entrenamiento y las estrategias de afrontamiento identificadas. Niveles de significación mayores a 0,05 en los coeficientes de correlación indicarían la independencia de las variables.

Conclusiones y discusión

Eficacia en el entrenamiento en PAP

Los resultados obtenidos indican que la capacitación en PAP resultó favorable. La población estudiada se halla dentro de un rendimiento adecuado en la identificación de acciones que favorecen la activación cognitiva de las víctimas y prevengan el desarrollo de psicopatologías vinculadas a situaciones de emergencia o catástrofe. Para Crane y Clements (2016) existe la necesidad de preparación en emergencia psicológica para las situaciones de desastre junto con el desarrollo de protocolos y guías prácticas. Aunque consideran prioritario la atención del daño físico en la emergencia, plantean que incorporar una intervención rápida y efectiva en salud men-

tal es esencial en la atención de las víctimas.

Dentro de lo que es la preparación en emergencia en particular y la formación del enfermero en general, Medina, Barrientos y Navarro (2017) consideran que la simulación es usada desde hace décadas en la enseñanza curricular de la Enfermería, lo que constituye una estrategia eficaz para la formación. Según los autores, esta metodología puede ser incorporada en el currículo con modelos educativos integrados y evaluados para asegurar una enseñanza adecuada y efectiva. La utilización del programa SIPAPSI para el entrenamiento en PAP habría sido adecuada dentro de este marco, pudiéndose considerar para capacitaciones futuras ya que el planteamiento de situaciones simuladas ha tenido una aceptación positiva en los estudiantes, favoreciendo la fijación de las pautas básicas del protocolo de PAP propuesto.

La falta de diferencias intragrupo en lo que respecta a la eficacia en el entrenamiento, sugiere la existencia de cierta concordancia entre las pautas teóricas propuestas en el modelo de las 4 C para la asistencia a las víctimas y la formación previa de los estudiantes. Para Farsi (2017), transformar la experiencia y el conocimiento tácito de quienes proveen los cuidados en salud durante las situaciones de conflicto en conocimiento explícito puede ayudar a identificar y analizar problemas y a brindar las soluciones en escenarios similares. Las capacitaciones del estilo brindado a través de esta investigación, promovería el refuerzo de las características personales positivas que favorecen un mejor afrontamiento del estrés e intervenciones protectoras de la salud en general.

Valoración y estrategias de afrontamiento

La mayoría de los participantes no contaban con experiencia previa en el papel de rescatistas o voluntarios, ni habían padecido contextos como terremotos, accidentes ferroviarios, inundaciones o similares, lo que en algunos casos pudo haberse supuesto como antecedentes que prepararan a los sujetos para un mejor afrontamiento a dichos contextos. La falta de experiencia personal en este sentido no parece promover en los estudiantes temores o preocupaciones sobre lo desconocido, sino que la mayoría percibiría este tipo de situaciones como un desafío, lo que favorece un mejor afrontamiento y utilización de los recursos disponibles. La valoración

como desafío ante una situación que produce estrés es la de mejor pronóstico y la más eficiente. Implica que la persona está dispuesta a hacerle frente porque evalúa que dispone de recursos ante ella. Estos recursos incluyen tener conocimientos para resolver la situación con éxito, contar con la fortaleza psíquica requerida y disponer de apoyo social. Tanto los conocimientos como el apoyo pueden relacionarse con el sentimiento de pertenencia a una institución.

La estrategia de afrontamiento identificada como más frecuente o más utilizada refiere al abordaje cognitivo de la situación conflictiva para la disminución de las emociones que éstas provocan. Este estilo es concordante con las pautas de abordaje planteadas por el modelo de las 4 C y el protocolo de PAP propuesto en la capacitación.

La utilización de estrategias conductuales motoras (ACMS y ACME) en una frecuencia elevada (valores promedio mayores a 3 puntos en una escala de 1 a 5) también indica una adecuada preparación de los estudiantes para el afrontamiento de situaciones de catástrofe y emergencia. Dichos recursos resultan valiosos tanto para la aplicación del protocolo de PAP como para la autoprotección ante el estrés plausible de ser sufrido en la asistencia a las víctimas. Las estrategias activas resultan las más eficientes, porque significa que la persona ante la situación de estrés actúa, ya sea para resolver el problema como para disminuir la emoción concomitante al problema. Ante una situación de catástrofe, es muy probable que un individuo se sienta invadido por emociones. Las estrategias activas son las que permiten no paralizarse ante la situación, mitigar o reevaluar las emociones y actuar en forma eficiente. Labrague, McEnroe-Petitte, Gloe, Thomas, Papathanasiou y Tsaras (2017) encontraron que las estrategias que los estudiantes de Enfermería utilizaban comúnmente eran las centradas en la resolución de problemas y la búsqueda del significado de los acontecimientos estresantes. Se trata entonces de afrontamientos activos y centrados en la resolución del problema, en consonancia con la presente investigación.

Los puntajes bajos observados en la valoración de las situación de catástrofe como indiferente y las estrategias pasivas o evitativas, hace suponer que los estudiantes de enfermería presentan una actitud activa y dispuesta para la resolución de los conflictos que una emergencia puede presentarles. Morales (2017) encontró que los estudiantes con mayor empleo de las estrategias productivas de afrontamiento (solución activa, búsqueda de información y guía, y actitud positiva) tienen mayor puntuación en las

variables autoconcepto académico, habilidades sociales e inteligencia emocional. También encontró relaciones inversas entre el autoconcepto académico con la estrategia indiferencia; y entre la inteligencia emocional (reparación emocional) con la conducta agresiva. Se encuentran efectos directos positivos de las habilidades sociales y algunas dimensiones del autoconcepto sobre estrategias productivas de afrontamiento como búsqueda de información y guía; y efectos directos negativos de las habilidades sociales y el autoconcepto sobre estrategias improductivas de afrontamiento (de las habilidades sociales sobre conducta agresiva y del autoconcepto físico sobre evitación conductual). La predominancia de estrategias de afrontamiento activas en enfermeros militares, favorecería entonces, no solo a la resistencia al estrés que los contextos de emergencia presentan, sino también contribuirían a una mayor estabilidad y bienestar personal, promoviendo la seguridad en sí mismo, sus recursos personales y su relación con el entorno.

El perfil del enfermero militar para la asistencia en catástrofes y emergencias

La falta de diferencias en los indicadores estudiados en la comparación intragrupo puede interpretarse como un indicador de homogeneidad de la población en cuanto a su capacidad de respuesta hacia las víctimas y su estilo de afrontamiento. La preparación propia de la carrera militar y las características del ejercicio profesional de la enfermería formarían un perfil favorable, consolidando recursos y estrategias que favorecen una mejor asistencia a la víctima de catástrofes o emergencias. Los estudiantes de Enfermería del CMN presentan características y aptitudes que incentivan el entrenamiento en protocolos de acción específico como el propuesto para PAP, privilegiando formas de percepción de la emergencia en términos que favorecen un accionar efectivo, así como también estrategias de afrontamiento activas y orientadas a la resolución de los problemas.

El perfil de estrategias de afrontamiento que el grupo analizado presentó, constituiría un factor protector ante las situaciones de catástrofe o emergencia, disminuyendo las posibilidades de desarrollar psicopatologías asociadas al estrés y promoviendo un accionar efectivo en la asistencia a las víctimas. Asimismo, el perfil encontrado en enfermeros constituye

un perfil a ser estudiado en otros grupos por poseer habilidades deseables que deberían buscarse en voluntarios que reciban entrenamiento en PAP.

El estudio del perfil de los enfermeros militares adquiere más importancia a la luz de los resultados de una revisión de las investigaciones existentes sobre rescatistas y su posibilidad de desarrollar estrés post traumático, ansiedad, depresión y otros desordenes psicológicos (Mao, Fung, Hu y Loke, 2018). En la mencionada investigación, se encontró que de todos los rescatistas y enfermeros entre los profesionales de la salud, los voluntarios sin pertenencia institucional eran más susceptibles a padecer consecuencias psicológicas negativas. Por lo tanto, la pertenencia a una institución como el Ejército es un factor que protegería la salud de sus integrantes, porque opera como un marco de contención. Este aspecto del sentimiento de pertenencia debería contemplarse en la formación de voluntarios.

La investigación realizada brinda datos favorables sobre los beneficios del entrenamiento en PAP y el papel del enfermero en la atención de víctimas de catástrofes o emergencias. Este entrenamiento, junto con los conocimientos profesionales que posee, aportan un marco conceptual que constituye un importante recurso a la hora de afrontar situaciones de alto estrés. El perfil del enfermero militar promueve características personales positivas para el afrontamiento al estrés y el cuidado de los sujetos afectados por el mismo, a la vez que la especificidad de su rol lo ubican como agente replicador de salud en los distintos destinos y actividades en los que es designado.

Agradecimientos:

A la UNDEF, porque a través de su programa UNDEFI permitió financiar esta investigación.

A la Licenciatura en Enfermería del Colegio Militar de la Nación por el apoyo para la realización de este trabajo, es especial a su Directora, la Lic. Sandra Coria y a las Licenciadas Laura López y Eugenia Cristina Cazón, docentes de la carrera.

Al Colegio Militar de la Nación por el apoyo incondicional que nos brinda en forma cotidiana en la concreción de nuestros objetivos de trabajo.

Bibliografía

Abeldaño, Roberto Ariel, & Fernández, Ruth. (2016). Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 431-442.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition (DSM III). Washington DC: American Psychiatric Association.

Azzollini, S. C., Cosentino, A. C., Depaula, P. D., Becerra, L., & Porte Petit Ortiz, A. (2015). SIPAPSI: Sistema Interactivo de Primera Ayuda Psicológica (Version 1). Buenos Aires, Argentina

Azzollini,S.; Azzara,S., Depaula,P; Cosentino,A; Grinhauz,S. (2017). Modificación del Protocolo de primera ayuda psicológica en situaciones de crisis. *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina*; 63(2): 139-147

Baas, S., Ramasamy, S., Dey de Pryck, J., & Battista, F. (2009). *Analisis de sistemas de gestion del riesgo de desastres: una guia*. FAO, Roma.

Ceballos, M. O. (2015). Transición de la enfermería en los servicios de salud mental comunitarios en Cuba. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 7(1).

Chandra A, Kim J, Pieters HC, Tang J, McCreary M, et al. (2014). Implementing psychological first-aid training for medical reserve corps volunteers. *Disaster Med Public Health Prep* 8:95–100.

Crane, P.A.; Clements, P.T. (2016). Psychological Response to Disasters: Focus on Adolescents, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* , 3(8):31-38

Decreto N° 1691/06. Sancionado el 22 de noviembre de 2006. Directiva sobre Organización y Funcionamiento de las Fuerzas Armadas. Ministerio de Defensa, República Argentina.

Decreto N° 2497/1993. Sancionado el 9 de diciembre de 1996. Arte de Curar. Ejercicio de la Enfermería. Ministerio de Salud y Acción Social, República Argentina.

Dieltjens T, Moonens I, Van Praet K, De Buck E, Vandekerckhove P (2014). A Systematic Literature Search on Psychological First Aid: Lack of Evidence to Develop Guidelines. *PLoS ONE* 9(12): e114714. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114714>

Farchi, M., Cohen, A., & Mosek, A. (2014). Developing specific self-efficacy and resilience as first responders among students of social work and stress and trauma studies. *Journal of Teaching in Social Work*, 34(2), 129-146.

Farsi, Z. (2017). Exploring Coping Strategies of Healthcare Providers with Tension Sources in Iran-Iraq War: A Qualitative Study. *Journal of Archives in Military Medicine*, 5(4): 359-470.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.

García Renedo, M., & Gil Beltrán, J. M. (2004). Aproximación conceptual al desastre. *Cuadernos de Crisis* [en línea], 1(3), 7-20.

Góngora, J. N. (2004). *Enfermedad y familia: manual de intervención psico-social* (Vol. 219). Grupo Planeta (GBS).

Inter-Agency Standing Committee (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. 2007. Recuperado de: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/downloadDoc.aspx?docid=4445&ref=4>.

Jacobs, G.A. (2007). The development and maturation of humanitarian psychology. *Am Psychol* 62:929-941.

Juen, B. (2013). Annual ENPS Forum 2013: Psychoeducation, Psychological first aid, Psychosocial support, "terminology".

Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Gloe, D., Thomas, L., Papathanasiou, I. V., & Tsaras, K. (2017). A literature review on stress and coping strategies in nursing students. *Journal of Mental Health*, 26(5), 471-480.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press on Demand.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Leibovich de Figueroa, N. B. (1999). *Adaptación del Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA)*. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología. UBA.

Leibovich de Figueroa, N.B. y Shufer, M. (2002). *El "malestar" y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Ed. Eudeba.

Ley N° 24.004/91. Ley de Ejercicio de la Enfermería. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. 23 de octubre de 1991.

Mao, X., Fung, O. W. M., Hu, X., & Loke, A. Y. (2017). Psychological impacts of disaster on rescue workers: A review of the literature. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 27 (Marzo 2018): 602-617.

Medina, E. U., Barrientos, S. S., & Navarro, F. I. (2017). El desafío y futuro de la simulación como estrategia de enseñanza en enfermería. *Investigación en Educación Médica*, 6(22), 119-125.

Ministerio de Salud de la Nación (2016). Salud, comunicación y desastres: guía básica para la comunicación de riesgo en Argentina. - 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2016. Libro digital, PDF/A. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000832cnt-2016-05_guia-salud-comunicacion-desastres-isbn.pdf

Morales, F. (2017). Relaciones entre afrontamiento del estrés cotidiano, autoconcepto, habilidades sociales e inteligencia emocional.[Relationships between coping with daily stress, self-concept, social skills and emotional intelligence.]. *European Journal of Education and Psychology*, 10, 41-48.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Guía para trabajadores de campo. Ginebra: Nonserial Publications.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/GuiaPracticadeSaludMental.pdf?ua=1>

Puga García MA, Madieto Albolatrach MM, Brito Hernández MI. (2017). Características gnoseológicas en la formación del profesional de enfermería. *Gaceta Médica Espirituana*, 9(3):7 Recuperado de: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/807>

Slaikeu, A.(1995). *Intervención en crisis*, Manual Moderno, México

Solano, N. S., Gorn, S. B., & Reyes, J. G. (2016). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atención Primaria*, 48(4), 258-264.

Vindel, A. C., & Tobal, J. J. M. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y estrés*, 7(2), 111-121.

World Health Organization (WHO) (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva: World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International.