COORDINACIÓN NACIONAL DE
PROTECCIÓN CIVIL
MÉXICO

Primeros Auxilios psicológicos
25 de febrero de 2016

M. en C. Angélica López López
Lic. Verónica Silvana Velasco Gómora
Lic. Verónica Andrea Rojas Hernández
Aplicar las técnicas de intervención en crisis en una situación de emergencia, con la finalidad de atender a los afectados, a partir de identificar el contexto en el que se presenta, proporcionar apoyo inmediato que permita contener situaciones de crisis mientras los afectados son canalizados al personal especializado.
- Describir las características de la crisis y el tipo de crisis circunstancial.
- Describir las reacciones psicológicas y conductuales más frecuentes ante los desastres.
- Describir el concepto y componentes de primeros auxilios psicológicos.
- Identificar las diferentes técnicas de intervención en crisis.
1. Concepto de crisis
2. Reacciones psicológicas ante los desastres
3. Intervención en crisis
4. Trastorno por Estrés Agudo (TEA)
5. Trastorno por Estrés Postraumático (TEP)
6. Primeros auxilios psicológicos
7. Técnicas de intervención en crisis
El abordaje de la gestión integral del riesgo conlleva la disminución de la vulnerabilidad social (sujetos) en donde va implícita la vulnerabilidad psicológica a la cual cualquiera de nosotros estamos expuestos.
En México, una gran cantidad de personas se ven afectadas cada año por la presencia de incidentes, emergencias o desastres los cuales los colocan en una situación crítica de (inundaciones, incendios, explosiones, derrumbes, fugas, sismos, etc.), provocado un desajuste en el comportamiento de las personas por dicha situación.
Describe brevemente los siguientes aspectos:

- Crisis
- Emergencia
- Desastre
- Primeros auxilios psicológicos
Ámbito problemático en el que confluyen diversas áreas del conocimiento
Ámbito problemático en el que confluyen diversas áreas del conocimiento
Gestión Integral de Riesgos de Desastres

Información
Atlas
De Riesgos

Comunicación

Plan familiar
/Programa
Interno

Sistema de
Alerta
Temprana

Señalización

Mochila de
vida
Las situaciones de emergencia crean muy diversos problemas en el plano del individuo, de la familia, de la comunidad y de la sociedad.

En cada uno de esos niveles, las emergencias erosionan los apoyos de protección de la persona, acrecientan los riesgos de que aparezcan numerosos tipos de problemas y tienden a agravar los problemas existentes de injusticia social y desigualdad.
CONTEXTO DE LA EMERGENCIA

Cuando una emergencia irrumpe de manera abrupta, las personas suelen tener un cúmulo de emociones que pueden paralizar los mecanismos de afrontamiento, de ahí la importancia de que quienes participamos en la atención de la emergencia podamos apoyar a movilizarlos para que no se conviertan en obstáculos para la resolución de la misma.

De ahí que ante una emergencia alguien pueda reaccionar con estrés, temor, ansiedad, nerviosismo, entre otras, siendo necesario aplicar alguna de las técnicas que explicaremos más adelante.
Problemas sociales preexistentes (anteriores a la emergencia) (por ejemplo, extrema pobreza; pertenencia a un grupo que es objeto de discriminación o marginado; opresión política);

Problemas sociales inducidos por la emergencia (por ejemplo, separación de los miembros de la familia; desintegración de las redes sociales; destrucción de estructuras comunitarias, de la confianza recíproca y de los recursos; mayor violencia por motivos de género)
En función del contexto de la emergencia, hay determinados grupos de personas que corren mayores riesgos de experimentar problemas sociales y/o psicológicos.

Aun cuando muchas formas básicas de apoyo deben estar a disposición de la población afectada por la emergencia en general, una buena planificación incluye expresamente medidas para un adecuado apoyo a las personas que estén en mayor riesgo, a quienes es preciso detectar para cada crisis específica.
La intervención que el personal que atiende emergencias puede proporcionar a personas en crisis marca la posibilidad de que el paciente comience a buscar una solución inmediata o que, con la información proporcionada por el personal, se le derive a instituciones especializadas.
Crisis se puede definir como “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas” (Slaikeu, 1988).

- Además, “una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual”. (Benveniste, 2000)
Podemos definir una crisis como un suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas.

Es una situación no habitual cuyo impacto, debido al número de perjudicados, daños producidos, etc., desborda la capacidad normal de respuesta de la comunidad afectada. (Aguirre)
La **crisis** es un estado de desequilibrio emocional por el que todo ser humano atraviesa en algún momento de la vida, en la cual el sujeto tiene circunstancias diversas que lo vulneran, en donde el sujeto puede colapsarse.

Cualquier circunstancia de vida puede generar crisis, por ejemplo, ser despedido del trabajo, un divorcio, la muerte de un ser querido.
Existen factores que pueden intensificar las reacciones en las personas ante una crisis; estas son:

<table>
<thead>
<tr>
<th>La falta de aviso del evento</th>
<th>Falta de información sobre el fenómeno perturbador</th>
<th>El ámbito del evento</th>
<th>El contraste abrupto del escenario</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>La pérdida personal o la lesión</td>
<td>La clase de desastre</td>
<td>El estímulo traumático</td>
<td>La naturaleza del agente destructivo</td>
</tr>
<tr>
<td>El error humano</td>
<td>El grado de incertidumbre y duración</td>
<td>La falta de oportunidad de la amenaza para actuar con efectividad</td>
<td>El tiempo del suceso</td>
</tr>
<tr>
<td>Las características del post-desastre</td>
<td></td>
<td></td>
<td>El ambiente</td>
</tr>
</tbody>
</table>
¿Qué hace que una crisis desemboque en crecimiento y que otra lo haga en un daño inmediato o en problemas psicológicos subsecuentes?
1. La gravedad del suceso

2. Los recursos personales

3. Contactos sociales de apoyo al momento de la crisis
¿Quién está disponible para ayudar con las consecuencias inmediatas al suceso?
En tanto la crisis se caracteriza por un colapso en la capacidad para resolver problemas, la ayuda externa es fundamental para determinar sortearan los individuos estos puntos de cambio.
La crisis circunstancial puede afectar a cualquiera en cualquier momento

La característica de la crisis circunstancial es que se basa en un suceso precipitante (como inundación, terremoto, etc.) tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa de la vida en que está se halla.

Las características de la crisis circunstancial

Repentina: aparece de forma repentina por consecuencia de los fenómenos perturbadores de origen natural o provocados por el hombre (terremotos, huracanes, explosiones, amenaza de bomba, etc.).

Imprevista: las personas tienden a pensar que no corren riesgos y por tanto, “el peligro le sucederá a alguien más”
Las características de la crisis circunstancial

- **Calidad de urgencia**

Significa que amenaza el bienestar físico y psicológico (emocional) de la población afectada y requieren de atención inmediata.

- **Impactante**

Su potencial sobre comunidades enteras es visible porque afecta a un gran número de personas de modo simultáneo y se requiere de la intervención de grandes grupos de personas en un periodo relativamente corto.
(s. a.) (s. f.) Ansiedad 2. [Imagen] Tomada de:
Reacciones psicológicas más frecuentes

Taquicardia

Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarreas) (Diaforesis (sudor))

Ansiedad leve

Tremores o tensión muscular

Micción frecuente (orinar)
Reacciones psicológicas más frecuentes

Reacción depresiva

Mutismo

Alteraciones del período del sueño

Expresión verbal de un sentimiento de inestabilidad hacia los hechos

Sentimiento de vacío

Inmovilidad
Reacción de ansiedad

Conversación rápida y continua

Presta poca atención

Uso inapropiado del sentido del humor

Hiperactividad física

Deseo de rebatir todo cuanto se le dice
Reacción histérica

- Intentos irracionales por abandonar el área
- Desplazamientos incontrolables y sin sentido alrededor de la zona
Reacciones psicológicas más frecuentes

Se han incluido otras reacciones complementarias

Insomnio

Disminución de la adaptación a la vida cotidiana

Falta de energía.

Pesadillas

Sentimiento de culpa por haberse salvado después que los seres queridos perdieron la vida

Temores
1) Represión:
   - Olvidarse de lo que siente

2) Negación:
   - Rehusarse a reconocer el problema (todo está bien)

3) Proyección:
   - Ver el problema en los otros.

4) Reacción formativa:
   - Hacer lo contrario de lo que realmente siente.
<table>
<thead>
<tr>
<th>5) Desplazamiento:</th>
<th>6) Sublimación:</th>
<th>7) Regresión:</th>
<th>8) Racionalización:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Dirigir hacia otro, que no es el problema, las emociones negativas para liberar las energías intrapsíquicas.</td>
<td>• Usar energía reprimida y expresarla en trabajo creativo.</td>
<td>• Volver a etapas de crecimiento anteriores, como a la niñez y adolescencia (no maneja en el presente con seriedad y responsabilidad del sentimiento).</td>
<td>• Usar razonamiento intelectual para dar validez a un comportamiento o irracional (palabras que distorsionan la verdad).</td>
</tr>
</tbody>
</table>
9) Conversión:
- Síntomas físicos por el traslado de actividad emocional negativa a través del cuerpo físico (enfermedad psicosomática).

10) Desatención selectiva:
- Esquema de distracción que no ve lo que no le agrada (mini negaciones).

11) Automatismo:
- Vivir sin tomar conciencia de lo que se piensa y lo que se siente.
La intervención en crisis es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir en unos sucesos traumáticos, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida se maximizan).
Dos fases de los procesos de intervención en crisis:

1. Primeros Auxilios Psicológicos

2. La intervención en segunda instancia, terapia para crisis
En una crisis (de cualquier tipo) la persona puede activar mecanismos de defensa que le permitirán adaptarse a la circunstancia crítica.

Se ha encontrado que algunos se manifiestan más, pero si el paciente encuentra para sí todas las puertas cerradas (en términos de solucionar su crisis), colocándose en un negativismo radical, debemos sugerirle el seguimiento de caso.
Trastorno por estrés agudo es un trastorno de ansiedad, en el que la persona sufre, temporalmente pero de forma aguda, un cuadro de ansiedad fisiológica, como respuesta a la experimentación de uno o varios sucesos altamente estresantes, donde se ha puesto en peligro la integridad física de uno mismo o de los demás.

- Los síntomas aparecen a los pocos minutos del suceso traumático, y remiten con un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas.
Al igual que en el trastorno de estrés postraumático pueden revivirse las experiencias traumáticas, y muestran un sintomatología similar a éstos.

A veces se siente culpables por lo ocurrido, o no merecedores de haber sobrevivido (en el caso de sucesos que se hayan cobrado víctimas mortales). No es raro que el trastorno de estrés agudo desemboque en un trastorno de estrés postraumático.
Sintomatología del TEA

HIPERALERTA
- Insomnio
- Sobresaltos e hipervigilancia
- Irritabilidad
- Síntomas físicos de ansiedad

RE-EXPERIMENTACIÓN
- Pensamientos intrusivos
- Flashbacks
- Pesadillas recurrentes

EVITACIÓN
- Esfuerzos para evitar acciones, personas o lugares
- Embotamiento afectivo intenso
- Incapacidad para continuar con la vida habitual

SÍNTOMAS DISOCIATIVOS
- Sensación de desapego
- Reducción de la conciencia del entorno
- Desrealización
- Despersonalización
- Amnesia disociativa

DETERIORO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL
- Malestar o sufrimiento
- Interferencia en el funcionamiento normal
- Disminución de la capacidad para el desempeño de las actividades habituales

Tomado de Curso Primeros Auxilios Psicológicos de la Universidad Autónoma de Barcelona 2015.
Surge como respuesta retardada o prolongada a una grave amenaza, a un acontecimiento psicológico de gran magnitud fuera del marco habitual de su experiencia, (Mayor duración). A consecuencia de la guerra o por catástrofes naturales:

- Presenta pensamientos recurrentes, sueños angustiantes, abstinencia, temor, aislamiento, afecto apagado, crisis de ansiedad, ira, perturbaciones del sueño. etc.
Sintomatología del TEPT

**Hiperalerta**
- Dificultades para conciliar el sueño
- Dificultad de concentración
- Irritabilidad y/o episodios de cólera
- Hipervigilancia

**Re-experimentación**
- Recuerdos repetitivos e intrusivos ( imágenes, pensamientos o percepciones )
- Flashbacks
- Pesadillas recurrentes
- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos relacionados con el suceso
- Respuestas fisiológicas consecutivas a estos estímulos

**Evitación**
- Esfuerzos para evitar acciones, personas o lugares
- Embotamiento afectivo intenso
- Imposibilidad para recordar ciertos aspectos del suceso
- Descenso de las actividades cotidianas y de las relaciones sociales
- Dificultades para planificar e imaginar el futuro

_Ibidem_
Por tanto, la intervención, al igual que un rescate, debe hacerse sin riesgos. Por ejemplo, si el paciente tiene armas, corre algún riesgo de caer de un lugar alto deberemos considerar entrar con el equipo adecuado si estamos capacitados para realizar la maniobra; si no, buscar al personal que cumpla con el perfil para no correr riesgos.
Proporcionar apoyo: La premisa de este objetivo es que acompañes al paciente. Significa que le permites hablar, le des atención y seas cordial para fomentar la expresión de su angustia y cólera, emociones resultantes de la frustración que cualquier persona siente frente a un hecho precipitante.
La **intervención en crisis** se define como las formas de intervención de corta duración y objetivos limitados centrados en la resolución preventiva de una desorganización psicológica.

La intervención en crisis se divide en dos rubros: Intervención en crisis de primer orden, también denominada primeros auxilios psicológicos o primera ayuda psicológica (PAP). Puede durar horas o días.
Intervención en crisis de segundo orden

La diferencia radica en el contexto en el que se desarrolla y en quién brinda el apoyo, y puede durar semanas o meses.

En el caso de los PAP, te darás cuenta que es una intervención que se da en el lugar en el que se genera la crisis y la proporciona cualquier persona capacitada en el tema, tú por ejemplo.

La duración de la intervención varía de acuerdo a la situación: pueden ser de minutos u horas y generalmente es en una sesión, ya que se recomienda canalización a una intervención en crisis de segundo orden, es decir, con un psicólogo o psiquiatra.
Definiremos **primeros auxilios psicológicos** (PAP) como el primer apoyo psicológico que debe recibir un individuo que ha atravesado una crisis, basado en el protocolo PAP.
Cabe resaltar que cualquier intervención que se brinde al paciente debe continuar con la premisa de salvaguardar la vida del mismo.

Bajo un esquema de seguridad para el propio interviniente.

Esto nos lleva a dos aspectos: si la vida del paciente está en riesgo por lesiones que atenten contra su vida, éste deberá ser trasladado al hospital; del lado del interviniente que brinda el PAP y que podrías ser tú, se debe considerar con la premisa de seguridad “primero soy yo, luego yo y, por último, yo”.
Los primeros auxilios psicológicos no son:

- Terapia
- Técnica de desactivación
- Diagnóstico
Objetivos de los PAP

- Promover la seguridad física y emocional del afectado
- Proporcionar calma y seguridad
- Tratar de conectarlo con su red social de apoyo
- Incentivar la eficacia y autoeficacia de la persona comunidad o grupo afectado
- Favorecer los procesos de afrontamiento
- Proporcionar ayuda proactiva y positiva
¿Cuándo y dónde aplicar los Primeros Auxilios Psicológicos?

- Es la técnica de elección durante las primeras 72 horas tras el impacto.
- Cuando lo anterior no es posible se consideran hasta los primeros dos meses. (OMS).
- Las emergencias son situaciones de gestionar por lo cual la situación optima se daría en un lugar organizado para este fin.
- Lugar amplio, de 200 a 300 metros de la emergencia, seguro y confortable, temperatura adecuada, espacios delimitados para el trabajo con las personas, juegos y lugar para niños, protegido de la visión de la zona afectada y de los medios de comunicación.
Por favor, recuerda las siguientes consideraciones:

- Ser empático
- Hacer sentir al sujeto que no está solo
- Permitir hablar-escuchar
- Crear clima de seguridad

Ten presente que desde el momento en que “estás” junto al paciente ya le proporcionas apoyo.
Lo que habremos de agregar como intervinientes es hacerlo bajo un sentido de responsabilidad clínico, en donde un “mal decir” o un “mal actuar” puede traer consecuencias no deseadables, como que alguien atente contra su integridad o la de otros por nuestra mala práctica.
Reducir la mortalidad: El segundo objetivo aplica para aquellas personas cuya vida está en riesgo y consiste en salvarlas y prevenir lesiones físicas durante una crisis, es decir, evitar que el paciente, en estado crítico, maltrate a hijos o cónyuge.

Para ello es necesario seguir la técnica terapéutica adecuada para conseguirlo, así como hospitalización, sometimiento o confiscación de armas de ser necesario (ésta la realiza personal encargado de la seguridad pública).
**Vincular recursos de ayuda**: Es la identificación con precisión de las necesidades críticas del paciente y su canalización a la persona o instituciones adecuadas: atención psicológica, asesoría jurídica o cualquier tipo de apoyo que el Estado pueda brindar a través de instituciones públicas, esto con el propósito de que la persona empiece a tomar las medidas pertinentes para enfrentar la crisis.

- Poner al sujeto en contacto con los recursos de apoyo para ayudarle a resolver su situación (atención psicológica, alimentación, etc.).
- Mantener informada a la gente sin alarmar.
- La vinculación también conlleva la canalización a instituciones que puedan apoyarlo a resolver su crisis y, junto con el recurso social, nos permiten vincular recursos de ayuda.
La intervención en crisis de primer orden que sugiere Slaikeu (1988) como “Primera Ayuda Psicológica”, en el cual se describe un protocolo de cinco pasos:

1. Hacer contacto psicológico  
2. Examinar las dimensiones del problema  
3. Explorar soluciones posibles  
4. Ayudar a tomar una acción concreta  
5. Registrar el proceso de seguimiento
1. **Hacer contacto psicológico:** este primer paso es vital para que se pueda llevar a cabo la intervención pues de éste dependerá el lazo transferencial o “de confianza” que se pueda consolidar. De ahí la importancia del uso y manejo del cuerpo y la voz.
El cómo llego, cómo y cuánto me acerco, el tono de voz que utilizo al hablar debe ser utilizado con cautela, observando las reacciones del paciente. Aquí será importante observar la postura del paciente, por ejemplo, si está en el piso deberemos agacharnos y no permanecer parados.
La empatía que consiste en “ponerse en los zapatos del otro” debe tomarse en cuenta con la salvedad de que una vez que termina la intervención tendremos que “quitarnos los zapatos” del paciente.
Recordemos que si en la vida cotidiana nosotros no contamos nuestros problemas a “cualquiera” el mismo pensamiento pasará por la persona que atraviesa una crisis, en donde en muchas ocasiones incluso pueden ser consideradas como “vergonzosas” por ellos mismos, con lo cual proporcionar seguridad y calma al paciente logrará contenerlo.

- La contención al proceso en el que la persona encargada de contener la ansiedad de la persona en crisis logra dicho objetivo utilizando los recursos mencionados anteriormente.
Hacer contacto psicológico

Algunas sugerencias de tu discurso:

- Identificarse, nombre dependencia y actividad realizada
- ¿Quieres platicar?
- ¿Cómo te llamas?
- ¿Necesitas algo?

(s.a.). (2015). Tristeza y dolor. [Imagen]. Tomada de: http://pbs.twimg.com/media/CDmFgf-UgAAQgQ.jpg
2. Examinar las dimensiones del problema:
este paso consiste en comenzar a hablar acerca de
la situación, sin embargo, es importante notar que habrá
momentos en los que el paciente no quiera hablar y
será importante respetarlo hasta que esté listo y si, no lo
está, se detendrá el procedimiento asegurándonos de realizar el
vínculo social para que no esté solo.
Es importante saber qué ocurrió, por lo que la pregunta: ¿qué pasó? nos permitirá adentrarnos en la dimensión del problema, el cual focalizaremos para trabajar exclusivamente alrededor de él.

Es importante que focalices su demanda, es decir, el problema que específicamente ha dicho el paciente que le preocupa, para lo que hay que indagar:

Pasado inmediato: suceso precipitante (muerte, desempleo, separación, etc.).

Presente: recursos personales, sociales y mortalidad.

Futuro inmediato: decisiones inminentes (esta noche, próximos días, meses).
Primeros Auxilios Psicológicos

Cuando al paciente le preocupan varias circunstancias se trabajará el ordenamiento de problemas a resolver: los inmediatos y los que se puedan posponer.

La dimensión del problema se indaga a través de la pregunta: ¿qué pasó? siendo necesario dejar hablar al paciente, es decir, no interrumpirlo con consejos o juicios personales.

Este paso es el que podrá llevar más tiempo, pues la idea consiste en que el paciente descargue sus emociones y empiece a elaborar la situación que produjo la crisis, realizando puntualizaciones que promuevan dicha elaboración.
Examinar las dimensiones del problema:

Algunas sugerencias de tu discurso:

¿Qué pasó?
¿Cómo ocurrió?
¿Qué es lo que más te preocupa?
¿Cómo te sientes?

Explorar recursos sociales
3. **Explorar soluciones posibles:** es importante preguntar al paciente lo que ha intentado hasta ahora y explorar lo que puede hacer lo que ahora permitirá movilizar los propios recursos del sujeto.

Dependiendo de la mortalidad y la capacidad de la persona en crisis para actuar en su propio beneficio, el especialista tomará una actitud facilitadora (en donde el paciente toma sus decisiones) o una actitud directiva (cuando la persona no es capaz de cuidarse por sí misma, ya sea por perturbación emocional o porque ha consumido algún tipo de droga).
La actitud directiva suele ser muy común en situaciones en donde simplemente hay que darles indicaciones de qué hacer, tal es el caso de los desastres.

Puntualizamos con énfasis que debes dejar como último recurso el ser directivo, es decir, sugerir al paciente algunas opciones de solución, quizá esto se deba a un cuadro de depresión, por lo que se deberá estar advertido de lo anterior a la hora de la canalización (paso 5).
**Explorar soluciones posibles:**

Algunas sugerencias de tu discurso:
- ¿Qué has hecho al respecto?
- ¿Qué se te ocurre que podamos hacer?
Y como último recurso ¿y...si intentas esto?
4. **Ayudar a tomar una acción concreta:** consiste en un proceso de negociación paciente-psicólogo acerca de la solución que ha decidido realizar. Slaikeu (1984) recomienda que, si la mortalidad es baja, el interviniente deberá estimular a que el paciente tome decisiones: Si la mortalidad es alta se es directivo.

Una vez tomada la decisión, de ser necesario, se hace un contrato entre ambos (muchas veces se incluye a la familia si es indispensable como recurso social), con la finalidad de asegurar que el paciente realmente hará lo dicho.
El contrato es recomendable, sobre todo cuando existe una mortalidad alta.

Ayudar a tomar una acción concreta significa que, una vez que se tiene la solución inmediata al problema, se promovería que ésta se lleve a cabo.
Ayudar a tomar una acción concreta:

Algunas sugerencias de tu discurso:
¿Te parece que el día de mañana hagas? (lo acordado)
¿Quieres que te acompañe a identificar el cuerpo?
¿Quieres hablar con...?

- Para poderme retirar es necesario que te quedes con alguien ¿a quién sugieres que le hablemos?
5. Registrar el proceso de seguimiento:

Establecido el contacto con el paciente se verifica si el proceso fue adecuado o requiere nuevas intervenciones. Implica que, una vez que las cosas están tranquilas y se ha llegado a un contrato en el caso de pacientes suicidas, se solicitará al paciente que hable a la institución posteriormente (en unas horas, siguiente día) para dar un seguimiento del caso, el cual nos permite darnos cuenta de su situación emocional.
El seguimiento no es obligatorio en casos de mortalidad baja (de acuerdo al caso) mucho menos en mortalidad nula, sólo en caso de que el paciente lo solicite explícitamente al experto.

En casos en donde la vulnerabilidad del sujeto implica una atención especial debe promoverse dicho seguimiento, mismo que podrá hacerlo la institución que dará.
Registrar el proceso de seguimiento:

Algunas sugerencias de tu discurso:
¿Te gustaría tener un espacio con un psicólogo para hablar de todo esto?
¿Te parece si hablas a tal teléfono... en donde te darán información... te apoyarán con tu situación?
Te sugiero ir a tal institución
Es importante que consideres que al aplicar el protocolo de primeros auxilios psicológicos, pueden sucederte dos situaciones: Provocar simpatía en el paciente. Provocar que te ocurra todo lo contrario.
Si ocurre lo primero, deberás aprovechar el vínculo y el buen contacto psicológico que seguramente se dará en automático para realizar la intervención, pero recuerda que el abordaje del paciente debe hacerse en el contexto de la intervención en crisis, no en el contexto de la camaradería, del amigo al cual dar consejos o brindarle cariño. Si lo segundo ocurriera durante una intervención y el paciente se muestra molesto contigo, simplemente no te enganches con eso, es decir, el enojo no es contigo, es con alguien que le representa en ese momento.
Finalmente, es importante que consideres que si por alguna razón o circunstancia de vida que ocurra en tu vida no te sientes apto para realizar dicha intervención se vale decir “no puedo”. Recuerda, se hace intervención en crisis no intervención con crisis. Por ejemplo, una persona que acaba de perder a un ser querido podría simplemente no estar en condiciones de brindar un apoyo psicológico.
https://www.youtube.com/watch?v=EacLEu7v_9A
Vulnerabilidad y trauma, nociones relacionadas con la intervención en crisis de primer orden. Con ambos conceptos tendrás más elementos para comprender por qué la crisis originada en situaciones de emergencia o desastre puede inhibir la capacidad adaptativa de una persona y no resolver situaciones que se desencadenan, y podrás colaborar en la práctica en la medida de lo posible, evitando que las emergencias y los desastres traspasen la barrera de una respuesta normal.

s. a.) (s. f.) Vulnerabilidad. [Imagen] Tomado de: http://www.terapiapsicologica.es/wp-content/uploads/2010/11/6a00d8341ca50853ef01157159fd61970c-320wi.jpg
Los conceptos que necesitas para identificar la vulnerabilidad psicológica de una persona en situaciones de emergencia son los que te enlistamos a continuación:

- Vulnerabilidad psicológica
- Clasificación de víctimas
- Trastorno por Estrés Postraumático
- Triage psicológico
La vulnerabilidad psicológica se verá reflejada en las víctimas de la emergencia o desastre y por eso es importante que conozcas la forma de clasificarlas.

Hablamos de **víctimas primarias** refiriéndonos a aquellas personas que fueron afectadas de manera directa. Debemos decir que un hecho que irrumpa de manera abrupta y genera estrés y crisis podrá consolidar una víctima.
Las **víctimas secundarias** son los familiares y vamos a encontrar características particulares. Una de ellas es el sentimiento de culpa que puede manifestarse en distintos sentidos. Si el familiar falleció, por ejemplo, en un desastre, la culpa se presenta en los razonamientos “por qué él y no yo” o “debió ser yo el que muriera”.

Cuando se tiene incertidumbre respecto a si el afectado sobrevivió o murió, esto suele generar una serie de fantasías al respecto que continúan aun cuando se le notifica que sobrevivió. Se preguntará cómo es esto, si sobrevivió, y efectivamente puede estar contento porque su ser querido está vivo; sin embargo, el hecho de que pudiera haber fallecido suele herir la susceptibilidad de esta víctima secundaria.
El tercer tipo de víctimas son todas las personas intervinientes en la emergencia. A este tipo se le denominará **víctimas terciarias** (emergencistas, brigadistas, bomberos, etcétera). A ellos se les considera porque suelen observar poco sus propias emociones y efectos que algún servicio de emergencia trajo consigo.

---

En muchas ocasiones la vulnerabilidad psicológica del interviniente se convierte en un blanco delicado, pues de no existir una supervisión psicológica o una desactivación emocional después de emergencias específicas, emergencias mayores o desastres, los emergencistas pueden arraigar sintomatologías propias de este tipo de trabajos.

Hay elementos que casi de manera automática nos predicen la vulnerabilidad del personal que atendió la emergencia, por ejemplo, emergencias en las que muere un menor o en donde pudo haber perdido la vida algún compañero o la perdió.
Es por lo anterior que será importante que al menos los jefes de guardia y jefes operativos puedan aprender a realizar una desactivación emocional, siendo ideal que se cuente con un psicólogo que lo pueda hacer. Esto disminuirá la vulnerabilidad de los emergencistas.
Imagen 3. Impactantes imágenes del trágico atentado contra las Torres Gemelas del World Trade Center ocurrido el 11 de septiembre de 2001
Triage Psicológico

Así como en las emergencias mayores o desastres se realiza una clasificación de lesionados de acuerdo a la gravedad de los mismos para priorizar su traslado al hospital o su atención en el mismo, en el ámbito psicológico será importante clasificarlos de acuerdo con el triage psicológico.
**Triage Psicológico**

En el contexto hospitalario o de atención de emergencia los criterios son:

- **Los pacientes rojos** llevarán la primera prioridad; son pacientes que presentan síntomas y signos que muestran estado crítico compatible con la vida.
- **Los pacientes amarillos** llevarán segunda prioridad, y son los pacientes que presentan signos y síntomas que permiten diferir la atención.
- **Los pacientes verdes** llevarán la tercera prioridad, son pacientes que presentan lesiones leves o signos y síntomas que no requieren la atención médica.
- **Los pacientes negros** son los que presentan muerte clínica.
Rojo
Pacientes más comprometidos: en shock emocional, excitación psicomotriz severa, disociación severa, síntomas psicóticos. Pacientes que requieren de medicación para evitar riesgos conductuales.
Amarillo
Pacientes con los que se puede trabajar sin priorizar la medicación: presentan hiperactivación, desborde afectivo, alteración de la conciencia, desorientación, excitación psicomotriz. Pacientes que pueden generar una crisis colectiva.
Verde

Pacientes preocupados, angustiados, desbordados pero que pueden hacer catarsis a través del llanto por ejemplo.
La intervención psicosocial en desastres hoy en día ha tomado fuerza en algunos países, sin embargo, es importante que toda persona que vaya a realizar esta intervención contextualice las implicaciones de la emergencia, así como los planes o dispositivos de la misma, con la finalidad de garantizar la seguridad y el buen manejo de la intervención en dicho contexto.

Esto implica estar advertidos de que los riesgos externos que puedan presentarse no deben poner en riesgo a alguien que pretenda apoyar emocionalmente...
La salud mental y el bienestar psicosocial de las personas pueden verse afectadas a corto e incluso a largo plazo, ya que los efectos psicológicos y sociales de las emergencias no son sólo agudos, sino que pueden causar deterioro a largo plazo. Debido a todo esto, uno de los principales objetivos de las planificaciones realizadas para las ocasiones de emergencia debe ser proteger la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas.

La intervención en crisis se define como un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar sus efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones vitales) se incremente.
Este proceso abarca dos fases:

- Intervención de primer orden, o primera ayuda psicológica. Puede durar de minutos a horas y puede ser proporcionada por gran número de asistentes comunitarios.

- Intervención de segundo orden, que es el principio primordial de la terapia en crisis. Puede durar semanas o meses, y es proporcionada por terapeutas y consejeros con conocimiento de técnicas de evaluación y tratamiento.
La meta de la primera es más limitada y consiste fundamentalmente en reestablecer el enfrentamiento, mientras que la meta de la segunda es la resolución de la crisis y se enfoca de manera directa en la asistencia al paciente para aprender de la crisis, lo que redunda de modo potencial en un más alto nivel de funcionamiento que antes de la crisis.
Los primeros auxilios psicológicos (PAP) entran en juego, desde el momento en que una persona afectada por un problema toma un contacto inicial con quien le asiste en primera instancia, sea profesional o no, hasta el momento en el que se empieza una intervención formal.

Esta intervención en PAP durará lo que dure ese primer contacto y el inicio o la continuidad de un proceso terapéuticoestructurado, dependerá a veces de cómo se desarrolle éste mismo.
En la práctica de intervención en crisis el tiempo es limitado y el objeto principal es que el paciente pueda recuperar el equilibrio emocional previo al evento traumático o perturbador.

La brevedad de las intervenciones no debe confundirse con superficialidad, ni intenta suplir o desplazar otras terapias cuando sean indicadas y posibles, además requiere habilidades especiales por parte del terapeuta o interventor.
El objetivo de la intervención para el individuo debe ser el recuperar la salud psicosocial, que incluye los aspectos mental, psicológico y social de las personas afectadas por emergencias, desastres o fenómenos perturbadores, a través de protocolos que permitan restaurar y estabilizar el equilibrio previo, así como facilitarles los apoyos y enlaces necesarios para lograrlo. Por otra parte, el objetivo de la intervención para la comunidad es restablecer el tejido social para recuperar los vínculos que unen a la gente y el sentido de colectividad.
Ser empático.
- Conocer acerca de todas las implicaciones psicológicas y sociales que un desastre conllevan, explicadas a lo largo de estas páginas.

No juzgar.
- No sacar conclusiones precipitadas o suposiciones, es importante investigar.

Acercarse a los lugareños para tener un panorama amplio en relación a su percepción del riesgo.

Acercarse a los lugareños con el fin de entender el entorno social en relación al significado que dan al desastre.

Si hubiese alguien con necesidad de hablarnos de lo sucedido es importante escucharlo con los principios de los Primeros auxilios psicológicos, es probable que a nadie más que a ti se lo cuente, no le niegues la posibilidad de hablarlo.

Es importante notificar a los servicios de atención psicosocial sobre las problemáticas que observas.
Se realiza un proceso de contención, vinculación de lazo social e intervención en crisis de primer orden.

El modelo denominado ACERCARSE fue creado por españoles del Colegio de Psicólogos de Madrid para estas situaciones y está en el orden de los primeros auxilios psicológicos para casos de desastre.
Después del desastre

Se utilizan técnicas de desactivación emocional: CISD (Critical Incident Stress Debriefing) o Defusing, según el tipo de víctimas. Además es conveniente realizar un proceso de evaluación rápida que permita vislumbrar si existe el riesgo de que las víctimas tengan sintomatología de Trastorno por Estrés Postraumático, esto con la finalidad de tomar las medidas pertinentes y, en su caso, implementar un tratamiento específico.

Recordemos que la intervención temprana permite reducir sintomatología posterior y realizar una normalización en los pacientes.

La intervención psicológica en casos de desastres debe tener la premisa de no trabajar con personas en posición de víctimas, sino promover la idea de que pasen a ser sobrevivientes, para mantenerlos en una posición activa y no pasiva-compasiva.
Tener un plan de atención de la emergencia que incluya el ámbito psicosocial, que nos brinde ciertos lineamientos y cubra las necesidades básicas permitirá organizar el dispositivo. Toma en consideración lo siguiente:

**Recursos humanos**

Se refiere a todo el personal con el que se puede contar para realizar la intervención psicosocial. Contempla capacidad de respuesta a nivel institucional, así como aquélla en la cual nos podemos apoyar en caso de ser necesario a través de redes.
Reursos materiales

Espacio físico para ubicar al personal de atención psicosocial. Podrán ser Centros de Salud, DIF, refugio temporal o en zona fría en la zona del desastre si las condiciones lo requieren:

- Sillas y mesas
- Cobijas
- Agua y bocadillos (se sugieren para activar el sistema digestivo)
- Kit de intervención infantil (material, juguetes)
- Material didáctico (trípticos que muestren guía para personas afectadas y familiares, sintomatologías preocupantes, etc. Dichos trípticos deben incluir un pequeño directorio de instituciones importantes que brinden apoyo a víctimas)
- Formatos de registro de intervenciones
- Distintivos para el equipo de intervención psicosocial
- Recursos tecnológicos y de comunicación básica entre los miembros del equipo
Técnicas de intervención

A continuación se te presentan varias técnicas de intervención (procedimientos) sugeridas para su implementación en casos de desastre o emergencia.

**Contención**
Se contiene a un paciente a través de nuestra presencia, la mirada y nuestras intervenciones, es decir, utilizar diversos recursos para tranquilizar al paciente, el protocolo PAP permite un proceso de contención. Se pretende que el paciente hable y se sienta escuchado.
Acompañamiento

Esta técnica suele tener implicaciones terapéuticas y consiste en el acto de hacer presencia física mientras ocurre una situación difícil para el paciente, acciones en donde el paciente no se siente apto para hacerlas solo en ese momento, por ejemplo, acompañamiento a familiares de los fallecidos.
Desactivación fisiológica

Técnica de respiración para pacientes agitados, consiste en colocarnos en frente del paciente y con una voz directiva pedirle que respire profundo, inhalando y exhalando (se sugiere hacerlo con él), se puede utilizar recursos adicionales como pedirle que ponga su mano en el corazón, hasta lograr el equilibrio en la respiración.
Desactivación emocional

Debriefing por Mitchell. Son técnicas utilizadas por los psicólogos que permiten al paciente hablar del suceso en una dinámica grupal.

Activación fisiológica

Cuando un paciente comienza a sentir cosquilleo en sus extremidades y se sospeche de que se trata del efecto psicológico del trauma, se le pide a la persona apretar manos de manera continua hasta hacer puño y soltar, en el caso de las piernas se podrán realizar masajes hasta lograr la sensibilización. También se sugiere la técnica de respiración descrita en el punto anterior.
Técnicas de relajación
En ocasiones es prioritario antes de realizar cualquier intervención disminuir el nivel de ansiedad; para lo cual, suelen ser efectivas las técnicas de respiración o meditación.
Es un programa integrado y recomendado para situaciones de desastre, basado en los Primeros Auxilios Psicológicos de Slaikeu:

**Ambiente:** evaluación del ambiente antes de tener contacto con la víctima

**Contacto:** establecimiento del contacto psicológico; primer acercamiento

**Evaluación:** exploración inicial, identificar problemas, recursos y estilo de afrontamientos (evaluación de riesgo suicida y recursos sociales)

**Restablecimiento emocional:** desactivación o activación emocional, apoyo emocional

**Comprensión de la crisis:** devolución e información

**Activar:** búsqueda de soluciones y elaboración de plan de acción: contrato

**Recuperar el funcionamiento:** planificación de tareas para lograrlo

**Seguimiento:** planificarlo a corto plazo
Es indispensable puntualizar que, para situaciones de desastre cuya característica está en el pánico excesivo en las víctimas, como puede ser un acto terrorista, el denominado programa integrado ACERCARSE parece adecuado, debido a que la propuesta de acercamiento es a través de recursos, como pueden ser aquellos que de manera implícita reconfortan a la víctima con una cobija, bocadillos, agua, café, etc., y también contener al paciente.
Exploración de redes sociales de apoyo

Siempre será importante preguntar al paciente si tiene familiares, amigos o personas de confianza con los cuales pueda contar.
Intervención con niños

Cuando las víctimas primarias son niños, es importante contenerlos con mayor énfasis, hay que recordar que la vulnerabilidad en ellos suele ser más alta. Es indispensable que un adulto o niño mayor permanezca con ellos con la finalidad de que este pueda proporcionar seguridad al infante. Sin embargo, es necesario detectar que, si el niño está cargado emocionalmente o tiene una crisis emocional, habrá que brindar una primera ayuda psicológica cuya principal característica deberá ser proporcionar contención al niño y vincularlo con el recurso social: familiares.

Con niños nos podemos apoyar del juego, dibujo, cuentos para trabajar desde el aspecto terapéutico, con la finalidad de comenzar a elaborar el incidente traumático y fomentar la resiliencia.
0-3 años

¿Qué debemos hacer?:

1. Contener
2. Calmar
3. Informar
4. Normalizar
5. Consolar

Reacciones:

- Problemas para dormir
- Alejarse de adultos de referencia
- Involución (control de esfínteres)
- Irritables (no te quiero, te odio, etc.)
- Rabietas
- Llanto
3-6 años (culminación de la primera infancia)

¿Qué debemos hacer?:

- Contener
- Calmar (hablar a su nivel y con voz suave)
- Informar (explicar con lenguaje sencillo, responder a dudas sinceramente)
- Normalizar (permitir expresar cómo se siente)
- Consolar (dibujar o jugar sobre lo ocurrido, tareas sencillas adecuadas a su edad)

Reacciones:

- Hablar más de lo normal/no hablar en absoluto
- Miedo generalizado (a estar solo, animales, dormir)
- Inquietud frente a la perdida de otra persona
- Perdida de autonomía
- Regresiones en el comportamiento
- Alteraciones del sueño
6-9 años (Entiendo más, pero no lo entiendo todo)

¿Qué debemos hacer?:
1. **Contener**: evitar que los miedos se desborden, poner nombre a las emociones (veo que estas preocupado... aquí están tus papás que te acompañaran) convertir las emociones intensas en pensamientos tranquilizadores.
2. **Calmar**: Voz pausada
3. **Informar**: Lenguaje pertinente, explicaciones corta, simples y directas.
4. **Normalizar**: Poner palabras a las emociones, explicar que lo que ocurre es resultado del suceso que se vive y que con el paso del tiempo esas emociones se irán *transformando*.
5. **Consolar**: Explicar que se está allí que se está para hacerlo sentir lo mejor posible, evitar decir que todo estará bien

**Reacciones:**
- Cambios conductuales
- Perdida de autonomía
- Irritabilidad
- Cambios en los patrones de comunicación habitual (silencio poco habitual)
- Miedo generalizado (a estar solo, miedo a separarse de los adultos de referencia)
- Pensamientos reiterados de lo que ha ocurrido
- Alteraciones del sueño: pesadillas o dificultades para dormir, hipersomnía.
9-12 años (Entre la niñez y la adolescencia, cambios físicos y de personalidad constantes, fases de adaptación, cambios hormonales, inestabilidad, el grupo de iguales tienen un papel fundamental, confrontación con los adultos, indefinición de su rol, dificultad para manejar sus emociones).
Comprensión cognitiva casi igual que la de los adultos

¿Qué debemos hacer?:
1. Contener: Equilibrio entre proteger y permitirle un espacio para no confrontarse.
2. Calmar: Hablar de forma serena y pausada.
3. Informar: información precisa, corta y sencilla, atención a sus preguntas.
4. Normalizar: Todo les parece anormal, será necesario brindar una serie de elementos que les permita entender lo que pasa.
5. Consolar: Apoyarse en el grupo de personas de su edad, priorizar el consuelo a través del grupo de iguales.

Reacciones:
• Cambios conductuales
• Asilamiento
• Irritabilidad, mal humor, es la forma de llorar incapaces de regular sus emociones la respuesta es el mal carácter, forma de llorar sin lágrimas.
• Evasión
• Cambios en el sueño
Técnicas de intervención

**Actividades recreativas**

La implementación de actividades recreativas suele tener fines terapéuticos, por ejemplo, poner películas, realizar juegos con fines lúdicos e interactivos.
Preparación: que aquellos que darán la notificación tengan conocimiento de la situación de manera amplia: nombre, motivo y forma de muerte. Procurar realizar la notificación acompañados.
Presentación: es importante ubicar al familiar con mayores recursos emocionales para realizar la notificación, es decir, aquel que se note más tranquilo, con más temple y en condiciones para tranquilizar a sus propios familiares. Se realiza la presentación de las personas que harán la notificación. Establecer contacto visual y utilización de la voz (tranquila) para dar la notificación de manera gradual, iniciando de manera general a particular, (utilizando pausas) hasta lo particular siendo claros con la información, la idea es no dar una mala noticia de golpe, ya que el impacto emocional es distinto, aunque el dolor se presentará de cualquier forma.
Apoyo emocional
Incluye intervención en crisis y acompañamiento a trámites en caso de ser necesario, acompañamiento posterior en el caso de notificación de muerte.

Es importante tomar en cuenta que, antes de que el familiar o amigo realice un reconocimiento del cadáver, debemos estar seguros que el cuerpo es el que el familiar busca, lo cual lo podremos advertir recabando datos esenciales, como rasgos particulares del posible fallecido, tatuajes, lunares, cicatrices, ropa, etcétera. Una vez seguros de lo anterior debemos intentar reducir el impacto emocional que pueda tener el cadáver (tratándose de cuerpos que están demasiado lastimados), con lo cual debemos cuidar que éste no traumátice aún más a los familiares (limpiarlos, tapar partes muy dañadas, mantener el cuerpo en lugar frío, etc.).
Antes de realizar la identificación presencial, se sugiere lo realicen a través de fotografías, por lo que una manera muy práctica es a través de la computadora. Si el familiar decide no verlo en vivo es mejor, debido al impacto que pueda tener, aunque en México es necesario que alguien realice la identificación del cuerpo.

Es importante hacer notar que ha habido casos de familiares que realizan un reconocimiento de familia y resulta ser falsa, esto por la implicación de alteración subjetiva que para estos familiares resultó, por lo que debes estar advertido de que esto suceda, con lo cual la única acción preventiva que podemos realizar es intentar ubicar a los familiares que mayores recursos emocionales tengan para que ellos lo realicen.
Desactivación emocional en el personal de emergencias

Debido a la cantidad de estrés que una emergencia conlleva debemos estar atentos al propio desgaste emocional de quienes atienden la emergencia. De ahí que será importante notificar al personal indicado de realizar la atención psicológica si detectamos vulnerabilidad en el personal.

En muchas ocasiones, por la magnitud de la emergencia, la desactivación no se puede realizar en el lugar (pasa sobre todo con los paramédicos que van a trasladar pacientes en las ambulancias y no regresan al lugar del incidente), por lo que se tendrá que realizar un monitoreo en los grupos de atención de emergencias. Además, si se tratara de un desastre en donde las horas de trabajo son largas y, por lo tanto, se requiere realizar relevo de guardias entre los rescatistas, la desactivación es casi obligatoria, ya que la implicación emocional es mayor. Por supuesto los psicólogos también requieren de la desactivación.
El programa que se te sugiere utilizar para desactivar emocionalmente al personal de emergencias es el Defusing, el cual consiste en formar un grupo de 5 a 20 personas voluntarias dispuestas a realizar esta actividad.

Se describe a continuación la técnica, aunque es pertinente aclarar que lo presentado no te faculta para aplicarla en solitario; justamente es un caso en el que se implican conocimientos avanzados de psicología y, por tanto, se requiere de un especialista clínico.
Fase 1. Introducción

- Presentación de terapeuta, co-terapeuta y portero (de acuerdo al número de participantes). Introducción al problema a trabajar.
- Explicación de la dinámica.
- Se aclara que no se trata de ninguna psicoterapia.
- Motivación a la participación
- Reglas: no hay rangos, confidencialidad de ambas partes, no abandonar el lugar sin regresar.
- Se ofrece apoyo individual después del defusing.
Fase 2. Exploración

• Percepción de hechos. ¿Qué pasó? (para cada uno, aunque se trata del mismo incidente, la percepción de los hechos es distinta).

• Pensamientos en pasado y presente. ¿Qué fue lo primero que pensó? ¿Qué piensa ahora?

• Emociones en pasado y presente. ¿Qué sentiste? ¿Qué sientes ahora? Se explora presencia de síntomas.
Fase 3. Información:

- Enseñanza acerca de las reacciones del estrés, de la situación vivida, etc.
- Explicación de sintomatología probablemente existente o a venir.
- Repartir trípticos informativos.
- Estrategias de manejo de estrés.
- Brindar apoyo.
Es importante haber desarrollado resiliencia, la \textit{capacidad para adaptarse y superar la adversidad}.
Gracias por su atención
MAYOR INFORMACIÓN:
LIC. VERÓNICA SILVANA VELASCO GÓMORA
vsvelascog@cenapred.unam.mx
LIC. VERÓNICA ANDREA ROJAS HERNÁNDEZ
vrojash@cenapred.unam.mx

ELABORACIÓN DE MATERIAL
MTRA. ANGELICA LÓPEZ LÓPEZ

SEGOB
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN

www.segob.gob.mx
@SEGOB_MX

ESCUELA NACIONAL DE PROTECCIÓN CIVIL:
WWW.CENAPRED.GOB.MX/ENAPROC