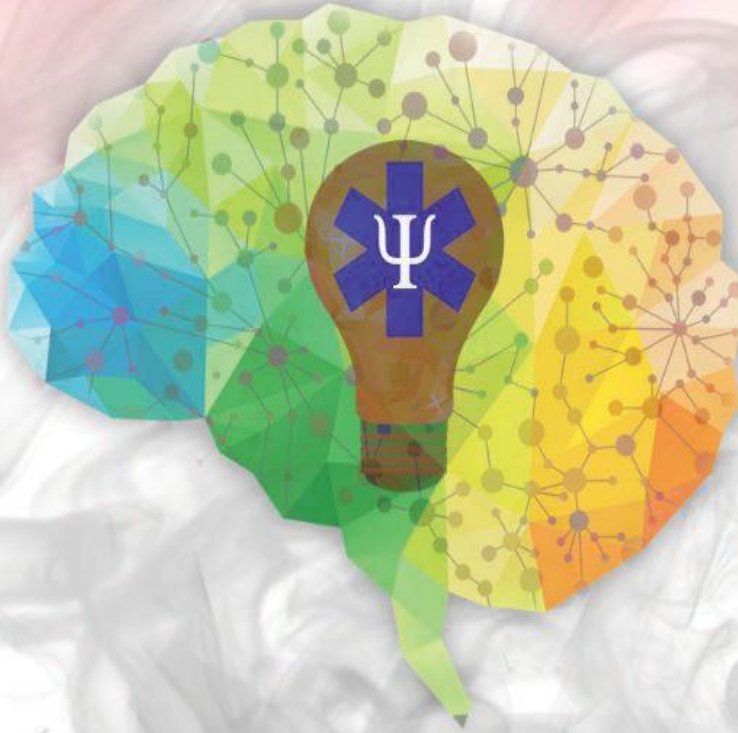


Coordinado y realizado bajo la dirección de
Diego Núñez



PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA

Primeros auxilios Psicológicos

Técnica de CAVI

Defusing Debriefing

Mindfulness Rescate

Manejo de Estrés

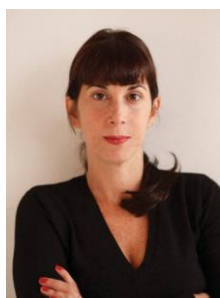
Prevención del Suicidio



*Autocuidados y Soporte Preventivo
para diferentes Víctimas y Personal Interviniente
en Crisis-Emergencias-Desastres y Catástrofes*



Equipo de Docentes del "Diplomado Internacional Universitario en Psicología de la Emergencia, Autocuidados y Soporte Preventivo para diferentes Víctimas y Personal Interviniente en Crisis, Emergencias, Desastres y Catástrofes"



Vera Fogwill.
Dir. Cine yTeatro.
Actriz. Escritora,
Argentina-España



Dra Cecilia Cánepa.
Argentina



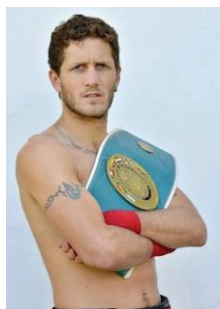
Esp. Carlos Cardona.
Colombia



Lic. Esp. Diego Nuñez.
Argentina



**Mgter. Juan Diego
Carpio Espinoza.**
Ecuador



**Campeón Instructor
de Box, Martín Coggi.**
Argentina



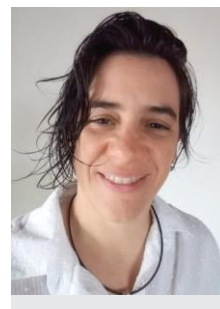
**Lic. Esp. Eleonora
Koning.**
Argentina



**Lic. Esp. Verónica
Amado.**
Argentina



**Lic. Zula Angulo
Poma.**
Bolivia



**Psic. Social.
Florencia Rosa Cafarelli.**
Argentina



**Mgter. Dagny
Castañeda Espinoza.**
México



**Mgter. Elsy Acosta
Perez.**
Venezuela



**Mgter. Henry Cadena
Povea.**
Ecuador



Mgter. Luis Velázquez.
México



**Tec. Sergio Suárez
Sardón.** Argentina



**Mgter. Mónica
Riveros.**
Suiza



**Mgter. Natalia
Lorenzo Ruiz.**
España



**Mgter. Tte. Coronel
José Edir Paixao Sousa.**
Brasil



**Tec. Crio. Inspector
Adrián Narbáez.**
Argentina



**Lic. Esp. Paula
Malavasi.**
Argentina

1ra. Edición: Año 2020

ISBN N°: en trámite

Diseño de tapa by PURPLE HAZE. Venezuela

@purple_hazemedia

Ganadoras del concurso de la Diplomatura

Mirlu Gethsemany Alvarez Vargas - Elsy Acosta Pérez, Venezuela.

Distribución gratuita.

AGRADECIMIENTO

Cuando me presentaron el proyecto “Psicología de la Emergencia”; pregunté: ¿qué es eso? Y desde ese momento comenzamos a recorrer este camino del aprendizaje en este campo. Comprendí que a través de esta disciplina se puede ayudar al otro ante situaciones que ocurren inesperadamente; que es en definitiva lo que hacemos en el Poder Judicial de San Luis. Todos los habitantes de la Provincia de San Luis, ante una situación inesperada, como puede ser un hecho de violencia, puedan concurrir a la Justicia, buscando la mejor solución posible, siempre dentro del Derecho.

Y así como el Poder Judicial ayuda a todos los habitantes de la Provincia de San Luis, este libro puede ayudar a toda persona en situación de crisis y catástrofes, entre otros. Es por ello que quiero resaltar y agradecer la tarea de los/as Especialistas que han formado parte de este Diplomado y a quienes aportan su saber confeccionando este libro. No puedo dejar de nominarlos porque así corresponde, ellos son:

Lic. Psicóloga Magister, Natalia Lorenzo – España

Lic. Psicóloga en Emergencias Dagny Castañeda Espinoza – México

Téc. Psicóloga Social Esp. Auxilios Psicológicos Emocionales, Florencia Rosa Cafarelli – Argentina

Escritora, Directora de Cine y Teatro, Dramaturga, Guionista, Actriz Vera Fogwill – Argentina

Lic. Psic. Mgter. Migraciones Internacionales, Emergencias y Crisis, Mónica Riveros López – Suiza

Magister Tte. Coronel Corpo de Bombeiros Militar José Edir Paixão Sousa. Brasil

Psicología de la Emergencia

Téc. Salud Oc. y Bombero Esp. Prod. y Consumo Sostenido, Carlos Cardona Ruíz – Colombia

Téc. Comisario Inspector – Adrián Narbáez – Argentina

Téc. Acompañante Terapéutico, Docente Sergio Suárez Sardón – Argentina

Lic. Psicóloga, Mágister Elsy C. Acosta Pérez– Venezuela

Lic. Psicóloga en Emergencias Eleonora Koning – Argentina

Instructor Autocuidados Preventivos del Estrés c/ Técnicas de Boxeo. Martín Coggi - Argentina

Lic. Psicólogo, Magister Henry Cadena Povea – Ecuador

Lic. Terapia Ocupacional, Marcela Amado – Argentina

Lic. Psicólogo de Emergencias Luis M. Velázquez – México

Lic. Psicóloga, Maestrante Zulma Angulo Poma – Bolivia

Lic. Nutricionista en emergencias Paula Malavasi – Argentina

Lic. Psicólogo, Magister Juan Diego Carpio Espinoza – Ecuador

Dra. Cecilia Cánepa. Médica Emergentóloga -Argentina

Y en especial al Lic. Especialista, Psicología de la Emergencia Diego Nuñez, quien ha participado activamente en todo el proceso, y por su generosidad al impartir sus conocimientos con todos los que lo necesitan.

***“A menudo damos por hecho las cosas
que más merecen nuestra gratitud”.***

-Cynthia Ozick-

Dra. Lilia Ana Novillo
Presidenta del Superior Tribunal
de Justicia de San Luis
Poder Judicial de San Luis

INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo, esta pandemia de Coronavirus COVID 19 que nos atraviesa y atravesamos, modificó el guión de vida de muchas personas a nivel mundial, y a otras nos presentó un desafío; para acompañar y brindar soporte a muchas personas afectadas, y también proveer de recursos a quienes intervienen acompañándolas, y a quienes lo hacen diariamente también con sus intervenciones en todo tipo de crisis, emergencias y catástrofes junto a diferentes personas damnificadas y víctimas.

Es así que con el invaluable apoyo del Instituto de Capacitación e Investigación "Dr. Juan Crisóstomo Lafinur" del Poder Judicial de la Provincia de San Luis, en conjunto con la Universidad Católica de Cuyo y la inclusión de un selecto Equipo de Profesionales Especialistas de América y Europa, junto a la experiencia continua de hace más de 20 años en los equipos de emergencias en los cuales me desempeño, sumado a la docencia, las investigaciones y los viajes a diferentes lugares y países donde he constatado que se suceden las mismas situaciones, desarrollé este "Diplomado Internacional Universitario en Psicología de la Emergencia, Autocuidados y Soporte Preventivo para diferentes Víctimas y Personal Interviniente en Crisis, Emergencias, Desastres y Catástrofes"; pensado y dirigido sobre todo a las personas que se desempeñan en las crisis, emergencias y catástrofes, aquellas que están en el lugar de los hechos interviniendo, que son quienes saben de qué se trata y cuáles son las necesidades concretas y reales con respecto a los cuidados que necesitan para sí mismos/as y cuáles son necesarios en las diferentes situaciones. En lo particular con respecto a la Psicología de la Emergencia tengo una postura basada no sólo en hechos y evidencia científica, sino en saber que todas las personas por medio de una correcta formación y entrenamiento por niveles de CARE tenemos la posibilidad de aplicarla. La Psicología de la Emergencia no admite otro valor en común que es el de la "voluntad". Una correcta formación

en Psicología de la Emergencia no requiere tan sólo de conocimientos teóricos y técnicos, dado que además sumados a éstos se deben incluir los cuidados alimenticios y corporales mediante actividad física apropiada y adecuada a cada persona para que ayude a reconocer los propios límites, y brindar un sostén saludable, algo esencial en el trabajo en situaciones críticas. También se debe focalizar con formación en profesiones de emergencias. No es posible que quien se desempeñe en Psicología de la Emergencia no haya recibido y atravesado algún tipo de formación en emergencias, ya que el trabajo en éstas se realiza en equipo y en constante contacto de sentidos y emociones que atraviesan a quienes intervienen en cada instancia, los cuales son necesarios haber vivenciado para en primer lugar el reconocimiento de posibilidades propias, y trabajar en la aplicación de las técnicas con conocimiento pleno sobre qué vivencia la persona cuando interviene, en qué situaciones y bajo cuáles circunstancias, y cómo desarrollar estas intervenciones junto a las personas afectadas, y no afectadas. Unir lo técnico-teórico a la formación en puesta en práctica. Justamente por estas razones y otras, en la Psicología de la Emergencia no se interpreta, dado que la interpretación misma pone en riesgo no sólo a las víctimas o personas damnificadas que mayoritariamente atraviesan instancias de disociación y diferentes niveles de estrés (ambos suelen ser confundidos y mal diagnosticados en el ámbito clínico del tratamiento del trauma por quienes no están correctamente formados. Estrés y disociación si bien siempre están juntos, son diferentes en su tipo de intervención, asistencia, diagnóstico y posterior tratamiento), y aún más, sumado a esto, la creencia y el presupuesto desde la patogénesis de que por el mero hecho de que la persona atraviese una situación crítica como víctima o interviniente, genere en la misma un trauma. Desde la mirada patogénica se presupone que todas las personas que atraviesan situaciones críticas o de emergencias necesariamente generan algún tipo de trauma o desarrollan alguna enfermedad, y la realidad indica que en muchísimas no es así. Esto debe ser tenido en cuenta por los profesionales de la salud mental que reciben en el área clínica a personas, víctimas o no, que han atravesado situaciones de crisis, o personal de emergencias, seguridad, salud, etc; que han intervenido en éstas. Parafraseando a Parson; "Desde el momento en el cual el individuo deja de sentirse sano, el rol del enfermo pasa a ser un rol social. Parson (1951) introdujo este concepto para explicar la influencia de la socialización de los pacientes medicados. En estos pacientes la relación médico-paciente constituye un elemento determinante en la intensidad de la adhesión al rol de enfermo. "La mayoría de los pacientes tratan de ser buenos pacientes (Gartly, 1979) e intentan actuar el rol que les ha tocado, a través del diagnóstico del médico en el cual confían (Maykovic, 1980). Influencia de las intervenciones "patogénicas" en el guión de vida. John M. Violanti. Gisela Perren-Klingler. (2000) Debriefing – Erste Hilfe durch das Wort:

Hitergründe und Praxisbeispiele. 66. (Con respecto a la salud mental se deben tener los recaudos de acompañar a que la persona reconozca y cuente junto a los diferentes niveles de recursos que posee para su recuperación, evitando que se sitúe como un pasivo buen ignorante de sus propias emociones).

“La utilización del modelo patogénico en el contexto postraumático, podría actuar sobre el individuo del mismo modo que la socialización sobre el rol del enfermo. La concepción patogénica presupone que se va a desarrollar una enfermedad. Por la misma razón, si los participantes de una intervención terapéutica están presentes, es porque han sido expuestos a un evento potencialmente traumático y se supone que sufrirán síntomas postraumáticos. El representante de la salud mental responsable de la intervención, aparece frente a los participantes como el experto que puede curarlos “porque sabe”. Bajo esta premisa, los terapeutas se hacen cargo de la persona convertida en paciente y los pacientes deben asumir las exigencias de este esquema, dando pruebas de su cooperación, confianza y respeto (Kronenfield y Glik, 1989)”. Es justamente esta premisa lo que los provee de su status de enfermos necesitados de cuidados. Desde el punto de vista del guión de vida, esto significa encontrar la solución a supuestos sufrimientos causados por una situación crítica. Influencia de las intervenciones “patogénicas” en el guión de vida. John M. Violanti. Gisela Perren-Klingler. (2000) Debriefing – Erste Hilfe durch das Wort: Hitergründe und Praxisbeispiele. 66 – 67. Es por esto que quienes desarrollamos nuestras tareas en crisis, emergencias, urgencias, desastres, catástrofes, situaciones críticas y de diferentes tipos de violencias; lo hacemos desde la salutogénesis, que no es ni más ni menos que el origen y promoción de la salud, la prevención, el bienestar y el buen funcionamiento. Debemos por esto exigir una formación adecuada y especializada por parte del profesional que asiste e interviene preventivamente. Fomentar en emergencias y desde la Psicología de la Emergencia el trabajo en “Equipo” y no en “Redes”, ya que las redes son para atrapar y ser llevados/as por quien tira de ellas, en cambio el “Equipo”, es trabajar, apoyarnos y desarrollarnos organizadamente y de manera focalizada. Y sobre todo tengamos en cuenta que “las personas que intervienen en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes necesitan prevención en su trabajo diario, ya que en su actuar, sus acciones no les generan problemas, sino reacciones naturales y esperables a sus tareas”.

Finalmente es mi deseo agradecer a quienes hacen posible que estemos compartiendo aprendizajes, conocimientos, momentos y proyectos con visión de prevención y cuidados mutuos. Mi especial agradecimiento a la Sra. Ministra Dra. Lilia Novillo, Presidenta del Superior Tribunal de Justicia de la Provincia de San Luis, Argentina, Sra. Coordinadora General del Instituto de

Capacitación e Investigación “Dr. Juan Crisóstomo Lafinur” del Poder Judicial de la Provincia de San Luis, Dñ. Susana Becerra, Sra. Vinculadora del Poder Judicial de la Provincia de San Luis, Mgter. Angela Castillo, Sra. Directora de Prensa y Comunicación del Poder Judicial de la Provincia de San Luis, Mgter. Silvana Lucero y el gran equipo que la acompaña, Sra. Silvina Crispín y Sra. Vanesa Menichetti, ambas del equipo del Poder Judicial de la Provincia de San Luis, Elisabet Sudack, quien ha corregido, editado y diseñado este libro brindándole forma y vida, y a cada Profesional y Especialista de este gran Equipo Docente:

Lic. Psicólogo, Magister Juan Diego Carpio Espinoza – Ecuador, Lic. Psicóloga, Magister Natalia Lorenzo – España, Lic. Psicóloga en Emergencias Dagny Castañeda Espinoza – México, Téc. Psicóloga Social Aux. Psicológicos, Florencia Rosa Cafarelli – Argentina, Lic. Psic. Magister en Migraciones Internacionales y Experta en Emergencias y Crisis Mónica María Riveros López – Suiza, Téc. Salud Oc. y Bombero Esp. Prod. y Consumo Sostenido, Carlos Cardona Ruíz – Colombia, Téc. Comisario Inspector – Adrián Narbáez – Argentina, Lic. Psicóloga, Mágister Elsy C. Acosta Pérez– Venezuela, Instructor Autocuidados Preventivos del Estrés c/ Técnicas de Boxeo. Martín Coggi – Argentina, Escritora, Directora Cine y Teatro, Dramaturga, Guionista, Actriz Vera Fogwill – Argentina, Téc. Acompañante Terapéutico, Docente Sergio Suárez Sardón – Argentina, Magister Tte. Coronel Corpo de Bombeiros Militar José Edir Paixão Sousa. Brasil, Lic. Terapia Ocupacional, Marcela Amado – Argentina, Lic. Psicólogo de Emergencias Luis M. Velázquez – México, Lic. Psicólogo, Magister Henry Povea – Ecuador, Lic. Nutricionista en emergencias Paula Malavasi – Argentina, Lic. Psicóloga en Emergencias Eleonora Koning – Argentina, Lic. Psicóloga, Maestrante Zulma Angulo Poma – Bolivia, Dra. Cecilia Cánepa. Médica Emergentóloga -Argentina.

Mi familia y mi hija...mi todo!

“Simplemente sé feliz con lo que hacés y compartilo”

Desde San Luis, Argentina, para el mundo!

Diego Núñez

Agradecimientos muy especiales:

Sra. Presidenta del Superior Tribunal de Justicia de la Prov. de San Luis
Dra. Lilia Ana Novillo.

Sra. Coordinadora General del Instituto de Capacitación e Investigación
del Poder Judicial de San Luis, Dn. Susana Becerra

Sra. Vinculadora del Poder Judicial de la Prov. de San Luis; Mgter. Angela
Castillo.

Sra. Directora de Prensa y Comunicación del Poder Judicial de la Prov.
de San Luis; Mgter. Silvana Lucero y todo su equipo.

*“Después oí la voz del Señor, que decía:
¿A quién enviaré, y quién irá por nosotros?
Entonces respondí yo: Heme aquí, envíame a mí”.*

Isaías 6:8

PSICOLOGÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Cadena-Povea, Henry & Suárez-Pérez, Jhostyn

Ecuador

hrcadena@utn.edu.ec

Los antecedentes históricos de la Psicología de Emergencias se remontan a estudios realizados por médicos y psiquiatras interesados en analizar cómo situaciones estresantes podían afectar a los sobrevivientes. Valero (s. f), considera que los historiales se remontan al siglo XIX y comienzos del siglo XX de manera especial en dos continentes, Americano y Europeo, y que se desarrolló debido a la presencia de conflictos bélicos entre los años 1887 a 1939, lo que dio lugar al surgimiento de términos como la "fatiga de batalla" o "neurosis de guerra". Por otro lado, Luis De Nicolás (1997) afirma que Samuel Pepy del siglo XVII incluye el estudio de flashbacks en personas sobrevivientes al gran incendio de Londres. Sin embargo, se han encontrado antecedentes mucho más antiguos del año 1909, época en la cual Eduard Stierlin realizó investigaciones con 26 sobrevivientes de un accidente en una mina en Zúrich en 1906 y con 135 personas después del terremoto en Italia en 1908.

Existen investigaciones desarrolladas durante la II Guerra Mundial (1939-1945) con personas sobrevivientes a los ataques nucleares de Hiroshima y Nagasaki. Un estudio pionero en esta área es el de Freud y Burlingham, quienes en 1944 realizaron un estudio sobre las reacciones de los niños durante la II Guerra Mundial, encontrando afectaciones a nivel emocional, inseguridad, desconfianza, rivalidad, celos, ansiedad debido al enfrentamiento en un nuevo entorno. Para el mismo año, el trabajo de E. Liderman con sobrevivientes del incendio del Club Nocturno Coconut Grove en Boston Massachusetts en Estados Unidos, mismo que describe el apareamiento de síntomas psicósomáticos, síntomas neuróticos, depresión y otros trastornos psiquiátricos en personas que utilizaron la negación como mecanismo de defensa después de la crisis; este trabajo sería considerado pionero en el campo de la Psicología Emergente y que sentó las bases de investigaciones y teorías desarrolladas a futuro.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se instaura en Estados Unidos un comité fundado por National Research Council para estudios sobre desastres y que en 1957 fue reorganizado y nominado Grupo de Investigación en Desastres (DRG) ampliando su investigación a otros países. Para 1951 Tyhurst en su investigación Individual Reactions to Community Disaster describe que después del primer impacto psicológico de "pasma" se presenta otro en el cual el individuo valora de mejor manera la situación en la cual se encuentra, Tyhurst además planteo modelos operacionales iniciales del comportamiento humano en situaciones de desastres y que sirvieron a Quarantelli en sus estudios comunitarios para afianzar las bases actuales de los principios de la Federación Internacional de la Cruz Roja. Tyhurst propone las reacciones en desastre como un proceso: Periodo de Impacto, periodo de recuperación y periodo Postraumático.

En 1954 Janis explica el estrés desde la perspectiva de los desastres planteando un modelo que consta de tres segmentos principales: el evento desastroso, la respuesta psicológica y las situaciones de tales respuestas; manifiesta además que las reacciones que se pueden presentar durante la emergencia dependen de las expectativas, el entrenamiento previo al desastre, la personalidad, las situaciones de dependencia personal y la percepción sobre el rol que desempeña en tal situación. Marks y Fritz (1954) describen diferentes tipos de reacciones en los supervivientes, algunos suelen presentarse poco comunicativos y otros pueden manifestar sentimiento de culpa que se puede definir como un mecanismo de defensa utilizado por las personas, mismo que puede llegar a ser dañino y hasta mortal.

Entre los años 50 el Prof. Eitinger considerado padre de la psiquiatría noruega y sobreviviente de la masacre judía, publica y explica observaciones y experiencias clínicas como exprisionero, realizando además investigaciones con supervivientes de campos de concentración demostrando que la mortalidad y la morbilidad están influenciadas por el trauma, la personalidad preexistente y las limitadas posibilidades terapéuticas en años posteriores al trauma. Conjuntamente se identificó que la sintomatología encontrada en estas investigaciones tiene similitud con sintomatología encontrada en la neurosis de guerra.

Friedman y Linn (1957); Moore, Harry Estill y Friedsam (1959); empiezan a describir el impacto emocional de una emergencia que impide a las personas tomar consciencia de los cambios en su entorno. En el año de 1958 el presidente Kennedy estable que los psiquiátricos sean un centro de atención comunitario, instaurando la psicoterapia breve en emergencia como una técnica terapeuta (Bellak, 2014). En 1961 Fritz Charles afirma que los desastres son un problema social contemporáneo y que las personas son más vulnerables y sugestionables,

presentando delirios, alucinaciones, petrificaciones. Para 1967 Lifton Robert en su investigación *Survivors of Hiroshima: Death in Life* empezó a estudiar el impacto en los equipos de primera respuesta a través del personal bomberil que intervino después de la bomba de Hiroshima; convirtiéndose en el primer estudio a personal respondiente y que marcó un hito en la historia promoviendo la necesidad del cuidado integral en los equipos de primera respuesta. Anderson en 1968 define que los desastres tienen diferentes consecuencias en el individuo en la familia y en la sociedad, en 1969 Healy Richard realiza estudios con respecto a la fase postraumática identificando síntomas tales como el vómito, estados nauseosos e historia de conversión.

Para 1970 en Europa se empieza a desarrollar investigaciones acerca de las consecuencias psicosociales que existen tras desastres industriales y naturales usando criterios diagnósticos de Estrés Postraumático, para este año Bennet realizó estudios en individuos que habían sufrido pérdidas materiales y personales debido a inundaciones, encontrando la existencia de sintomatología física y psíquica producto de la pérdida. Mientras tanto en Estados Unidos la Asociación de Psiquiatría Americana publica un manual "Primeros auxilios Psicológicos en casos de Catástrofes" en el que se describe cinco tipos de reacciones ante los desastres y brinda además principios que se debe tomar en cuenta para la intervención a personas perturbadas emocionalmente. En este mismo año Barton Allen describe a los desastres como una situación de estrés colectivo provocado por factores internos y externos que impiden la calidad de vida de las personas.

En 1971, San Fernando Valley Child publica una guía para padres y maestros con el fin de orientar a comprender y ayudar a niños que han sido víctimas de terremotos y otros desastres naturales. En 1972 se difunde en Perú el artículo "Primeros Auxilios Psicológicos" como parte de la adaptación del manual "Primeros auxilios Psicológicos en casos de Catástrofes" elaborado por la Asociación de Psiquiatría Americana.

En EEUU (1974) se promulga la ley de socorro en caso de desastres sección 413 de la ley pública, que permite la asistencia y la capacitación para la orientación en situación de crisis. Convirtiéndose en la primera ley que promueve la psicoeducación ante desastres con el fin de promover un cuidado integral en la atención a víctimas.

Ese mismo año Titchener y Ross siguiendo los pasos de Tyhurst (1951) describen 5 fases de las reacciones psicológicas ante los desastres: fase de pre-impacto, fase de impacto, fase de desorganización aguda, fase de regresión y fase de reconstrucción.

Erickson en 1976 afirma que todo desastre presenta un segundo desastre refiriéndose a las consecuencias emocionales y que se originan luego de que un desastre natural provoque una desorganización social. Este mismo año Newman tras trabajar con niños supervivientes a una inundación concluyó que el impacto en los mismos se ve afectado por el nivel de percepción sobre las reacciones que presentan las personas allegadas, el grado de exposición a situaciones fuertes del evento y que a palabras de Valero: "la herencia común que un desastre deja a muchos niños es el sentido modificado de la realidad, mayor vulnerabilidad a tensiones futuras y una idea alterada de sus capacidades interiores".

Los años 80 y 90 se caracterizan por la expansión de la psicología de emergencia a nivel mundial y el desarrollo de la misma a lo largo de latinoamérica. Se estudia además las consecuencias que puede tener un desastre en los equipos de primera respuesta. En la década de los 80 en Europa se da una propuesta de acción denominada "EuroActDis" cuyo objetivo es formar un grupo de trabajo encargado de investigar los efectos psicológicos en las víctimas de desastres. En 1981 S.T. Boyd realiza una diferenciación entre las respuestas emocionales a desastres naturales y los desastres provocados por el ser humano.

Para 1981, Santiago Valero comienza a difundir la línea de actuación adecuada que se plantea en el Manual de Primeros auxilios Psicológicos en casos de desastres de la APA en diferentes instituciones peruanas. Ya entre los años de 1981 a 1987 Taylor y Fraser contribuyen de forma significativa gracias a la clasificación de víctimas desde el primer al sexto grado; sin embargo se presentaron omisiones que involucran a los familiares de las víctimas y los equipos de primera respuesta que se presentaban vulnerables tras la pérdida y la intervención realizada en emergencias, dilema que fue solucionado tiempo después.

En el año de 1982 debido a la inundación de la costa de California se activa el Consejo ordinario para gentes en emergencia que estuvo activo durante un año y que ayudó a la intervención de víctimas de este desastre, para este mismo año Taylor y Frazer describen que los síntomas presentes en los equipos de primera respuesta pueden prevalecer incluso por varios meses después de haber intervenido en una situación desastrosa. Al mismo tiempo Mitchell JT describía el impacto psicológico en los intervinientes que asisten a un desastre aéreo.

Leopold Bellak y Helen Siegel (1983) publican el "Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia" utilizado para atender a personas de manera

rápida y dar recursos a la víctima para enfrentar la realidad. Jeffrey Mitchell este mismo año presenta al Debriefing como una técnica de atención a los equipos de primera respuesta. Al mismo tiempo, Lehman refiere los altos niveles de tensión encontrados en personal paramédico. En septiembre de 1985 la UNAM tras el terremoto que devastó México desarrolló un programa de intervención psicológico, el cual tuvo apoyo de Israel y que fue enmarcado con el propósito de ofrecer apoyo psicológico a las víctimas. De igual manera Laura Hernández Guzmán tras el terremoto describe las alteraciones conductuales de los niños tras el desastre y describe una estrategia para la intervención con niños que se centraría en la estructura cognitiva, las redes de apoyo y la seguridad en sí mismo. Este mismo año, la erupción del volcán nevado del Ruiz en Colombia, permite llevar a cabo la aplicación de un programa de atención primaria psicológica a las víctimas, el cual estuvo asesorado por la OPS/OMS.

En 1985, la Universidad de Tel-Aviv conjuntamente con la UNAM presentan un curso sobre la intervención del psicólogo en situación de crisis para afrontar la catástrofe del terremoto en México. Potenciando las capacidades de respuesta en relación al cuidado de la salud mental de los afectados. Pynoos en 1987 describe los síntomas presentes en niños sobrevivientes al ataque de un francotirador durante la hora de recreo y que presentaron disturbios del sueño, temor a la oscuridad, flashbacks, pesimismo en sus expectativas futuras, pero sobre todo se centra en la dificultad de aprendizaje debido al descuido de la salud mental de aquellos niños. En Noviembre de ese mismo año en Colombia, el Ministerio de Salud realiza el "Manual para la Capacitación del Trabajador de Atención Primaria" con el objetivo de fomentar la intervención en la salud mental en situaciones de emergencia.

En 1989, en la República de Panamá se elaboró un el plan de acción en salud mental para situaciones de desastre, siendo uno de los pioneros en Centro América. En 1991 la Comisión Nacional Española establece que la situación de trauma después de un evento crítico suele presentarse en la mayoría de las personas víctimas del desastre y que puede permanecer en el tiempo si no se recibe atención psicológica especializada. Este mismo año la APA y la Cruz Roja desarrollan un programa con el objetivo de ayudar y brindar apoyo psicológico a las víctimas y a los trabajadores. Lima (1989) presenta un artículo sobre "La Atención Comunitaria en Salud Mental en Situación de Desastres" en el que explica la creciente necesidad de implementar equipos de respuesta especializados que presenten atención psicológica a las víctimas de desastres. Para 1990, Lima presenta una investigación con supervivientes del desastre de Armero en Colombia y le permitió identificar que la falta de atención psicológica puede aumentar los niveles de angustia de los supervivientes.

Psicología de la Emergencia

Entre los años de 1994 a 1997, se desarrollan una serie de artículos publicados por Jacinto Imbar; estos artículos estaban relacionados con las estrategias de intervención en crisis, manejo del duelo e indica que un modelo psicoeducativo previo puede ayudar las personas a superar de mejor manera un evento traumático.

En 1995, en Córdoba - Argentina se producen las explosiones en la fabrica militar Río Tercero, en donde el programa de desastres y trauma del hospital de Clínicas de Buenos Aires aportó con apoyo a la comunidad afectada. En el mismo año la UNICEF presenta el manual de intervención para niños y familias que han sufrido experiencias de violencia con el objetivo de brindar atención psicológica especializada que nos permite identificar que los efectos psicológicos negativos se presentan luego de situaciones provocadas por el ser humano.

Como se puede observar a lo largo de la historia, han sido muchos los profesionales que aportan al desarrollo de esta rama de la psicología. Estos estudios nos llevan a reflexionar en la importancia de considerar la salud de manera integral en víctimas, equipos de primera respuesta y comunidad. A través de esta breve reseña histórica hacemos un llamado a potenciar la psicoeducación como mecanismo promotor de capacidades comunitarias e impulsador de características resilientes.

Si bien, este es un rasguño de todos los estudios, aportes e investigaciones que se han desarrollado y se vienen desarrollando en diferentes países, les invitamos a seguir aportando, indagando, haciendo ciencia, pero sobre todas las cosas haciendo lo que más nos apasiona: salvar vidas y precautelar por la salud emocional.

Referencias Bibliográficas

Bellak, L. (2014). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Editorial El Manual Moderno.

División de Desastres, Emergencias y Urgencias, Ministerio de Salud de Colombia, La Atención Primaria en salud Mental para Víctimas de desastres. Manual para la capacitación del trabajador de atención primaria., Noviembre 1987.

Dughi, P.; Soto, E.; Acha, J. Para vivir mejor: manual de intervención para niños y familias que han sufrido experiencias de violencia. Lima: UNICEF, 1995

Galindo, E. (2010). El papel de los psicólogos en situaciones de catástrofe: el caso de los terremotos de septiembre de 1985 en México.

Jacinto Inbar Estrategias de Intervención psicológica en situaciones de crisis masivas, (1era. Parte) El atentado en la Comunidad Judía de Buenos aires. Perspectivas Sistemáticas, Psicología de Hoy, año 7 No 34 - Nov. - Dic. 1994/1995.

Lima, B. R. (1992). La atención comunitaria en salud mental en situaciones de desastre. Levan I. Temas de salud mental en la comunidad. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 218-36.

Lima, B. R., Pai, S., Lozano, J., & Santacruz, H. (1990). The stability of emotional symptoms among disaster victims in a developing country. *Journal of Traumatic Stress*, 3(4), 497-505.

Lonigan, C. J., Shannon, M. P., Taylor, C. M., Finch Jr, A. J., & Sallee, F. R. (1994). Children exposed to disaster: II. Risk factors for the development of post-traumatic symptomatology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(1), 94-105.

Ministerio de Salud - Caja de seguro Social de la República de Panamá, Plan de Acción en salud mental para situaciones de desastres, Panamá 1989.

Shannon, MP, Lonigan, CJ, Finch Jr, AJ y Taylor, CM (1994). Niños expuestos a desastres: I. Epidemiología de síntomas postraumáticos y perfiles de síntomas. *Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 33 (1), 80-93.

Valero, S. (s.f.). Evolución histórica de la psicología en emergencias y desastres.

“ENTRENAMIENTO PSICOLÓGICO PARA LA RESISTENCIA Y RESILIENCIA EN EMERGENCIAS”

Natalia Lorenzo Ruiz

España

nlorenzo@telecable.es - info@natalialorenzo.es

1. EL IMPACTO PSICOLÓGICO EN LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EMERGENCIAS

Dadas las características del trabajo en emergencias, los profesionales que las abordan están expuestos a **situaciones altamente estresantes** que repercuten en su bienestar personal, en su rendimiento laboral y en su entorno social y familiar.

Las situaciones, llamadas críticas o incidentes críticos, constituyen eventos fuera del rango habitual de experiencias del interviniente. Estas situaciones producen tal grado de afectación en la persona, que la colocan en situación de riesgo psicológico, físico y/o social para ella y/u otros.

El personal que trabaja en profesiones relacionadas con las situaciones de crisis, emergencia y/o catástrofes puede verse expuesto en una semana a más situaciones de estrés agudo de las que vive una persona de media en toda su existencia.

Afortunadamente, las situaciones críticas, pese a ser más frecuentes en profesiones de emergencia que en otros contextos laborales (un 85% de intervinientes informan haber enfrentado alguna situación laboral impactante), estas no tienen una repercusión psicopatológica en la mayoría de los intervinientes.

Pero, los sucesos traumáticos pueden producir reacciones emocionales graves las cuales podrían interferir con su capacidad de funcionar durante o después de los hechos.

En el trabajo en emergencias, los intervinientes se enfrentan a demandas intensas, continuas, e incluso crónicas, que pueden ser fuente de estrés o malestar en muchas ocasiones.

Algunas **situaciones que generan gran impacto psicológico** en estos profesionales son:

- Situaciones en las que pelagra su vida o su integridad física y/ psicológica
- Situaciones donde hay mucho derramamiento de sangre
- Situaciones con múltiples víctimas
- Situaciones en las que se ha de intervenir con personas con elevado dolor y/o sufrimiento.

Un interviniente puede verse afectado por una situación crítica en función de:

- La experiencia directa con ella.
- La experiencia indirecta o vicaria (glosario).
- La interpretación o valoración que otorga a cualquiera de las anteriores experiencias.

Hay una serie de **variables que mediatizan el impacto traumático** de situaciones críticas en intervinientes. Estas variables están referidas a:

- El profesional.
- La situación crítica.
- El contexto en que se desenvuelve el profesional (laboral, familiar, social,...) en el momento de la situación crítica.

Respecto a las variables de la **persona** se destaca que la afectación será mayor si:

- Hay una historia familiar de alteraciones psicopatológicas.
- Hay un rasgo destacado de neuroticismo a nivel de personalidad.
- Hay un estilo inadecuado de afrontamiento de situaciones estresantes.

En cuanto a los aspectos de la **situación** merecen mención algunos como:

- La proximidad con la estimulación traumática (p.e. contacto próximo con escenas dantescas, labores de recuperación de cadáveres, etc.).
- Condiciones de trabajo (p.e. inseguridad, riesgo de lesiones, meteorología adversa, presión de tiempo, punto de mira de los medios de comunicación).
- Conflictos de rol consecuentes a la situación (p.e. apagar fuegos frente a socorrer a heridos demandantes de ayuda, triages, etc.).
- Pérdidas personales. (p.e. víctimas conocidas o familiares de personas conocidas).

Por último, en relación a los aspectos del **contexto** es especialmente relevante la existencia o no de un adecuado **apoyo social** en la red social del interviniente. En este punto también destaca el hecho de una mayor vulnerabilidad a disfunciones postraumáticas o postincidente (después de la situación de emergencia), en aquellos intervinientes con disfunciones psicológicas en el **momento** de la ocurrencia o atravesando momentos de impacto vital (p.e., recientes pérdidas personales, separación matrimonial, etc.).

La **cultura organizacional** constituye también un factor destacable en cuanto al entorno en el que se facilita o dificulta la percepción de incidentes críticos como estresantes y, por tanto, susceptibles de reaccionar con afección.

2. PREPARACIÓN PSICOLÓGICA DEL INTERVINIENTE: ENTRENAMIENTO PSICOLÓGICO PARA EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS POR INCIDENTE CRÍTICO

Situado contextualmente, el término **resistencia** se refiere a la capacidad para resistir literalmente las manifestaciones de malestar clínico o disfunción asociadas a incidentes críticos. Desde este punto de vista, podríamos considerar la resistencia como una especie de inmunidad psicológica frente al estrés y a la disfunción conductual. Es un patrón de conducta que protege al profesional de hechos vitales negativos, actuando como moderadores del estrés.

La mejor forma de trabajar la resistencia es a través de la preparación y el entrenamiento previos al incidente.

El término **resiliencia** se refiere a la capacidad de recuperarse rápida y efectivamente de las alteraciones psicológicas y/o conductuales asociadas a incidentes críticos, es decir la capacidad para sobreponerse a situaciones de alto impacto emocional.

La resiliencia es la capacidad de las personas expuestas a situaciones de crisis de anticipar, reducir el impacto, y afrontar los efectos de la adversidad, para luego recuperarse sin comprometer sus perspectivas a largo plazo.

Por consiguiente, la resiliencia no es solo la capacidad de responder de inmediato a eventos negativos, sino más bien un proceso de adaptación positiva antes, durante y después del acontecimiento adverso.

2.1. Factores de protección y de vulnerabilidad.

Las personas resistentes al estrés se caracterizan por la gestión emocional saludable, la autoestima adecuada, unos criterios morales sólidos, un estilo de vida equilibrado, unas aficiones gratificantes, una vida social estimulante, un mundo interior rico y una actitud positiva ante la vida.

Todo ello posibilita echar mano de los recursos disponibles para hacer frente de forma adecuada a las situaciones críticas y aprender de las experiencias dolorosas, sin renunciar por ello a sus metas vitales.

Este tipo de personalidad funciona como un amortiguador o como una vacuna protectora que tiende a debilitar la respuesta de estrés.

La mayor o menor repercusión psicológica de un suceso traumático en una persona depende de su vulnerabilidad psicológica, que se refiere a la precariedad del equilibrio emocional. Esta vulnerabilidad puede amplificar, a modo de caja de resonancia, el daño psicológico de las experiencias negativas sufridas.

En algunas personas la baja autoestima y el desequilibrio emocional preexistente, sobre todo si va acompañado de una dependencia al alcohol y a las drogas y de aislamiento social, agravan el impacto psicológico de la situación crítica. De hecho, ante situaciones críticas similares unos profesionales presentan un afrontamiento adaptativo y otros quedan profundamente dañados. En realidad, ocurre como en los terremotos: las viejas casas de madera o de adobe se desmoronan; sin embargo, en los edificios de cemento sólo se rompen los cristales.

Desde una perspectiva psicológica, un nivel bajo de inteligencia, una fragilidad emocional previa y una mala adaptación a los cambios, así como una sensación de fatalismo y una percepción de lo sucedido como algo extremadamente grave e irreversible, debilitan la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de indefensión y de desesperanza.

Estas personas cuentan con muy poca confianza en los recursos psicológicos propios para hacerse con el control de la situación. La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial previo de situaciones traumáticas, cuando hay un estrés acumulativo y cuando hay antecedentes psiquiátricos.

Pero los factores psicosociales desempeñan también un papel muy importante. Así, por ejemplo, un apoyo social próximo insuficiente, ligado a la depresión y al aislamiento, y la escasa implicación en relaciones sociales y en actividades lúdicas dificultan la recuperación psicológica. El principal antídoto contra la pena es poder compartirla.

Pero también es importante la influencia del apoyo social institucional, es decir, de la organización de pertenencia, de otras organizaciones de intervinientes, o de los medios de comunicación.

2.2. Factores fortalecedores de la resiliencia

Los factores que suelen contribuir a fortalecer y dinamizar las capacidades de las personas resilientes son la flexibilidad psicológica, la capacidad de adaptación y el trabajo con los valores.

La **flexibilidad psicológica** incluye:

- *Apertura a los pensamientos*, emociones, sentimientos, sensaciones, etc. sean del tipo que sean. Estar abierto a los pensamientos implica adoptar un rol de observador de éstos, en vez de un rol de controlador de los mismos. Estar abierto implica abandonar la intención de lucha y control de las cogniciones inicialmente valoradas como interferentes o aversivas y pasar a observarlas como lo que son: palabras o imágenes representadas y no "verdades" o "elementos de control". Esta acción implica separar la fusión que puede haber entre pensamiento y acción.
- *Contactar con el momento presente*. Esta acción implica orientar la atención al "aquí y ahora" que importa. Estar en el "aquí y ahora" implica la no lucha con el pensamiento/emociones, pero también

evita ceder las riendas a los pensamientos "amenazantes" asociados a experiencias pasadas o precursores de la "negrura" del futuro. Sería ponerse a la tarea aunque se tengan pensamientos negativos.

- *No condicionar la actuación a "cómo me siento" sino actuar en la dirección elegida, independientemente de "sentirme así". Implica ser consciente del malestar y la flexibilidad de elegir actuar en una dirección u otra, aún en su presencia.*

Algunos procesos para entrenar la flexibilidad psicológica:

- **Defusión cognitiva:** Es la alternativa al control del pensamiento. Se trata de alterar la función perturbadora, inútil y disfuncional de los pensamientos (cambiar la función que ejercen) para facilitar comportamientos más funcionales. La defusión conduce a disminuir la credibilidad o el apego a los pensamientos, aunque no necesariamente altera su frecuencia.

- **Desliteralización.** Hacer ver que los pensamientos son solo pensamiento o sólo recuerdos, y que no deben confundirse con sus referentes. Es decir, con sucesos reales que vuelven imposible actuar de acuerdo con lo valorado. Los pensamientos son meramente sonidos, palabras, historias, películas o porciones de lenguaje sobre los que yo construyo: su veracidad, importancia y utilidad. (por ej.: contemplación desapasionada del pensamiento, repetirlo en alto hasta que solo quede el sonido, sin sentido, el contemplarlo como un evento externo del que se puede modificar su forma, su color..., agradecer a la mente haber proporcionado un pensamiento tan curioso e interesante, etc.)

- **Atención selectiva:** Los pensamientos no son amenazas reales. Son eventos no perceptibles. Es la utilidad de los pensamientos en el durante y en el después la que invita a hacerles caso o no. Se trataría de atender a los pensamientos útiles, los otros hay que dejarlos estar. Los pensamientos no son órdenes programadas irrevocables, no hay por qué obedecerlos. Los pensamientos pueden ser o pueden no ser sabios. Aun siendo objetivos, no hay por qué seguir ciegamente su enunciado.

- **Mindfulness:** Implica ejercicios enfocados a conectar con la experiencia del momento presente aceptándola tal cual es. Aquí se entiende como un procedimiento concreto para manejar los pensamientos intrusos. Consiste en dirigir la atención hacia la actividad que se realiza y no hacia los contenidos mentales que, simultáneamente, pueden aparecer. Ante la aparición de pensamientos negativos intrusos se invita a “atender la experiencia” presente y percatarse de lo que se está haciendo y de lo que se tiene alrededor, focalizándose en lo que llega desde los sentidos. Por ej., Atención plena durante la emergencia podría ser describir la tarea que se está realizando, narrando paso por paso, centrando la atención en cada pequeño detalle de la acción que se está ejecutando. Conciencia plena después de la intervención podría ser prestar atención a todo lo que experimentan en el cuerpo (pensamientos, sensaciones) para aprender a estar con ellos.

Por otro lado, frente a problemas que estresan y desgastan, debemos buscar soluciones.

Frente a situaciones “sin solución” que estresan y desgastan, la alternativa a utilizar es la **aceptación**.

Ante los pensamientos intrusos (o ante sentimientos, sensaciones, recuerdos, etc., desagradables) utilizaremos la aceptación radical o incondicional de los mismos, sean como sean de frecuentes o intensos y sea cual sea su contenido.

Pero no se trata de una aceptación pasiva (de una resignación ante el síntoma). La resignación implica el abandono de nuestros intereses y valores, mientras que la aceptación implica avanzar hacia su logro.

No es aguantar, aguantar tiene la connotación de hacer fuerza. No es ignorar nuestros pensamientos, emociones o sensaciones. Es reconocer su existencia, continuando en la dirección elegida. En la aceptación no hay un ápice de lucha.

Aceptar nuestros pensamientos, sentimientos, sensaciones, etc., supone:

- Estar dispuestos a tenerlos
- (Re) conocerlos y abrirse a hacerlos parte de nuestro presente, sin restricciones.
- Complementándolo con el ejercicio práctico y activo de “alimentar” con acciones nuestros valores como emergencistas.

Cuando vivimos una situación muy traumática necesitamos darle SENTIDO. Aceptarlo sin juicio ni valor es incompatible. Lo que da sentido a lo que hacemos son los valores.

Los **valores** son la dirección hacia la que encaminamos nuestra vida para vivirla con plenitud y sentido. Aquello que es importante para nosotros. Se refieren a acciones o a cualidades de nuestros actos. Son formas o consecuencias globales, deseadas a muy largo plazo (no se dan por conseguidas nunca).

Los valores de verdad son elegidos sin presión cultural, familiar, social, etc. Pueden cambiar, y de hecho cambian a lo largo de la vida.

Actuar de acuerdo con los valores a veces puede comportar malestar.

Podemos concluir con tres elementos potenciadores de la resiliencia en emergencias:

- **Normalizar cualquier reacción.** Es cambiar la función de las reacciones mediante las técnicas de defusión cognitiva.

- **Reconceptualización de la reacción.** Resignificar los síntomas, en términos de búsqueda de recuperación del equilibrio homeostático y, por tanto, como signos de recuperación. Dar nombre y ofrecer lógica, constituye un proceso de legitimación de los síntomas y de devolución. Darles sentido. Las reacciones son un intento de protección y ayuda del organismo ante la situación.

- **Anclaje en el valor de la actuación** (acción con sentido) para actuar en estado de estrés. Centrarse en por qué hago lo que hago. Elegir la acción adecuada en base a mis valores.

3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON INTERVINIENTES POST-INCIDENTE

El dar apoyo psicológico al personal de intervención en emergencias ofrece a menudo resistencias, tanto por parte de los trabajadores como de los jefes. Permitir explorar su vulnerabilidad o expresar lo que sienten, puede echar abajo su auto-concepto de fortaleza ante el trabajo que desarrollan. Muchos creen que la represión emocional es la mejor manera de reforzar y así el equipo podrá seguir con su trabajo. El solicitar ayuda emocional es percibido como un signo de debilidad de carácter. Su personalidad y la naturaleza de las labores

de rescate crean las circunstancias que hacen que dicho personal se resista a aceptar las intervenciones psicoterapéuticas tradicionales.

Para combatir los efectos negativos del estrés y del miedo, primeramente, hay que conocerlos, entenderlos y analizarlos y finalmente aprender a adaptarse, de la mejor forma posible, en las situaciones en las que estarán presentes.

Todas las medidas de ayuda para prevenir los efectos negativos del estrés en el interviniente tienen un carácter preventivo.

- **PREVENCIÓN PRIMARIA:** Comprendería todas las medidas a tomar en la incorporación, formación e intervención de los intervinientes, así como, las posibles estrategias de autoayuda que el personal de intervención en emergencias pueda desarrollar antes de que se produzca la emergencia.

- **PREVENCIÓN SECUNDARIA:** Son todas las medidas que una vez que ha ocurrido la emergencia, tanto en el escenario de la misma, como en las primeras horas tras finalizar la intervención, se pueden poner en marcha para minimizar los efectos del estrés del interviniente.

- **PREVENCIÓN TERCIARIA:** Tras el impacto psicológico producido por la intervención en una emergencia. Se pondrían en marcha, si se detectase en el interviniente síntomas que repercuten significativamente en los diferentes ámbitos de su vida personal, laboral, social y familiar.

Vamos a centrarnos en las técnicas post-incidente:

3.1. Prevención secundaria

La **intervención psicológica temprana** en intervinientes que han padecido un suceso traumático tiene como objetivo crear un entorno seguro al interviniente afectado y ofrecerle apoyo, así como evaluar las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo familiar y social. Otros objetivos de esta intervención inmediata son ayudar a ventilar las emociones y detectar la posibilidad de requerir una intervención clínica posterior.

De este modo, se puede prevenir, al menos en muchos casos, la aparición o cronificación de trastornos psicológicos.

La efectividad de la intervención en crisis aumenta de modo directo en función de la proximidad, tanto física como en el tiempo, a la persona afectada. Por tanto, cuanto antes reciba ayuda la persona, sus reacciones psicológicas durarán menos y conseguiremos reducir la gravedad y la posible cronificación en el tiempo.

Algunas técnicas de prevención secundaria son:

EL COORDINADOR COMO FACILITADOR DEL AFRONTAMIENTO FUNCIONAL

El coordinador o responsable de la respuesta en una situación de emergencia, cobra un importante papel en la regulación del estrés al que el personal a su mando se ve sometido en un incidente crítico. Esta importancia es mayor cuantas más horas de dedicación se requieran para afrontar la situación de emergencia.

Algunas actitudes y comportamientos del coordinador que van a facilitar la gestión adecuada del estrés por incidente crítico son:

- Proveer de tanta **información** sobre los hechos y la escena a la que van a enfrentarse como sea posible. Para ello pueden utilizarse la vía de la radiocomunicación o un comunicado breve, en los casos en que acuden nuevos equipos intervinientes.
- **Rotar a los trabajadores** entre tareas de bajo estrés, de estrés moderado y tareas de alto estrés.
- **Limitar el tiempo** en el que los trabajadores están sometidos a tareas de alto estrés. (p.e. recuperación de cadáveres) a una hora, si es posible. Ofrecer descansos, rotación a tareas menos estresantes y apoyo.
- **Reforzar** las acciones adecuadas, siendo concreto y genuino.
- Facilitar **descansos** (ordenarlos si es necesario) si se observan signos y síntomas de estrés o si la eficacia de la respuesta está disminuyendo.
- En emergencias que requieren respuestas de larga duración: Proporcionar **lugares** para cubrir necesidades fisiológicas y lugares de descanso y desconexión estimular con la escena. Proporcionar bebidas y alimentos fáciles de ingerir que permitan la recuperación energética.

Proporcionar lugares y prendas para guarecerse de posibles inclemencias del tiempo.

- Recordar la presencia de **personal de apoyo psicológico** (ubicado lo más cerca posible de la escena, pero sin contacto estimular con ésta) y transmitir la normalidad y adecuación de su empleo si se sienten estresados.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS SOBRE EL TERRENO

Puede ser necesario prestar algún tipo de atención sobre el terreno y simultánea a las labores asistenciales. Ésta, probablemente va a constituir una labor puntual más que un patrón de actuación. Esto se hace aún más cierto si el receptor del apoyo psicológico ha de ser el propio interviniente.

En cualquier caso, cabe la posibilidad de que un interviniente se desestabilice durante la intervención y exista un riesgo perceptible de que, si continúa trabajando en ese momento, se produzca un daño añadido o se pierda eficacia en la actuación.

SISTEMA PEER-SUPPORT

Los sistemas de Peer Support constituyen dispositivos formales de apoyo psicológico proporcionado por profesionales de rol similar al personal afectado, formados y capacitados para la provisión de primeros auxilios psicológicos. Esta labor se proporciona bajo la supervisión de psicólogos especializados.

DEFUSING

El defusing es un encuentro grupal breve y semiestructurado que suele tener lugar tras finalizar un incidente crítico o el trabajo efectuado con respecto a él.

A diferencia del debriefing con profesionales de emergencia, el defusing no pretende promover el "cierre" respecto al estrés provocado por el incidente sino facilitar oportunidades de ventilación, la reposición del profesional tras las horas de dedicación a la situación crítica. y la motivación hacia el empleo proactivo de recursos psicológicos de afrontamiento.

DEBRIEFING

El debriefing se encuadra dentro de las estrategias empleadas de forma inmediata para atender el estrés por situación crítica. Dada la parte de trabajo cognitivo que tiene lugar en algunos puntos del desarrollo del debriefing, conviene que este encuentro tenga lugar al menos a las 48-72 horas de la situación. Si ésta aún no está estabilizada técnicamente una vez transcurrido este periodo (p.e. en interrogatorios o búsquedas de evidencias policiales, o en desastres que prolongan el trabajo durante días o semanas), conviene esperar para la organización de esta intervención.

3.2. Prevención terciaria

Tras una intervención crítica en la que el personal de emergencias se haya visto afectado psicológicamente, y mantenga en el tiempo u la sintomatología vista previamente, se pueden utilizar diferentes técnicas terapéuticas que han de ser llevadas a cabo por profesionales de la psicología, como:

- Counselling en crisis
- Psicoterapia
- Rehabilitación

4. CASO CLÍNICO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON UN BOMBERO AFECTADO POR UNA SITUACIÓN CRÍTICA

Para evidenciar la importancia de la intervención psicológica en crisis con personal de emergencia afectado por situaciones traumáticas, vamos a desarrollar un caso real en el que se explica cómo se ha trabajado con un bombero que sufre un accidente durante la extinción de un incendio urbano, junto con otro compañero. Ambos caen desde una altura de un quinto piso, al colapsar el edificio a causa de las llamas. Su compañero fallece y él sufre policontusiones y una lesión leve en la extremidad inferior izquierda de las cuales no quedan secuelas físicas alguna.

Historia

El mismo día del accidente, en abril de 2016, desde ASINPEC (Asociación para la Intervención Psicológica en Urgencias, Emergencias, Crisis y Desastres), se ofrece a la Concejalía de Seguridad Ciudadana, a la que pertenece el Cuerpo de Bomberos que interviene en el accidente, el servicio de intervención psicológica inmediata en crisis con el profesional superviviente y con los compañeros que actuaron en ese incendio, e incluso rescataron el cuerpo del bombero fallecido. En ningún momento se activa este servicio, por lo que los intervinientes afectados no reciben ninguna asistencia psicológica especializada en crisis.

Si bien, el bombero de este caso en la fecha del accidente es valorado en interconsulta de Salud Mental del Hospital en el que ingresa por las lesiones físicas, resultando con una impresión diagnóstica de reacción adaptativa ante estrés agudo. En los días posteriores es atendido por el mismo profesional de psiquiatría de este servicio de forma ocasional y no estipulada (tres sesiones), al que accede por una vía informal. De este modelo psiquiátrico, orientado genéricamente al tratamiento de los síntomas (depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, etc.), el paciente agradece la validación de pensamientos, reacciones y emociones (*"Alguien de fuera que te diga lo que está bien y lo que está mal, lo que es real o no, de tus pensamientos"*) y la prescripción de medicación (*"es necesaria en un momento dado"*), aunque solamente tomó medio lorazepam durante tres días. También se realiza un seguimiento-control por el servicio de psicología de la mutua de trabajo pero no una intervención propiamente dicha, por lo que no lo considera de utilidad.

No se realiza ninguna intervención psicológica más con esta persona, a pesar de que el informe forense del Instituto de Medicina Legal, realizado un mes y medio después del accidente, recoge como secuelas: Trastorno de estrés postraumático (TEPT) en grado leve.

Diez meses después del incidente crítico, a través de compañeros del Servicio de Extinción de Incendios y Salvamento, contactamos directamente con el bombero superviviente para ofrecerle asistencia psicológica y la acepta muy agradecido.

Evaluación, descripción de la sintomatología y diagnóstico

El proceso de evaluación se llevó a cabo fundamentalmente a través de la entrevista clínica, pero también se utilizaron dos instrumentos estandarizados para obtener medidas cuantitativas: *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* y *Escala de Trauma de Davidson*.

Tabla 1. Resultados obtenidos en la evaluación anterior al tratamiento

Instrumentos	Rango de puntuación	Punto de corte	Puntuación Pre-tratamiento
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT – Revisada (Escala global)	0-63	20	17
Escalas específicas:			
<ul style="list-style-type: none"> • Reexperimentación • Evitación conductual/cognitiva • Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo • Aumento de la activación y reactividad fisiológica 	0-15	3	6
	0-9	3	2
	0-21	5	5
	0-18	5	4
Escala de Trauma de Davidson	0-136	40	41

La entrevista clínica se enfocó a identificar su problemática actual, sus síntomas, intensidad y las estrategias de afrontamiento empleadas ante la situación traumática vivida.

Durante el desarrollo de la entrevista inicial, muestra intensa emoción de experiencia de supervivencia y duelo por fallecimiento del compañero. Describe pensamientos en forma de pesadilla, recordando y reviviendo la situación traumática; angustia ante las ideas intrusas, en las que se reproducen secuencias aisladas del accidente; sentimientos de temor, amenaza y aprehensión ante nuevas intervenciones que puedan ser arriesgadas; anticipación de consecuencias negativas y sensación de malestar psicológico. Se muestra preocupado por la sensación de despersonalización (recuerda el accidente *"como si fuera una película, como si no lo hubiera vivido yo, observándolo desde fuera"*). Se aprecian algunas respuestas de evitación y activación fisiológica relacionada con ansiedad, aunque no son muy significativas. Manifiesta haber tenido sentimientos de culpa los días posteriores al accidente, pero han disminuido considerablemente en la actualidad.

Por otro lado, muestra buenas capacidades de afrontamiento: racionalizador, adecuada resonancia afectiva, con muy buen apoyo de entorno

familiar y social y capacidad de autocontrol en las situaciones generadoras de ansiedad.

A raíz de la entrevista y los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación, se puede concluir que el paciente sufre un Trastorno de Estrés Postraumático en grado leve.

Desarrollo y procedimiento de la intervención psicológica

Una vez realizada la evaluación, se establecieron como objetivos terapéuticos:

1. que el paciente comprendiera su sintomatología en relación con los hechos ocurridos,
2. reducir la sintomatología del TEPT y minimizar las secuelas del mismo,
3. ir más allá de la recuperación, fortalecer las anteriores estrategias y desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento.

En la mayoría de los casos el TEPT no remite espontáneamente necesitando tratamiento, el cual tiene algunos componentes imprescindibles: establecimiento de una adecuada relación terapéutica, descondicionar el miedo y la ansiedad asociados a los recuerdos traumáticos y restaurar el sentimiento de integridad y control personal.

La intervención se realizó en 6 sesiones de dos horas de duración cada una, a lo largo de dos meses. Posteriormente, se realizó un seguimiento telefónico al mes y un seguimiento presencial a los dos meses.

Tabla 2. Fases del trabajo terapéutico

Fase	Objetivos	Estrategias de intervención	Sesión
Exploración. Narrativa.	Explorar preocupaciones y síntomas. Enfatizar los elementos positivos o de fortaleza. Detectar y potenciar recursos propios. Normalizar y clarificar.	Alianza terapéutica Psicoeducación. Diálogo socrático. Ventilación emocional. Resignificación de síntomas.	1
Detección de pautas-problema. Balance emocional.	Trabajar con emociones para avanzar a pensamientos y conductas. Tratamiento sintomático de pensamientos destructivos.	Psicoeducación. Autorregistro Reestructuración cognitiva. Autoinstrucciones. Autorrefuerzo.	2
Trabajo sobre el sistema de creencias.	Trabajar vivencias de culpa y tareas de duelo.	Psicoeducación. Counselling. Reestructuración cognitiva. Ventilación emocional.	3
Flexibilidad psicológica	Trabajar sobre pensamientos, fusión cognitiva.	Técnicas ACT: desliteralización, atención selectiva, atención plena, aceptación saludable activa.	4
Crecimiento post-traumático	Explorar cambios vitales positivos. Promover la resiliencia.	Técnicas ACT: valores, normalización, resignificación.	5-6

Primera fase: Exploración. Narrativa

El establecimiento de la *alianza terapéutica* es imprescindible como paso previo para posteriormente ayudar al paciente a elaborar el trauma

Posteriormente, se invita al superviviente a *narrar los hechos*, entendiendo que le puede ser útil recordarlos de manera estructurada. Éste accede de manera espontánea y hace una reconstrucción de la situación crítica vivida.

El paciente describe cómo fueron activados y llegaron al lugar del incendio, cómo éste tomaba unas dimensiones extraordinarias, cómo intentaban sofocarlo por todos los medios, y cómo en un momento dado para poder llegar a un foco inalcanzable, se bajan de la cesta del brazo articulado en la

que se encontraban y se desanclan, accediendo al tejado del edificio. Describe cómo de repente el edificio colapsa a causa de las llamas y su compañero y él caen al vacío. Recuerda lo que pensaba y sentía durante la caída, y cómo al llegar al suelo le cayeron escombros encima de sus extremidades inferiores, quedando atrapado. Recuerda perfectamente cómo se queda sin aire en la botella, se ve morir, y en un impulso de fortaleza es capaz de sacar sus piernas de los escombros, deambular y salir al exterior, de un modo inexplicable.

Tras la narración de los hechos, se *exploran las preocupaciones y síntomas* actuales, dándoles nombre y ofreciendo lógica, lo que es ya, en sí mismo, terapéutico; constituyendo un proceso de legitimización de los síntomas.

Segunda fase: Detección de pautas-problema. Balance emocional.

En la segunda sesión, trabajamos con las emociones para avanzar a pensamientos y conductas, a través de:

- La detección de *emociones positivas asociadas al evento traumático*: sentirse vivo, apreciar el apoyo de familiares y amigos, valorar pequeñas cosas de la vida, etc.

- La *detección de emociones positivas* durante la terapia además de las negativas: aparecen emociones ambivalentes cuando se produce la activación para intervenir en situaciones complicadas. Por un lado, siente la necesidad de acudir, porque es su trabajo, su vocación, y por otro lado, siente miedo a que le pase algo y no volver. En estas situaciones continúan apareciendo flashbacks y pensamientos negativos relacionados con la situación traumática (caída, atrapamiento,...). Se señala que además de las emociones negativas, en estos días se tienen también emociones positivas y que éstas son tan rescatables como las otras, porque el objetivo no es sólo evitar las emociones negativas sino buscar situaciones, pensamientos, acciones que promuevan emociones positivas.

- El *balance de elementos positivos y negativos* en la respuesta a los hechos: Se trabaja considerando a la persona como el experto, invirtiendo los roles clásicos de la terapia. No es la terapeuta la que recomienda qué es lo que hay que hacer, sino que se le pregunta al superviviente qué

es lo que hay que hacer en situaciones similares. Esto obliga a rescatar elementos positivos o buscar alternativas. En este sentido, reconoce la importancia de poder hablar sobre los hechos, sobre cómo se siente, tener una actitud positiva, racionalizar, poder hablar con la familia del compañero fallecido y poder validar sus reacciones y pensamientos.

- El uso de *autoinstrucciones positivas* con las que se pueden ir balanceando los pensamientos autodestructivos o catastrofistas (“y si voy y me pasa algo y no vuelvo”, “estas cosas no le pueden pasar a un bombero”.) con otros alternativos elaborados por el propio superviviente, que puedan esgrimirse como apoyo en momentos críticos (“Tira p’alante, no me jodas”, “Podría ser tu hijo”, “Alguien está en apuros y te necesita”, “Tranquilo que tú puedes”, “A ponerle cojones y venga”, “Tranquilo, céntrate que tú sabes”).

Se propuso el *autorregistro* como una medida importante para valorar el análisis de conducta en aquellas situaciones en las que tuviera una intervención difícil. Además, le es útil para lograr restituir la sensación de seguridad y confianza en sus propias percepciones y sentimientos, validando sus emociones.

Tercera fase: Trabajo sobre el sistema de creencias.

Nos centramos en las vivencias de culpa y en las tareas de duelo.

Relata que tras el accidente tuvo sentimientos de culpa: “Aunque decidimos los dos bajarnos, yo tenía que haberle dicho que no”; “Llegué a sentirme culpable, porque él había muerto y yo no” (errores de juicio: vergüenza y culpa por sobrevivir).

Estos sentimientos de culpa disminuyen en el momento en que puede hablar con la familia del compañero fallecido (su mujer y sus dos hijos), siendo de gran ayuda la actitud de éstos (desculpabilizadora y acogedora desde el primer momento): “Hasta que no los vi y hablé con ellos, me sentía fatal”.

Otra estrategia personal que utiliza para disminuir la culpabilidad es el pensamiento mágico como forma de explicación del hecho de sobrevivir (“algo había allí que me salvó la vida”).

Por otro lado, trabajamos la *elaboración del proceso del duelo* en forma de counselling y psicoeducación.

Revisamos y reforzamos las *estrategias utilizadas* para la elaboración del duelo que le han sido útiles:

- Serigrafía de la silueta del compañero fallecido y su nombre en su casco de trabajo: *"A modo de cicatriz, no quiero que se olvide lo que pasó". "Cuando me cambie de casco, volveré a serigrafiarlo"*.
- Asistencia al funeral y a todos los homenajes realizados al compañero: *"incluso, en contra de los consejos que me daba la gente"*.

Para cerrar las tareas de duelo, se le pidió, a modo de despedida, que escribiese una carta íntima al compañero fallecido, expresando su dolor, sus sentimientos y sus recuerdos.

Además, se le refuerza en pensar en los aniversarios y planificar, junto con los compañeros, ceremonias colectivas, recuerdos, memoriales y otro tipo de elementos que contribuyan a la elaboración del duelo traumático.

Cuarta fase: Flexibilidad psicológica.

Para complementar el trabajo cognitivo realizado en las sesiones anteriores, en esta fase se utilizan algunas técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso con el objetivo de eliminar la rigidez psicológica: Defusión cognitiva, Atención selectiva, Estar presente, Acción comprometida, Aceptación saludable activa.

Por otro lado, se abordó directamente el circuito completo de la memoria emocional con la *exposición en imagen* de la secuencia completa del accidente. Para ello, se le pidió que facilitara fotografías de las noticias de prensa sobre el accidente que fueran significativas para él. El procedimiento consistió básicamente en obtener una descripción detallada por parte de la persona del recuerdo de lo ocurrido, de cómo se sintió, de qué pensaba en los momentos difíciles del accidente, apoyándose en las imágenes seleccionadas:

"....había una zona reactivada que quedaba fuera del alcance de la manguera y del nuestro, y nos dieron la orden de seguir echando agua en ese techo que aguantaba, por lo que nos bajamos de la cesta, nos desanclamos y nos pusimos

el equipo de respiración. Mi compañero iba por delante, y yo por detrás, cuando sentí un ruido y unas vibraciones, miré para atrás y vi como se derrumbaba el suelo, intenté saltar para cogermelo al alfeizar pero no fue posible.... No perdí el conocimiento en ningún momento, recuerdo cómo caía y llevaba golpes, y como esperaba al momento de empalmarme con algo, buscando a la vez el suelo con mis pies, hasta que caí encima de unos escombros. Y otros más cayeron sobre mí, atrapándome las piernas, por lo que me quité el equipo para que no me tirara para atrás. La máscara estaba rota, por lo que lo primero que pensé era que me quedaban minutos de aire o segundos.... pedí auxilio por la emisora pero no me escuchaban...me agotaba y ya no tenía voz....no encontraba nada metálico para hacer ruido tampoco,,, pensaba que me iba a morir allí....asfixiado...de repente pensé en mi hijo..... (llora)... y empecé a quedarme sin aire y di un tirón y caí de la escombrera, a pesar de que la pierna izquierda la tenía totalmente atrapada, y me puse a caminar con la suerte de que llegué a la fachada.....empecé a tirar piedras a mis compañeros que acudieron a sacarme. Una vez fuera, ahí sí creí que ya me moría.... Y fue entonces, cuando vi a uno de mis compañeros abajo, cuando empecé a acordarme del compañero que había caído conmigo...y pregunté por él...y cuando vi la cara del compañero ya me imaginé que había pasado.....en la ambulancia sólo preguntaba por él, y era mi angustia principal.....nadie me decía nada.... Tardaron mucho en decírmelo.... ".

La seguridad de la relación terapéutica antes comentada permitió a la persona exponerse a sus recuerdos traumáticos y emociones asociadas.

Esta narración confirmó su capacidad para afrontar los hechos. No hubo ansiedad pero sí un gran dolor, apareciendo conductas de tristeza e ira.

Quinta fase: Crecimiento postraumático.

Para potenciar los recursos de fortaleza y resistencia de la persona no colocamos el énfasis sólo en la mitigación de los problemas y debilidades. Por ello, en esta última fase centramos el trabajo en la exploración y promoción de los cambios vitales positivos y la resiliencia.

Se hizo una revisión de las propias fortalezas y capacidades para realizar cambios positivos en el desarrollo personal y social. El paciente describió el proceso como un nuevo aprendizaje para interiorizar sus pensamientos, la autonomía personal, la toma de decisiones y las relaciones con los demás.

Tras explorar los cambios vitales positivos, se promueven los mismos mediante la reflexión conjunta sobre los valores existenciales, las prioridades en la vida, los vínculos afectivos y el valor de los placeres cotidianos, entre otras cuestiones.

Así mismo, se trabaja sobre la *promoción del optimismo disposicional*, basándonos en las expectativas del cambio positivo y la confianza en las propias posibilidades frente a la adversidad.

Todo lo anterior, especialmente lo referente a la promoción de posturas de optimismo inteligente, lleva a la prevención de futuras situaciones de crisis.

Fin de la intervención terapéutica. Seguimiento.

A la sexta sesión se da por finalizada la intervención, dejando abierta la posibilidad de alguna recaída. Se le animó a seguir por un tiempo con las tareas de autorregistro, convirtiéndose en su propio observador y evaluador. Se evalúa de nuevo el TEPT.

Al mes de terminar el proceso se realiza un seguimiento de forma telefónica con la persona, encontrándose con un estado de ánimo regulado y sin fluctuaciones, pero refirió presentar un nuevo episodio de manifestación de síntomas ansiosos relacionados con el TEPT, en una situación determinada en la que tuvo que intervenir en un espacio confinado, "*volviendo a sentirme atrapado*". Se le dan instrucciones para realizar una exposición progresiva a la situación, en una situación de entrenamiento y con el apoyo de sus compañeros de confianza.

Dos meses después de la finalización del proceso terapéutico, se realizó una sesión de seguimiento y una nueva aplicación de los instrumentos psicométricos utilizados en la primera sesión. No se presentaron nuevos episodios de pesadillas, flashbacks, temor o cualquier otra reacción de tipo ansiosa, y se destaca una notable mejoría.

El superviviente afirmó que la intervención psicológica había representado un aprendizaje positivo a través de las técnicas y medios adquiridos, los avances y el desarrollo personal, percibiendo el cambio terapéutico como muy positivo y efectivo.

Evaluación de la eficacia de la intervención psicológica

A lo largo de la intervención se han ido produciendo cambios en los que subyace una elaboración de los recuerdos traumáticos, una integración de los mismos dentro de su memoria biográfica y un cambio de esquemas en cuanto a sí mismo, a los demás y al mundo. Más en concreto, refiere mayor sentimiento de control de su propia vida y han disminuido los síntomas de reexperimentación (imágenes intrusivas, pesadillas).

Según expresa el superviviente, *"aunque todos los días tengo que pensar en lo sucedido un rato, porque no quiero olvidarlo, ya no está todo el día presente, cada vez necesito menos pensar en ello"*.

El nivel de gravedad del TEPT en el superviviente se redujo notoriamente después de la intervención psicológica realizada, pasando de presentar una puntuación en la Escala de Trauma de Davidson de 41 a una de 1. En lo concerniente a la reexperimentación del evento mediante pesadillas y flashbacks (sintomatología más presente), la persona redujo de forma importante la intensidad y frecuencia de estos síntomas, tal y como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Resultados obtenidos en la evaluación anterior y posterior al tratamiento

Instrumentos	Rango de puntuación	Punto de corte	Puntuación Pre-tratamiento	Puntuación Post-tratamiento	Puntuación Seguimiento
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT – Revisada (Escala global)	0-63	20	17	3	1
Escalas específicas:					
Reexperimentación	0-15	3	6	1	1
Evitación conductual/ cognitiva	0-9	3	2	0	0
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	0-21	5	5	1	0
Aumento de la activación y reactividad fisiológica	0-18	5	4	1	0
Escala de Trauma de Davidson	0-136	40	41	10	1

Reflexión final

Este caso ilustra cómo mediante una adecuada relación terapéutica y la aplicación de una serie de técnicas psicoterapéuticas, es posible el restablecimiento de un equilibrio y “confort” emocional en el superviviente a una situación de crisis. Superar un trauma supone, en definitiva, integrar la vivencia traumática en forma de recuerdo sin que este recuerdo sobrepase la capacidad de control de la víctima, ni interfiera negativamente en su vida actual y futura.

La intervención psicológica realizada parece haber sido efectiva en su totalidad.

Bibliografía:

- Echeburúa, E. (2004). Superar el trauma. El tratamiento de víctimas de sucesos violentos. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué?. *Psicología Conductual*, Vol. 15, Nº 3, pp. 373-387.
- Lorenzo, N. y González, P. (2017) Intervención psicológica con bomberos tras incidentes críticos. A propósito de un caso. Libro de Capítulos III Congreso Nacional de Psicología. Consejo General de la Psicología en España.
- Parada, E. (2011). Intervención psicológica con personal interviniente en situaciones críticas. Material formativo.
- Parada, E. (2016). Entrenamiento psicológico para la resistencia y la resiliencia en urgencias y emergencias. Material formativo.

“MANEJO DE SITUACIONES ESPECÍFICAS”

Natalia Lorenzo Ruiz

España

nlorenzo@telecable.es - info@natalialorenzo.es

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Recomendaciones en las actuaciones en comunicación social:

- ✓ Evaluar las necesidades de información de la comunidad.
- ✓ Conceder importancia a la información sobre derechos, deberes, acceso a servicios y programas, seguridad, etc. Los temas de educación, salud y recursos económicos son especialmente importantes.
- ✓ La información general para el país debe tener especificidades en lo regional, así como respetar la cultura y tradiciones de la comunidad. Los líderes comunitarios deben estar implicados en el diseño, construcción y difusión de los mensajes.
- ✓ La comunicación debe tener un abordaje humano que sensibilice al que informa y al que recibe el mensaje.
- ✓ Documentar y difundir las experiencias y lecciones aprendidas.

Pautas generales para tratar con los medios de comunicación:

- ✓ En primer lugar nos interesan los afectados. Se deben medir las palabras.
- ✓ Información hechos, libre de rumores, sin contribuir al pánico.
- ✓ Debe responderse siempre, sin ocultar la verdad. Dígase si ignora algún dato. O remitir a la fuente apropiada.
- ✓ Unificación de mensajes para evitar ambivalencias. Anticipación de las respuestas.

Psicología de la Emergencia

- ✓ Unificar trato con periodistas sin discriminación. Igual respuesta a todos.
- ✓ Pedir disculpas si ha habido actuación incorrecta. Adopción de medidas de corrección.
- ✓ "Centralismo democrático". Sólo hablarán personas autorizadas.
- ✓ Respuestas acordes con los Principios de la Institución.

Para saber **cómo hablar con los medios de comunicación** se exponen algunas recomendaciones:

- ✓ Siempre destacar el aspecto humano.
- ✓ Jerarquizar la información de más a menos.
- ✓ Brevedad. Frases cortas.
- ✓ Lenguaje claro.
- ✓ Sin especulación.
- ✓ Cautela con temas comprometidos.

ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Existen una serie de **principios generales** de actuación psicosocial en los accidentes de tránsito durante la fase de impacto:

- *Actuar con calma*: Permanecer junto al accidentado y transmitir que no tienes límites temporales para ello.
Hablar de forma serena y cuidando los comentarios inadecuados (p.ej., "la ambulancia tardará").
- *Escuchar al accidentado*: Permite que relate lo que le ha ocurrido sin hacer comentarios sobre ello. Este hecho facilitará al accidentado ordenar lo ocurrido evitando la formación de pensamientos e ideas desagradables.
- *Contacto físico*: respetando el espacio personal del accidentado.
- *Facilitar que el afectado se desahogue*: Debemos permitir que llore. Si se siente incómodo al llorar en público, retiraremos a la persona de la situación o le facilitaremos algún objeto con el que cubrirse.

- *Evitar curiosos*
- *No dejar sólo al accidentado*
- *Cuidados generales:* dirigidos a facilitar lo que necesiten a los afectados.

Por otro lado, ante este tipo de intervenciones existe una serie de **principios específicos** a tener en cuenta:

- *Primeros Auxilios ordinarios*
- *Eliminar la hiperactividad:* llevando cabo una actividad sin importancia o pidiendo a algún miembro del equipo que pasee con en él/ella.
- *Eliminar la inmovilidad* siempre que estemos seguros de que no existe una lesión física que justifique dicha inmovilidad.
- *Eliminar el pánico*
- *Apartar a la persona apática*

Teniendo estos aspectos en cuenta, podemos clasificar los momentos en los que se lleva a cabo la intervención psicológica en accidentes en tres situaciones principales que se presentan a continuación.

1. **Durante las operaciones de salvamento y/o de rescate:** Ante este tipo de circunstancias será crucial el control de las reacciones de pánico.

A continuación se presentan unas recomendaciones acerca del modo de actuación en este tipo de situaciones.

- **IDENTIFICARNOS:** proporciona confianza y tranquilidad al accidentado.
- **DAR INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES CLARAS:** especialmente si no podemos mantener contacto físico o visual. Dar instrucciones firmes, breves, concretas y en tono calmado. Cuando esté más calmado, le podremos explicar las operaciones que estamos realizando si procede.
- **ANIMAR Y DISTRAER:** reforzar para que el afectado continúe cooperando.
- **TRANQUILIZAR:** una vez pasado el peligro (durante la aplicación de los primeros auxilios sanitarios).

2. **Durante la aplicación de los primeros auxilios sanitarios:** Del mismo modo, a la hora de aplicar los primeros auxilios sanitarios es recomendable seguir unas pautas de actuación de cara a reducir las alteraciones emocionales del afectado lo que permitirá realizar de forma más sencilla a aplicación de los primeros auxilios sanitarios.

De nuevo aquí, existen unas pautas de actuación recomendadas:

- IDENTIFICARNOS: proporciona confianza y tranquilidad al accidentado. Nunca emplear verbalizaciones urgentes.
- RESPONDER A LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN: siempre que él lo solicite. No debemos comunicar aquí un fallecimiento o gravedad de la lesión. Se debe proporcionar información muy genérica. No es recomendable mentir al herido (es preferible un "no lo sé").
- EXPLICAR LO QUE SE HACE
- ESCUCHARLE: hacerle ver que sus miedos y ansiedad son normales.

En las dos situaciones anteriores, existen una serie de errores frecuentes que debemos intentar no cometer:

- Discutir con el accidentado si está alterado o se muestra irritado.
- Pretender "hacerle entrar en razón" mediante consejos o explicaciones complejas puesto que, como dijimos anteriormente, la víctima puede estar desenvolviéndose más en un plano emocional que racional.
- Juzgar o culpar por su posible comportamiento imprudente.
- Interrumpir su llanto o manifestaciones de dolor y/o sufrimiento.
- Seguir la corriente o darle la razón ante manifestaciones de culpa o remordimiento.

3. **Con los familiares:** En lo que respecta a la atención psicosocial a familiares, existen dos momentos clave; la recepción de familiares y allegados y la comunicación de malas noticias. Generalmente, este segundo momento, la comunicación de malas noticias, lo ha de notificar el médico u otros profesionales que hayan o estén

atendiendo a la víctima, si bien, es posible que en algunos casos se delegue la tarea al psicólogo.

En lo que respecta a la **Recepción de familiares** es recomendable seguir una serie de pautas como las que siguen a continuación:

- Habilitar una zona reservada para conseguir la información que necesiten. Les diremos quiénes somos y el nombre de la organización con quien trabajamos, explicando nuestra labor. Debemos realizar una escucha activa y empática.
- Cubrir las necesidades primarias básicas (comida, teléfonos,...). Es este punto es fundamental el papel de los trabajadores sociales.
- La información irá encaminada a dónde y cómo se encuentran los accidentados. Esta información será rápida, concreta y constante. Aprovechar los momentos en que informamos para crear una relación más próxima y para explicar la normalidad de sus emociones y conductas.

ATENTADOS TERRORISTAS

REACCIONES PSICOLÓGICAS QUE PODEMOS ENCONTRAR:

Como es sabido, no es lo mismo que se produzca una situación traumática causada por un agente natural (como por ejemplo, un terremoto) que por el designio destructivo de otros seres humanos. Es más difícil soportar el hecho de que otros semejantes hayan puesto fin a la vida de alguien o que hayan causado un daño extremo a personas de su mismo origen, que el que un suceso natural o incluso un accidente, hayan producido una situación de crisis.

El daño producido por situaciones traumáticas causadas por otros seres humanos es, habitualmente, mayor y sus secuelas más difíciles de superar. Por ello, el trauma del terrorismo requiere un mayor esfuerzo terapéutico y de apoyo social, este último destinado al objetivo de ayudar al afectado a recuperar la integridad de valores socialmente compartidos.

Otro factor a tener en cuenta en los atentados terroristas, es que la amenaza de muerte tanto propia como de nuestros seres queridos, es continua.

La incertidumbre que acompaña a estos actos, hace que la seguridad necesaria para vivir en sociedad se vea mermada e incluso convertida en un desorden social imposible de soportar. El saber que "puede pasarnos a todos" cuando vemos en las noticias que un tren determinado, en el que habitualmente uno viaja para acudir a la universidad, ha estallado en pedazos produciendo decenas de muertos y heridos, cuanto menos nos produce temor.

Un estado prolongado de incertidumbre es especialmente nocivo para la salud. Produce un tremendo agotamiento, socava la sensación de control sobre la propia vida, transforma a las personas sanas en seres asustadizos y desconfiados y arrebatada la felicidad. Este estado si se mantiene en el tiempo, puede desencadenar otras reacciones llamativas como puede ser la habituación al terror. Una persona puede incluso mantener intacta su capacidad de atender a las tareas cotidianas básicas, pero siempre y cuando se acompañe de la posibilidad de anticipar o esperar el ataque.

Un factor añadido y diferenciador del apoyo psicosocial en atentados terroristas es su relación con ideas muy arraigadas en las personas, tanto en las víctimas como en los verdugos. Siempre hay personas que están a favor de las ideas defendidas por el terrorista, y por su puesto, niegan al afectado su condición de tal. En cambio, los que se oponen a veces no encuentran la fuerza suficiente para mostrar su apoyo al afectado. Como resultado de esto, las personas se sienten desprotegidas y abandonadas por la sociedad; por ello les resulta más difícil superar esta situación de crisis, ya que el apoyo social es crucial a la hora de superar cualquier situación traumática.

Si el afectado sobrevive al atentado pero queda incapacitado, la gravedad psicopatológica es mayor, sobre todo para los familiares y allegados, y ésta es incalculable si el afectado requiere grandes cuidados por parte de ellos. Por otro lado, el que se vea acompañado de otros factores como puede ser una situación económica inestable, bajo apoyo social, humillaciones políticas u otras variables que normalmente aparecen tras un atentado terrorista, hacen que superarlo sea un camino arduo.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL ADECUADA:

Como acabamos de ver, el terrorismo es un hecho que acaba con el funcionamiento normal del afectado, proporcionándole un clima de indefensión, desesperación y desesperanza. Al igual que en otras crisis, la persona atravesará diferentes fases desde el impacto mismo del atentado, hasta la recuperación "total" y reconstrucción de su vida.

Nosotros como agentes psicosociales de ayuda, debemos proporcionar los cuidados necesarios en esos primeros momentos y enlazar con los recursos

adecuados para que, después de pasados los primeros momentos, la persona pueda normalizar su vida lo más rápidamente posible.

Los actos terroristas llevan asociados un componente único, y es que el temor que se supone unido sólo a los afectados en otras emergencias, en ésta se entremezcla también con el de los intervinientes. El clima de seguridad que hay que transmitir a las personas que necesitan ser ayudadas, se ve gravemente mermado por el miedo e intranquilidad que supone un atentado terrorista para la sociedad general, que incluye por supuesto, a los agentes de ayuda. Por ello, necesitaremos tener garantizada nuestra seguridad para desarrollar una intervención eficaz y ser capaces de transmitir más que nunca, nuestro apoyo y comprensión a los afectados. Por tanto, restablecer la sensación de seguridad física y el control sobre la propia vida será uno de nuestros objetivos de la intervención.

Al ser una situación que engloba todo el engranaje social del afectado, debemos formar e informar a otros profesionales sobre la importancia de realizar un esfuerzo especial de apoyo a tres niveles: biológico, psicológico y social. En este caso, ninguno es más importante que otro y así lo percibirán los afectados. Compete a los profesionales de la salud y del trabajo social, junto a las organizaciones cívicas, la realización de un esfuerzo especial de apoyo médico y psicosocial a todas las víctimas de atentados terroristas, a fin de asegurarles una asistencia médica, psicológica y social óptima que incluya la facilitación del reconocimiento social, que les permita la integración plena en la sociedad y la vivencia de que sus sufrimientos son debidamente valorados.

En sucesos donde los afectados son más de uno, los supervivientes pueden mostrar sentimientos de reproche o culpa por no haber perecido en el atentado. Muchos evitarán hablar de lo sucedido e incluso se negarán la realidad para manejarla mejor. Estos mecanismos de defensa sabemos que son normales y aparecerán en muchos de los afectados, pero también sabemos que estas reacciones que en principio son normales, pueden convertirse en patológicas si no se acompañan de una intervención eficaz en esos primeros momentos.

Más allá de los objetivos comunes a todas las situaciones de crisis como normalizar reacciones, proporcionar un clima de intimidad para expresar sentimientos, garantizar recursos y asegurar el enlace con fuentes adecuadas, en atentados terroristas se añaden otros factores a tener en cuenta, como puede ser la necesidad de ver un reconocimiento de los afectados por parte de la sociedad y la solidaridad de aquellos que pertenecen a su entorno y están también sufriendo, aunque indirectamente, el terror del terrorismo.

INTERVENCIÓN DE TANATORIOS

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Los objetivos de nuestra intervención en tanatorios no van a diferir mucho de los comunes en cualquier intervención en crisis. Es cierto que hay que fomentar algunos porque nos ayudarán a garantizar el éxito de nuestra intervención:

- **Reagrupar a los afectados en su entorno social:** La pérdida de un ser querido afecta a todos los miembros de una familia y es en ella dónde podremos encontrar el mayor consuelo y el mayor afecto. Sería absurdo que todos vivieran el dolor de forma aislada pudiendo apoyarse los unos en los otros.
- **Cubrir necesidades básicas:** En este caso, sobre todo deberán ser necesidades de información relacionadas con las actuaciones a llevar a cabo durante el velatorio, entierro y funeral.
- **Educar y normalizar reacciones:** Hay que legitimar el dolor, explicar qué puede sucederles en esos días y en días posteriores, cuales son los sentimientos que posiblemente tengan ya que no los reconocerán, serán nuevos para la mayoría de los deudos y sobre todo serán muy dolorosos. También sería conveniente explicarles las fases del duelo, describirlas y ubicarlas.
- **Evaluar el impacto potencial:** Es necesario conocer cuál puede ser el impacto a largo plazo de la persona para saber qué acciones debemos llevar a cabo y establecer el enlace adecuado con la red de salud mental.
- **Detectar acciones de riesgo:** Aunque normalmente no suceden acciones de este tipo, es cierto que la muerte de un ser querido es un hecho muy crítico en la vida de una persona. Es necesario evaluar posibles conductas de riesgo para así encauzarlas por la vía adecuada.
- **Establecer un seguimiento adecuado:** Como equipo de intervención inmediata, debemos extender nuestra atención exclusivamente a ese momento crítico, sin olvidar que el último paso debe ser enlazar con la fuente de asistencia necesaria momentos después del suceso.

REACCIONES PSICOLÓGICAS QUE PODEMOS ENCONTRARNOS

Las reacciones que nos podemos encontrar son muy diversas y variadas. Como hemos señalado anteriormente, la manera de externalizar los sentimientos dolorosos depende de muchos factores. Las reacciones a la pérdida de un ser querido varían mucho entre personas y entre uno mismo ya que hay muchas cosas que influyen en lo que sentimos ante esta

tragedia. Se han identificado varios elementos que explican la diferencia de reacciones que tienen las personas en la pérdida de sus seres queridos:

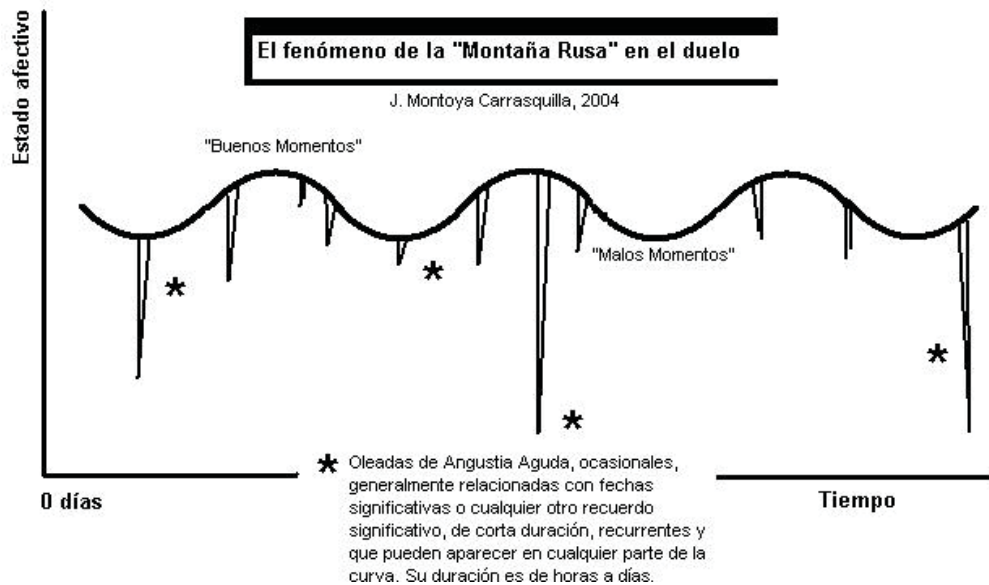
1. *Nivel de apego al ser querido fallecido*: Intensidad y calidad de la relación. Puede no sentirse lo mismo ante el fallecimiento de un hermano que de un primo lejano.
2. *Características de la muerte*: Si es una muerte prevista (enfermedad degenerativa, cáncer...) la intensidad de la reacción inicial no será igual que si es una muerte súbita.
3. *Personalidad*: Las características personales nos hacen comportarnos de diferente forma ante situaciones similares.
4. *Nivel de participación en el cuidado del paciente*: Si la persona ha estado cuidándole durante la enfermedad o acompañándole durante la misma, la reacción ante la muerte puede ser menos intensa (ya que probablemente o la esperaba o la deseaba).
5. *La duración de la enfermedad*: Si la enfermedad fue muy larga (mayor de 12 meses) es probable que nos resulte más difícil o sea más lento el recuperarnos; esto se debe al agotamiento que condujo un cuidado de enfermedad tan largo. Entre 6 y 12 meses de duración, es probable que el efecto no sea muy importante sobre el proceso de recuperación tras la pérdida. Menos de 6 meses, se relaciona con un buen resultado de duelo.
6. *Disponibilidad de apoyo social-familiar*: Si el deudo lo percibe como insuficiente, el proceso de recuperación puede ser muy difícil.
7. *Nivel de comunicación entre nosotros y nuestros familiares o amigos y viceversa*: Si no mostramos nuestros sentimientos y angustia a los otros y los otros hacen lo mismo, logramos construir una barrera entre ambos por la cual pasan algunas cosas y otras no. Perdemos el espacio para comunicarnos y mostrar dolor con esas personas que nos entienden tan bien.
8. *Crisis concurrentes*: Si suceden otros problemas al mismo tiempo, la recuperación puede ser bloqueada o aplazada para otro momento dado el consumo tan grande de energía emocional y física que conlleva el proceso de duelo.

También serán diferentes las reacciones dependiendo de la fase del duelo en que se encuentre la persona. Pueden presentarse de forma simultánea o sólo algunas por vez predominando unas sobre otras o escalonadamente. Las fases del duelo contextualizan y normalizan las reacciones que se pueden presentar durante el duelo:

- 1) **Aflicción aguda**: Se caracteriza por incredulidad, negación-

aceptación, confusión, inquietud, oleadas de angustia aguda (agitación, llanto, actividades sin objeto, sensación de ahogo, opresión, respiración suspirante, sensación de vacío en el abdomen, debilidad muscular, sofocos...), pensamientos obsesivos (repetición mental de eventos y de muerte) y síntomas físicos (sequedad de boca, temblor, trastornos de sueño y apetito, manos sudorosas, náuseas, palpitaciones, mareos, diarrea...).

- 2) **Conciencia de la pérdida:** A medida que los síntomas iniciales van perdiendo intensidad, la persona acepta la nueva situación. Está caracterizado por gran desorganización emocional, con la constante sensación de estar al borde de una crisis nerviosa. Se constata ansiedad por la separación del ser querido, estrés prolongado, culpa, agresividad, comportamiento de búsqueda y sintiendo la presencia del muerto, ensoñación y otras reacciones como incredulidad, frustración, etc.
- 3) **Conservación-aislamiento:** Es experimentada por muchos como el peor periodo de todo el proceso. Tiene características comunes con el trastorno depresivo como aislamiento (la persona quiere estar sola), impaciencia (siente que tiene que hacer algo útil para salir rápido de su duelo), fatiga y debilidad, repaso obsesivo, apoyo social disminuido y desesperación e impotencia.
- 4) **Cicatrización:** Aceptación intelectual y emocional de la pérdida, y cambio en la visión del mundo de forma que sea compatible con la nueva realidad. Sus características son: reconstruir la forma de ser ("volver a ser"), retomar el control de la propia vida, abandono de roles anteriores, búsqueda de significado (perdonando y olvidando) y descenso gradual de los efectos del estrés y aumento de la energía física y emocional.
- 5) **Renovación:** La persona ha realizado los cambios necesarios en su sentido y estilo de vida, ha recuperado su nivel normal de autoestima y ha logrado encontrar sustitutos y reemplazos. Aquí es donde aparecen las reacciones de aniversario (síntomas semejantes a los experimentados en fases anteriores).



ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

Muchas de las estrategias que vamos a nombrar, no son más que habilidades de cualquier intervención en crisis:

- Ofrecer la posibilidad de expresar el dolor en un espacio donde la persona se sienta acogida, tranquila y sin interrupciones. Con nuestra ayuda, podemos conseguir que reorganice sus pensamientos y de realidad a lo sucedido.
- Identificar sentimientos contrarios a los que se podría pensar como habituales. Muchas veces, tenemos sentimiento de rabia, ira y enojo con la persona fallecida y debemos informar que son completamente normales y encontrar el significado de los mismos ayudando al deudo.
- Ayudarles a que asuman o elaboren que la muerte es real. Si escuchamos activamente una y otra vez lo sucedido, les ayudará a reorganizar la muerte del ser querido.
- Facilitar la conexión con su vida anterior, informando que efectivamente no será igual.

- Informar de la conveniencia de expresar el dolor, acudir a los ritos funerarios, no tomar decisiones drásticas como cambiar de ciudad para evitar el dolor, etc. (por supuesto, siempre que el afectado lo acepte).
- Facilitar la despedida de la persona fallecida si no lo ha hecho aún.
- Normalizar sus sentimientos y sensaciones físicas.
- Evitar frases hechas del tipo: "sé fuerte por tus hijos", "es ley de vida"...
- Establecer contacto físico adecuado.
- No evitar nombrar al fallecido.
- Enlazar con fuentes de asistencia si se considera necesario.
- Informar de otros recursos a los que acudir pasado ese primer momento.

Existen unas reglas de duelo que convendría tener en cuenta:

1. Todas las personas no reaccionan igual ante la muerte de un ser querido.
2. Disimular nuestro dolor no conduce a nada positivo: bloquea la comunicación con otros familiares que pueden estar sintiendo lo mismo que nosotros.
3. Tras la muerte de un ser querido es normal que el mundo se vuelva caótico e inseguro.
4. Durante el duelo debe seguirse un control médico periódico para prevenir, tratar a tiempo o controlar ciertas enfermedades que pueden aparecer o empeorar.
5. Si existen factores de riesgo de un proceso de recuperación complicado o difícil, se debe consultar con un especialista.
6. La pérdida de un ser querido no se supera: uno se recupera de las pérdidas.
7. El proceso de recuperación tras la pérdida de un ser querido suele tardar entre 3 y 4 años.
8. La tercera fase del duelo es prácticamente idéntica a una depresión.
9. Uno de los aspectos más importantes para facilitar la recuperación de los adultos que han perdido un ser querido es la educación en duelo y la técnica más importante es la del hombro-oído-abrazo.

10. El revivir la experiencia (la causa de la muerte o lo que condujo a ésta) facilita la integración de la realidad de la pérdida (todo lo contrario de lo que la gente suele hacer).
11. El primer paso a dar cuando se quiere ayudar a alguien que intenta reponerse y recuperarse de la pérdida de un ser querido es el informarse, aprender la cultura del duelo.
12. ¿Se puede llorar? No sólo se puede, sino que además, es sano. ¿Porqué no llorar ante una situación que produce un dolor total?

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

¿QUÉ SE CONSIDERA UNA MALA NOTICIA?

Definimos como *malas noticias* aquéllas que alteran las expectativas de futuro de la persona.

Las malas noticias siempre son malas noticias, no podemos eliminar el dolor que producen. La tarea de comunicarlas es difícil y no es algo que nadie esté deseando realizar. Pero si aprendemos unas sencillas estrategias, el impacto psicológico será menor.

Una muerte esperada no reduce la aflicción pero, aparentemente sí favorece una mejor adaptación al suceso, quizás porque ha dado lugar a una paulatina preparación emocional a los cambios que ocurrirán.

Aunque, generalmente el que muere prefiere una muerte sorpresiva, para los que quedan, si ésta ha sido inesperada, constituye una fuerte sacudida, difícil de aceptar, la cual sorprende, aturde y entorpece la capacidad de comprender.

Hoy en día estamos preparados para múltiples situaciones que se nos presentan en la vida. Nos preparan para ritos como el matrimonio, nos enseñan a comportarnos en la mesa, a no hacer preguntas indiscretas. Sin embargo, nadie nos informa, prepara o asesora para un hecho tan impactante como es comunicar la muerte de un ser querido, hecho que probablemente tengamos que realizar alguna vez si participamos en una situación de emergencia o urgencia.

REACCIONES MÁS INMEDIATAS DE LOS FAMILIARES

Cualquiera que haya tenido que sufrir la muerte de un hijo (sobre todo si es menor), pareja o cualquier otro ser querido, sabe perfectamente que aunque

la vida continúe, le cambia su existencia, ya no es lo mismo, ve las cosas de manera diferente, valora las cosas desde otro punto de vista.

El impacto psicológico dependerá de:

- lo previsible o inesperado que fuera el acontecimiento (cuanto más sorpresiva, más difícil será de aceptar),
- la relación que nos una con el fallecido o lesionado gravemente (la muerte del cónyuge es generalmente más dolorosa que la de un tío lejano),
- la personalidad del oyente (una persona depresiva probablemente lo pasará peor que alguien muy optimista),
- el tipo de muerte (un asesinato con violación es mucho más impactante que un derrame cerebral),
- el contexto en que ocurra (no es lo mismo en periodo de guerra que en periodo de paz),
- la edad del que muere (probablemente la muerte de un hijo pequeño provoque un dolor mayor que el de cualquier otra muerte, es especialmente doloroso porque no se le verá crecer, porque no ha tenido tiempo de expresarle todo su cariño, todo su amor).
- otras experiencias que se haya tenido con la muerte de seres queridos,
- las creencias religiosas, etc.

El sentimiento más común es la pena. Las reacciones pueden ser muy diversas, las mismas variarán en cada caso concreto, pero si la noticia no era esperable, pueden darse las siguientes reacciones:

1. **Negación**, mediante preguntas o comentarios tales como *No es posible. Usted se debe estar confundiendo, mi hijo me ha llamado hace unas horas y me ha dicho que le tenga la cena preparada.*
2. **Sorpresa, estupor, aturdimiento, bloqueo, pánico, shock emocional**, pudiendo entrar en una crisis de ansiedad o quedar sumido en silencio y aturdimiento. *¿Por qué Dios ha permitido esto?, ¿Por qué me ocurre a mí esto?, ¿por qué, ahora que éramos felices?.*
3. **Incredulidad**, sentimientos de irrealidad como si formara parte de un sueño, como si se viera desde fuera, como si fuera una nebulosa: *No me lo puedo creer, no me entra en la cabeza, está tan llena de energía y vitalidad, pero si se iba a casar el mes que viene, tiene ya todo preparado. ¿Está usted seguro?. ¿No se habrá confundido?. Pero si esta mañana se ha despedido con un hasta la noche. No es posible,*

pero si hemos quedado para dentro de una hora. Pero si es un chico muy prudente, no bebe, no se mete con nadie.

4. **Sentimientos de honda soledad, impotencia, dolor y abandono.**
¡Qué desgracia!, no lo puedo creer, ¿qué voy a hacer ahora?.
5. **Sentimientos de culpa.** *¿Por qué lo dejé ir?, ¿Si hubiera sido yo quien fuera a realizar la gestión?. ¿Si no le hubiera comprado ese coche?.*

Todos estos sentimientos y emociones pueden manifestarse inmediatamente o con demora y en la intimidad.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

No existen fórmulas mágicas. No hay mejor manera, aunque sí maneras no adecuadas. Existe, si acaso, un método más o menos extendido y aceptado, pero no es el único ni es infalible. Consistiría en utilizar una técnica narrativa, es decir, ir contando desde el principio lo que ha sucedido.

Podríamos confeccionar una especie de guion que sería:

- Confirmar la identidad de nuestros interlocutores y de la persona.
- Presentarnos nosotros.
- Preguntar información de la que disponen.
- En función de la información que dispongan, comenzar la explicación de lo sucedido: *accidente, llegada de servicios de emergencia, técnicas de reanimación, resultado de las técnicas y desenlace.*

A partir de aquí ya no existen protocolos establecidos. La mejor intervención desde este momento va a ser darle a la persona justo lo que ella necesita, y la única manera de saber qué es eso es escuchando, en el más amplio sentido de la palabra (no sólo lo que dice, si no cómo lo dice, que expresa a través de sus gestos, qué dicen sus silencios,...) e ir ajustando constantemente nuestra intervención a las demandas realizadas.

Existe una serie de acciones a desarrollar durante todo el proceso de información de la mala noticia. Algunas acciones serán útiles antes de iniciar la comunicación, otras durante la comunicación y algunas cuando se haya dado la noticia:

Antes de iniciar la conversación:

- Tener registrado toda la información que pueda ser de utilidad (qué ha pasado, dónde, cuándo, cómo, con quién..).

Psicología de la Emergencia

- Establecer con el equipo qué persona está más cualificada para poder dar esta noticia (teniendo en cuenta la formación, experiencia y habilidades personales) y quién o quiénes le acompañarán.
- Asegurarse de la identidad de la persona fallecida y de la persona con la que se ha contactado (en algunas ocasiones se han producido errores en la identificación de las personas fallecidas, o de los grupos familiares).
- Buscar un espacio físico adecuado para poder dar la información al grupo familiar con la mayor confidencialidad posible. Este hecho también ayuda a prepararles de que van a recibir alguna mala noticia.
- Tener preparado material útil (pañuelos de papel, sillas, vasos con agua...)

Durante la información

- Empezaremos presentándonos y explicando cuál es nuestra misión. Seguidamente preguntaremos si saben el motivo por el que se les ha llamado, sin dar por sentado que se lo han explicado ya que la información ha podido distorsionarse.
- Intentaremos dar la información una sola vez a cada grupo familiar, ya que es la red familiar la más adecuada para poder dar contención en estas situaciones, y evitaremos tener que repetir varias veces la misma información.
- El mensaje debe ser claro desde el principio, utilizando el respeto y delicadeza en todo momento, con frases cortas y comprensibles.
- Averiguaremos qué información disponen y qué quieren saber realmente.
- A continuación, y a partir de la información que ellos expresen, les daremos un escueto detalle de los acontecimientos para informarles que entre las personas afectadas estaba su conocido o familiar y la situación en la que se encuentra (herido, fallecido, desaparecido).
- A partir de este momento pueden darse diversos tipos de reacciones (silencio, lloro, rabia, gritos...).
- Debemos mostrar interés, paciencia y seguridad en todo momento, respondiendo a sus preguntas de forma clara y franca y sobre todo, permitiendo espacios de silencio.
- No proporcionaremos falsas esperanzas, ni palabras de relleno. Responderemos a aquellas preguntas que nos vayan haciendo Evitaremos en todo caso la explicación de cualquier detalle que pueda aumentar su dolor, especialmente de los aspectos morbosos.

Después de comunicar la mala noticia:

- Nunca deberemos dejar a los familiares solos inmediatamente después de informarles de lo sucedido.

- Mostrar comprensión y respeto mediante una actitud empática ante las reacciones de los diversos familiares.
- Prestar atención a las necesidades que surjan (puede ser un buen momento para ponernos a su disposición).
- Ofrecer otras fuentes de apoyo (especialmente familiares y amigos) que puedan acompañar a la víctima.
- Finalmente deberemos analizar cómo nos ha impactado personalmente esta labor y valorar la oportunidad de continuar el trabajo o descansar en nuestras tareas de soporte emocional.

GESTIÓN DE ALOJAMIENTOS TEMPORALES

Día a día nos estamos enfrentando a situaciones cada vez más complicadas (huracanes, llegada de inmigrantes de forma masiva y en condiciones muy específicas, inundaciones, explosiones, ataques terroristas,...). En muchas ocasiones, el alojamiento más o menos temporal de las personas afectadas está siendo una constante en este tipo de trabajo. Por ello, uno de los lugares donde se ha realizar nuestra intervención de apoyo psicosocial son los albergues.

No es difícil pensar que con quien una persona está mejor es con los suyos. Los familiares, amigos, compañeros del trabajo,... son el primer punto de referencia al cual dirigir a la persona en caso de necesidad. Pero cuando esto no es factible por su ausencia, por la negación del propio interesado, por geografía,... es necesario plantear la reubicación de los afectados en albergues de mayor o menor duración en función de la situación a la que se enfrenten.

Los albergues temporales pueden ser:

AUTOALBERGUE PROVISIONAL:

La primera opción ante un colectivo que necesite albergue es la de sus propias familias, amigos u otras vinculaciones. Ese es el mejor escenario que se puede plantear por muchos aspectos. Entre otros, por los posibles trastornos psicológicos tras la vivencia una circunstancia tan anormal que se superan mejor en un entorno familiar o de amistad.

ALBERGUE COMUNITARIO:

▮ Albergues provisionales en espacios interiores

En este caso, se utilizan infraestructuras ya existentes: colegios, polideportivos, recinto ferial, etc). La acción consistirá en adecuar esas instalaciones dotándolas de los recursos necesarios para que se convierta en albergue temporal y garantizando a su vez las mejores condiciones de vida para la población afectada. Antes se han analizado las diversas posibilidades en la zona para la elección de posibles lugares en distintos puntos, y para ello es necesaria la coordinación con las autoridades locales e incluso con otras organizaciones implicadas.

▮ Albergues provisionales en espacios exteriores

La construcción de albergues en espacios exteriores debe ser la última propuesta ante un desastre que genere el desplazamiento de la población afectada. Una solución así conlleva altos costes económicos y gran cantidad de recursos. Además, la adaptación para la población afectada será difícil porque supone una ruptura brusca con sus condiciones de vida normales.

ALBERGUES SUSTITUTOS:

Generalmente, cuando el desastre afecta a pocas familias o las labores de reconstrucción de las viviendas afectadas van dando sus frutos y el número de personas damnificadas va descendiendo, la alternativa más válida es la del alojamiento en otra vivienda dispuesta por las autoridades locales hasta que la propia sea habitable o se decida qué hacer en el caso de desalojo permanente.

UN ALBERGUE DEBE...

1. Proteger contra el frío, el calor, el viento y la lluvia.
2. Dar seguridad emocional y de intimidad personal/familiar.
3. Dignidad. Espacio individual/colectivo. Espacios comunitarios.
4. Agua y saneamiento: agua para consumo, agua para la higiene personal, depósito y retirada residuos.
5. Seguridad. Pasillos de seguridad, extintores, alumbrado
6. Logística. Áreas de recepción.
7. Almacenaje y reparto mercancía.
8. Proporcionar sitios para el almacenamiento de pertenencias y protección

de bienes.

9. Promover la participación de las personas afectadas.

UBICACIÓN DEL ALBERGUE. FACTORES DE LOCALIZACIÓN.

La mejor opción ante la necesidad de organizar un albergue provisional es utilizar espacios cerrados: un albergue provisional interior. Su mayor ventaja es que será un espacio protegido y, probablemente, con áreas preparadas (baños, duchas, zonas independientes, etc.) lo que facilitará mucho la tarea.

Sin embargo, no siempre se da esa posibilidad y, en ocasiones, es necesario ubicar albergues exteriores. En ambos casos para elegir su localización es necesario tener en cuenta **que sean lugares fuera del área del riesgo** que originó el desastre o la amenaza.

AREAS DEL ALBERGUE. ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS.

El albergue ha de contar con una serie de áreas cuyas características dependen de varios factores como por ejemplo el tiempo que van a permanecer las personas albergadas o sus necesidades (si hay niños o no, etc.). No obstante aquí se prevé el máximo de áreas que debe tener un albergue provisional tanto en interior como en exterior.

- **ÁREA DE ADMINISTRACIÓN**
- AREA DE ABASTECIMIENTO. EL ALMACEN.
- AREA DE ALOJAMIENTO
- AREA DE COCINA
- AREA DE SALUD
- SALAS DE RECREO: BIENESTAR SOCIAL.
- AREA DE ASEOS.
- AREA DE SEGURIDAD.

DISEÑO DE UN ALBERGUE PROVISIONAL EN ESPACIOS EXTERIORES.

Cuando se diseña un albergue provisional en espacios exteriores se pueden tener en cuenta distintos criterios para ubicar las diferentes áreas

Basándonos en las recomendaciones de la OMS y del Proyecto Esfera (iniciativa que establece una serie de normas mínimas universales en las áreas más importantes de la ayuda humanitaria post-desastre, de modo que ésta vea mejorada su calidad) recogemos algunas opciones para distintos espacios:

ESPACIO DISPONIBLE POR PERSONA

- Entre 30- 45 m² por persona.

ESPACIO CUBIERTO POR PERSONA

- Entre 3,5 – 4,5 m² por persona

WC POR PERSONA (SANITARIOS)

- 1 WC por cada 20-30 personas.

LAVABO POR PERSONA

- 1 por cada 15 -40 personas

DUCHAS POR PERSONA

- 1 por cada 20-40 personas

NORMAS DE CONVIVENCIA

Las normas de convivencia deben ser establecidas en consenso por el equipo organizativo del albergue que habrá tenido en cuenta las características de la población (costumbres, cultura, religión, etc) y el suceso que ha originado la acogida.

Estas normas garantizan la convivencia entre las personas y el cuidado de las instalaciones destinadas para el albergue.

Los siguientes son los derechos y deberes de las personas albergadas:

DERECHOS DE LAS PERSONAS ALBERGADAS:

- No discriminación por razón de sexo, raza, ideología, edad, creencias, etc.
- Gozar de todos los servicios y actividades organizadas.
- Respeto a la dignidad e intimidad, teniendo asegurado la confidencialidad de sus datos personales.
- Información necesaria para la atención médica.
- Conocer las normas de funcionamiento establecidas.

DEBERES DE LAS PERSONAS ALBERGADAS:

- Tratar con respeto a todo el personal del albergue.
- Evitar conductas violentas y agresivas.
- Cuidar las instalaciones y mobiliario del centro.
- Responsabilizarse del comportamiento de las y los menores a su cargo.
- Respetar los horarios establecidos.
- Guardar silencio en las horas de descanso.
- Cuidar la higiene personal diariamente.
- Realizar las tareas encomendadas de limpieza y mantenimiento de las instalaciones (áreas de descanso personal y zonas comunes).
- No introducir bebidas alcohólicas ni otro tipo de sustancias tóxicas.

Intervención psicosocial con PERSONAS ALBERGADAS

Las razones por las que una persona puede necesitar ser albergada pueden ser muy variadas:

- ✓ Desastres naturales: como terremotos, inundaciones, incendios,...
- ✓ Conflictos bélicos en los que haya que dar refugio a poblaciones enteras
- ✓ Desastres tecnológicos: como una explosión en una gasolinera, intoxicación por inhalación de productos químicos, etc.
- ✓ Asociados al transporte y tráfico: Por ejemplo, un accidente de autobús que suceda a mucha distancia tanto del punto de origen como del de destino
- ✓ Otros: Edificios que se derrumban, atascos en la nieve,...

PRINCIPALES REACCIONES DE LAS PERSONAS ALBERGADAS

De todas las reacciones habituales en cualquier situación crítica podríamos destacar tres fundamentales. Estas serían las reacciones más características en estas situaciones (a ellas, por supuesto, se les pueden sumar cualquiera de las demás reacciones):

- ✓ Miedo
- ✓ Vulnerabilidad

- ✓ Duelo por la pérdida
- ✓ Ira

PAUTAS DE INTERVENCIÓN CON PERSONAS ALBERGADAS

En este caso, la intervención a realizar tiene dos fases perfectamente diferenciadas:

1.-Cubrir necesidades básicas:

- ✓ Proporcionar un lugar seguro donde refugiarse
- ✓ Cubrir necesidades de alimentación: proporcionar alimento y bebida a todos las personas albergadas.
- ✓ Eliminar sensaciones térmicas extremas

Sólo cuando las necesidades básicas están cubiertas, pasaríamos a cubrir las necesidades psicológicas.

2.- Cubrir necesidades psicológicas:

- ✓ Reagrupación familiar
- ✓ Neutralizar conductas peligrosas
- ✓ Ventilación emocional
- ✓ Facilitar información
- ✓ Control de la agresividad

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN ALBERGUES

La especial situación por la que atraviesa un colectivo de personas que, a causa de determinado acontecimiento traumático, debe alojarse por un tiempo indeterminado en un albergue en tanto se resuelve su destino, precisa, necesariamente, de una planificación estratégica que ofrezca adecuadas respuestas a las necesidades materiales y psicosociales originadas en el proceso de reorganización en su estacionaria nueva situación.

En este sentido, como paso previo, se deberán identificar las necesidades psicosociales originadas tanto por las vivencias experimentadas por el suceso causante de su estado como por las surgidas a raíz de su ubicación en el nuevo entorno, a fin de implementar programas de intervención que habrán de ser, siempre que sea posible, realistas, concretos, económicos, flexibles, carentes de estigmatización, respetuosos culturalmente y no medicalizados, debiendo formar parte del proceso el seguimiento sistemático.

Se deberá procurar que en la planificación y ejecución de los programas participen las propias personas albergadas y que tales programas promuevan el autocuidado de las personas afectadas, alentando el reforzamiento de los propios recursos.

Asimismo, por su vital importancia en la salud mental, se considerarán como prioridades la rápida reunificación familiar, la comunicación con los familiares separados y el apoyo al acogimiento familiar.

Todas estas acciones deben ser tendentes a normalizar de la manera más rápida posible la vida de las personas afectadas.

El tratamiento de la población albergada supone la satisfacción de necesidades primarias como el alojamiento, alimentación, la higiene y la seguridad física, así como la reunificación familiar, la ocupación con el trabajo y el ocio, la educación y la participación en grupos sociales. Estas necesidades básicas son el primer paso de la asistencia en salud mental, que será fundamentalmente preventiva, pues se encarga de movilizar las habilidades adaptativas y los recursos de la propia población albergada y no, prioritariamente, de tratar comportamientos anormales. Si no se ponen en marcha estas intervenciones preventivas, algunas personas afectadas pueden desarrollar alteraciones psíquicas con un grave deterioro de sus funciones.

La presencia de la familia supone un apoyo natural; el empleo beneficia considerablemente a las personas afectadas; las amistades y grupos de autoayuda ofrecen la posibilidad de ser utilizados como desahogo, intercambio de información y la eliminación de sentimiento de caso único; la participación en actividades culturales, educativas y deportivas son socialmente muy importantes, dado que abre la esperanza a un nuevo futuro. Siendo totalmente negativas la ociosidad, la pasividad y la dependencia, que afectan a las capacidades adaptativas de las personas albergadas.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA ORGANIZACIÓN:

Recopilación de datos sobre el incidente que origina la operación.

- Tipo de suceso y nivel de impacto.
- Lugar, fecha, hora.
- Información sobre las pérdidas humanas y materiales.
- Tipología de los afectados objetos de la intervención, número y estado.

Evaluación psicosocial de las personas albergadas.

- Análisis orientativo.
- Procedimientos para la evaluación in situ.

Cálculo de necesidades a nivel psicosocial.

- Inmediatas y a corto plazo.

Establecimiento de objetivos.

- Fijar prioridades.

Recursos necesarios

- Intervenientes.
- Aspectos estructurales y funcionales del albergue.
- Aspectos materiales de apoyo.

Intervención psicosocial.

- Normas generales de funcionamiento.
- Establecimiento de fases de intervención.
- Distribución de áreas de actuación, tareas, turnos...
- Coordinación operativa con otros sectores intervenientes (sanitario, logístico).
- Enlaces con otros recursos externos.
- Actuación directa.
- Estabilización del entorno.
- Plan de aproximación.
- Acogida y primer contacto.
- Acompañamiento.
- Establecimiento del apoyo y seguimiento.
- El primer paso para ayudar a las personas afectadas a afrontar los efectos

de la acción traumática, después de cubrir las necesidades primarias, es la información acerca de las reacciones normales a los traumatismos, y sobre la evolución de los mismos.

- Recogida de información específica. Identificación de las víctimas más afectadas y grupos de riesgo.
- Elaboración de un programa de actividades (preventivas - de ocio, educativas, etc.) en función del tiempo previsible de actuación.
- Promoción de grupos de amigos y de autoayuda
- Orientación y seguimiento de intervinientes.
- Oferta de recursos existentes.
- Derivación.
- Elaboración de informes.
- Establecimiento de procedimientos de información a familiares y a la población en general (Medios de Comunicación).

Mecanismos para la reevaluación.

- Aspectos bio – psico – sociales.

ELABORACIÓN DE CENSOS Y REGISTROS DE DAMNIFICADOS

El albergue provisional, por muy bien dotado que esté de material, necesita además *estar* y *parecer* bien organizado.

El *estar bien organizado*, hace referencia a las cuestiones materiales, de protocolo, de comunicación, de la jerarquía a la hora de la solución de problemas...

El *parecer bien organizado*, hace referencia a la validez organizativa aparente. Debemos prestar atención a como nos perciben las personas usuarias del albergue, familiares, medios de comunicación, representantes políticos y un largo etcétera de personas que por una u otra razón se acercan al lugar donde estamos.

¿Y qué tiene que ver esto con los censos?, pues mucho, no sólo es importante tener una herramienta que nos permita identificar a las personas damnificadas, evaluar daños, posibilitar la reagrupación familiar y contribuir a la organización del albergue, sino además debemos dar a entender que ese trabajo lo dominamos.

El censo no se ha de basar en una mera ficha de recogida de datos, sino que es un primer paso para mostrar al usuario seguridad e incluso poner en práctica los primeros auxilios psicológicos. Mostrar seguridad, confianza, escuchar a la persona que se acerca (quien, muy probablemente, considerará a quien haga el censo una de las primeras personas con las que puede hablar de lo acontecido).

Aunque no se recomienda ningún modelo concreto, es necesario contar con dos cuestionarios claramente delimitados. Por un lado un *registro de entrada* y por otro, una *ficha social*.

- El registro de entrada debe contemplar como mínimo los datos personales de cada una de las personas que entran en el albergue.
- La ficha social es el soporte documental en el que se recogen los datos imprescindibles para dar una respuesta eficaz a la situación de la persona.

Se sugiere crear una base de datos en soporte informático, lo que permite dar una respuesta prácticamente inmediata de la situación individual de las personas albergadas y analizar fácilmente los datos generales.

Además, la recogida de datos se puede organizar con voluntarias y voluntarios en un número determinado por el volumen de personas damnificadas, de tal manera que por grupos haya una persona de referencia encargada de solucionar problemas organizativos y todas las dudas que puedan surgir.

Lo ideal sería que cada voluntario o voluntaria tenga a su disposición un ordenador donde introducir los datos directamente y que estuviera conectado a una red para así tener en todo momento UNA ÚNICA BASE DE DATOS. Pero si no es posible, la recogida de datos se hará a mano y se informatizará lo antes posible.

Bibliografía:

- Andrés, R. (2002). Comunicarse efectivamente con aquellos en crisis: En R. Andrés (Ed.), *Intervención Psicológica en situaciones de desastres y emergencias*. San Sebastián: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Cruz Roja Española. Obra colectiva (2009). Equipo de Respuesta Inmediata en Emergencias (ERIE) de Intervención Psicosocial. Manual del interviniente.
- Moreno, R. (2003). *Intervención psicológica en situaciones de crisis y emergencias*. Madrid: Dykinson.
- Parada, E, (2005). Comunicación con el accidentado durante las operaciones de rescate, y primeros auxilios.: En J. M. Millán (Ed.). *Apoyo Psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Pirámide.
- Valero, S. (2000). *Intervención Psicológica en emergencias y desastres*: En S. Valero (Ed.), *Psicología en emergencias y desastres*. Lima: Editorial San Marcos.

“INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN SITUACIONES TRAUMÁTICAS”

Natalia Lorenzo Ruiz

España

nlorenzo@telecable.es / info@natalialorenzo.es

1. DEFINICIÓN DE TRAUMA. TIPOS. EVALUACIÓN. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Existen muchas definiciones de *trauma* en sus dos vertientes (como hecho extremo impactante y como reacción humana ante este hecho) en la literatura acumulada desde que en la *Ilíada* hubiera la primera descripción pormenorizada de la respuesta psicológica a hechos traumáticos.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) han cambiado el concepto de trauma del que han partido en cada nueva versión.

Concepto de Trauma

1. Una experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona, asociada con frecuencia a vivencias de caos y confusión durante el hecho, fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia o desconcierto.
2. Que tiene un carácter
 - Inenarrable, incontable
 - Incomprensible para los demás
3. Que quiebra una o más de las asunciones básicas que constituyen los referentes de seguridad del ser humano y muy especialmente las creencias de invulnerabilidad y de control sobre la propia vida.
 - La confianza en los otros, en su bondad y su predisposición a la empatía
 - La confianza en el carácter controlable y predecible del mundo

Tipos de trauma

Los sucesos traumáticos pueden ser naturales (terremotos, inundaciones, etc.), accidentales (incendios, accidentes de coche, choques de trenes, etc.) o intencionados (agresión sexual, atentado terrorista, secuestro, tortura, muerte violenta de un familiar, etc.). Es en este último caso cuando el trauma resulta más grave y duradero.

Lo que agrava la vivencia traumática en el caso de los sucesos intencionados es la percepción de indefensión y la pérdida de confianza en el ser humano, así como la aparición de sentimientos de ira o de venganza. Al tratarse de un suceso que desborda las expectativas normales de un ser humano, las estrategias de afrontamiento para superar el estrés son más difíciles de poner en marcha en estas circunstancias.

Algunos tipos de trauma que podemos describir son:

- Agresiones sexuales en la vida adulta
- Abuso sexual en la infancia
- Violencia en la relación de pareja
- Muerte violenta de un hijo
- Terrorismo, secuestros y tortura
- Catástrofes y accidentes

Evaluación del trauma

El objetivo de la evaluación psicológica en la víctima de un suceso traumático es valorar el tipo de daño psicológico existente para orientar a la persona afectada hacia el tratamiento adecuado, así como para determinar las secuelas presentes a efectos de la reparación del daño causado.

Algunas pruebas específicas que se pueden utilizar para evaluar el trauma son:

- Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGS) (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)
- Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1982)

- Inventario de depresión (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) (versión española de Vázquez y Sanz, 1997)
- Escala de valoración de la depresión (HRS) (Hamilton, 1960) (versión española de Conde y Franch, 1984)
- Escala de autoestima (EAE) (Rosenberg, 1965)
- Escala de inadaptación (EI) (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)

Criterios diagnósticos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales considera un hecho traumático como aquella experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física de una persona y ante la que la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. Tras haber experimentado, presenciado o escuchado un hecho de este tipo pueden aparecer una serie de síntomas que escapan al control del superviviente y que le crean un profundo sufrimiento psicológico.

Entre las consecuencias más comunes están el sufrir un estado elevado de ansiedad, con irritabilidad, predisposición a dar respuestas de alarma por motivos menores, pesadillas, imágenes invasivas que aparecen repetidamente en la conciencia y provocan una gran angustia, sensaciones de extrañeza e irrealidad, percibir una barrera emocional que separa a la persona del mundo, tristeza, desesperanza, vivencias de culpa por no haber sabido evitar el peligro o por haber sobrevivido etc. Este tipo de síntomas son extraordinariamente frecuentes y en diversos estudios epidemiológicos, cerca de la mitad de las personas que han experimentado un hecho traumático severo (accidente de tráfico, detención, tortura, agresión sexual, catástrofe natural, ser testigo de atrocidades...) sufren uno o más de ellos.

Estos síntomas son respuestas naturales del cuerpo humano ante una agresión de extraordinaria importancia, y son intentos por recuperar la homeostasis, del mismo modo en que la fiebre, la tos o las agujetas constituyen manifestaciones dolorosas de los intentos de recuperación del equilibrio del cuerpo humano ante diferentes noxas. Hay, por tanto, una cierta base biológica para este tipo de respuestas que hace que aparezcan síntomas relativamente similares, especialmente los denominados de carácter *intrusivo* en casi todas las culturas y contextos.

La psiquiatría euroamericana ha agrupado, por consenso de especialistas, algunos de estos síntomas y ha pasado a considerarlos una enfermedad a la

que ha denominado *Trastorno de Estrés Post-traumático*.

El DSM 5 (APA, 2013) define el trastorno por estrés postraumático como:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por

una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal," "No puedo confiar en nadie," "El mundo es muy peligroso," "Tengo los nervios destrozados").
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.

3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si: Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si: Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

2. BASES EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN TRAUMA

La comunicación es un elemento básico en las tareas de ayuda, por lo que hay que ser especialmente cuidadosos con las víctimas, respetando sus necesidades y modos de elaboración, ya que, si la persona vive la relación como una intromisión, rechazará la ayuda que se le ofrece. Para facilitar el necesario diálogo hay que aprovechar la necesidad de hablar, que suele ser un elemento común en las personas afectadas.

La víctima se encuentra en una situación de crisis personal y necesita expresar su desconcierto, en un intento de reubicarse y encontrar respuestas, mientras trata de recuperar su mundo y sus vivencias. Persigue recuperar quién es, con el deseo de retornar a su propia identificación. Necesita que las personas que ellas invisten de autoridad les informen de las sensaciones nuevas y desconocidas que están percibiendo como espectadoras de sí mismas.

De ahí la importancia de transmitir, desde el primer momento, la idea de normalidad y nuestra confianza en que la persona va a recuperar la suya, para poder desarrollarse de modo autónomo.

Debemos pretender establecer la relación de ayuda considerando los siguientes factores:

- **Receptividad**

La comunicación plena se establece cuando ponemos de manifiesto nuestra disposición y atención hacia la persona con quien nos pretendemos comunicar. Sólo de este modo podremos generar una sintonía adecuada. Contactar es una habilidad necesaria en cualquier tipo de relación de ayuda. La víctima debe sentirse apoyada para que acepte nuestra ayuda por lo que se ha de llevar a cabo con comprensión y cuidado, sin resultar invasivos. Se deben emitir mensajes claros y potenciar la misma actitud en la víctima. Esto se consigue escuchando, devolviéndole algunos mensajes que manifiesta y considera relevantes. Las personas perciben el interés por ellas cuando existe una sintonía entre lo que expresamos y los elementos no verbales, junto con la actitud general.

Debemos cuidar el tipo y nivel de lenguaje que utilizamos, de tal manera que los mensajes sean claramente comprensibles. Siempre supone una sensación cómoda y gratificante para la víctima el captar que se la acepta como es, más allá de actitudes oficialistas o formalismos, que suelen ser fríos o estereotipados. Las víctimas de sucesos violentos suelen rechazar a personas que mantienen actitudes frías y distantes.

En esta primera intervención hay que tener muy claros los objetivos que consisten en aliviar, propiciar la ventilación y tratar de estabilizar a la persona afectada desde la sensación de control de los síntomas.

- **Escuchar**

La necesidad de escuchar y ser escuchadas es tan obvia que la olvidamos con frecuencia. Experimentamos sensaciones agradables cuando se nos presta atención, mucho más si alguien intenta comprendernos. El persistente deseo de ser comprendida adquiere una mayor dimensión cuando una persona se encuentra en crisis. Por otra parte, no podemos conocer si no escuchamos, y es necesario saber cuál es la posición desde la que la persona a la que pretendemos ayudar contempla el mundo y todo cuanto le ocurre.

Al estudiar el factor de comunicación, se ha observado la motivación que supone para la víctima el sentirse escuchada. Es interesante hacer hincapié en lo determinante que es este factor, también como incentivo, para el profesional, desde el momento en que otorga una sensación de estar cumpliendo la tarea con eficacia. Un trabajo que va cumpliendo sus objetivos genera bienestar y nos distancia de cualquier desmotivación (clave para entender el síndrome de desgaste profesional), especialmente en personas que trabajan con víctimas. A la tarea asistencial, y más si se lleva a cabo con personas que sufren, no le faltan momentos de tensión y de dramatismo, por lo que parece indispensable encontrar en ella aspectos gratificantes que faciliten un reforzamiento desde una práctica eficiente que aporte resultados.

Se ha de dominar el flujo de comunicación para poder navegar en él y que no suponga un ámbito de inseguridad permanente. Debe ser una escucha activa, comprensiva, elaborando información, devolviendo en espejo los planteamientos. Cuando se consigue una comunicación adecuada, se puede establecer una relación auténtica. Con ello ofrecemos a la víctima nuestra actitud de apoyo eficaz, ya que es uno de los componentes elementales del soporte afectivo/efectivo.

Este factor, que se pone en marcha desde el primer encuentro, es fundamental, ya que puede generar una sensación agradable en quienes participan en la relación y facilitar la aceptación mutua. Por otra parte, si el primer contacto es productivo, será un estímulo para la comunicación futura.

- **Respeto**

Es necesario considerar los esquemas y creencias propios de la víctima de un suceso traumático, por alejados que resulten de los nuestros. No podemos reaccionar ante sus planteamientos en términos personales, es decir, en función de nosotros/as mismos/as. Nuestra función no consiste en buscar un trasunto nuestro, sino que debemos conocer y aceptar modos diferentes de elaboración cognitiva.

Hay que desarrollar un estilo de aceptación de los planteamientos de la víctima, sin cuestionar aspectos que pudiéramos considerar incoherentes o absurdos. No se trata de tener razón, sino de ayudar a la persona; o, dicho

de otro modo, de no imponer nuestras conclusiones, sino ayudar a que ésta pueda desarrollar las que considera que son suyas.

- **Empatía**

Debemos prestar atención a los datos, más o menos objetivos, que aporte la víctima y, del mismo modo, a su subjetividad. Desde este punto de vista, resulta básica la capacidad para ponernos en su lugar, que conduce a conectar también con sus sentimientos y emociones.

Nuestra actitud ha de ser atenta pero imparcial, sin que nos dejemos sugestionar por ella, especialmente si pudiera hacernos perder la objetividad. No resultan útiles las posturas de hostilidad, sobreadaptación o actitudes paternalistas por el riesgo de caer en manipulaciones, cuando no de infantilizar a la víctima desde la sobreprotección. Podemos ser, deberíamos ser, personas de confianza para la persona afectada, pero nunca haciendo dejación de nuestro estatus y deberes profesionales, por cuanto supondría un debilitamiento de nuestra capacidad de ayuda.

Es importante tener claro que después de entrar en el mundo de la víctima hay que saber salir de él, por el riesgo que supone la sobreimplicación al encontrarse ante el sufrimiento. Si bien no es criticable el acercamiento a las víctimas, conviene no olvidar que una excesiva inmersión en el mundo de éstas podría dar lugar a que el propio profesional hiciera suyo el mismo sufrimiento que desean paliar; y, si llega a darse esta situación, es recomendable un distanciamiento, al menos momentáneo, de estas funciones.

El enriquecimiento se da en cualquier relación de ayuda basada en una comunicación intensa y empática. Supone la confrontación con el mundo del otro, otro mundo que permite ampliar el nuestro. Por ello, una relación constructiva y veraz, sin estrategias más allá de los objetivos que la motivan, actúa como catalizador, activando los recursos internos de cada uno.

- **Comprensión**

Un aspecto muy importante es tener muy claro nuestro papel en la relación que se establece. No confundir nuestro rol con el de juez. Hay que tener muy clara la relación que se establece para no emitir juicios ni valoraciones, porque ello denotaría como, sin ser muy conscientes de ello, nos estamos asentando en una situación de superioridad. Por otra parte, si la víctima llega a sentirse agredida, podemos estar activando la necesidad de defenderse, situación que distorsionaría la propia relación y le llevaría a una utilización ineficaz de sus recursos.

En nuestra tarea asistencial es muy importante la autenticidad en el contacto humano. La autenticidad mejora la comunicación, además de resultar contagiosa. Permite una mejor calidad en el contacto, desde el cual la víctima se muestra más abordable, y facilita la comunicación con quien intenta ayudarle.

- **Reforzamientos**

Se trata de potenciar respuestas y actitudes positivas en detrimento de aquellas no adaptativas que suponen un coste innecesario. Tras los pasos anteriores se llega a un conocimiento adecuado del paciente, con el fin de desarrollar sus propios recursos.

En la misma línea, pretendemos incorporar al paciente en el proceso como sujeto activo, considerando sus propias propuestas o alternativas y decisiones. Creer en él para que comience y continúe creyendo en sí mismo. Por ello, es fundamental el reforzamiento de toda actitud o planteamiento útil para nuestros objetivos.

Hay que conocer la nueva situación para elaborar los mecanismos que son útiles en ella. Los pacientes que se adaptan antes al nuevo marco comienzan antes a recibir los efectos positivos del mismo.

Hay que tener siempre presente que nuestra meta ha de ser la continuidad en su trayectoria.

3. MODELO TERAPÉUTICO DEL TRAUMA

Elementos generales de entrevista

Se presupone que el terapeuta dispone de práctica en habilidades básicas de escucha, habilidades de acompañamiento y guía y habilidades generativas.

Hay tres elementos de sobra conocidos por la mayoría de terapeutas, pero que merecen una breve consideración especial:

Actitud corporal

El cuerpo subraya a las palabras. En consecuencia, resulta relevante tener una actitud corporal que facilite la comunicación. El terapeuta debe mostrar, por lo general, un "cuerpo abierto":

- Orientado hacia la persona, procurando que, por lo general, lo primero que se vea no sean brazos y/o piernas cruzadas.
- Cuerpo hacia delante, acercándose al otro, mejor que hacia atrás, alejándose.
- Cuerpo de frente, cara a cara, mejor que de lado, como colocando una barrera.
- Actitud de comprensión.
- Contacto con la vista como signo de aceptación y de escucha.

- No rehuir en ciertos momentos el contacto físico con las manos (manos en el hombro o tomando las manos del otro), aunque con prudencia. Un contacto prematuro o a destiempo puede ser vivido como una invasión del espacio personal.
- Dar signos de atención (afirmar con la cabeza, con la mirada, alguna anotación, alguna expresión verbal), que animen a la persona a sentirse cómoda hablando.

Estos elementos se van regulando durante la entrevista. En ocasiones el terapeuta se aleja y muestra una mayor distancia o evita mirar directamente y dirige su mirada hacia otro punto, lo que permite a la persona replegarse, no sentirse tan observada y poder hablar con un mayor espacio psicológico de intimidad cuando está contando temas embarazosos. En otras se enfatiza, con el cuerpo o la cara, una tensión narrativa y la necesidad de continuar y profundizar en esta línea reforzando de manera positiva el esfuerzo que realiza la persona.

Partir de cero

Muchas situaciones traumáticas conllevan elementos éticos que implican y condicionan el vínculo terapéutico. Sólo es posible establecer una relación de ayuda cuando no se actúa en función de estereotipos.

Es importante no establecer estereotipos a partir del modo en que viste, cómo entró en la consulta o las cosas que consten en informes periciales o forenses, elaborados desde puntos de vista distintos a los de un terapeuta.

Uso del silencio

En la terapia de situaciones traumáticas el manejo de los silencios resulta un elemento especialmente difícil y de mayor relevancia que en otro tipo de situaciones terapéuticas. En la consulta se desgranar situaciones horribles, angustiantes, cuestionadoras. El propio terapeuta puede sentirse horrorizado por la narración. Manejar el horror es, ante todo, un ejercicio de autocontrol. Es un espacio común que cuando la persona llora, habla con voz entrecortada, se interrumpe o parece bloquearse, es necesario sustraerse a la tentación de decir obviedades ("es horrible", "la vida es así", "lo importante es que está viva", "no vale la pena mirar atrás", "hay que tener resignación").

Aguantar el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona el tiempo que sea necesario sin perder la calma es una de las habilidades básicas en esta situación.

¿Puede un terapeuta llorar?

En determinados contextos llorar es un signo de salud mental del terapeuta. Raramente va a influir de manera negativa en el curso de la terapia y en la

mayoría de ocasiones supondrá incluso un refuerzo del vínculo terapéutico. No poder, puntualmente, reprimir el llanto es un signo perfectamente tolerable de apertura de uno mismo.

Convendrá dedicar posteriormente un tiempo a reflexionar qué elementos de la historia personal se han visto removidos por la narración del superviviente y si estos son de suficiente envergadura como para dificultar la objetividad terapéutica y el trabajo posterior. En la mayoría de casos se tratará, probablemente, de una reacción normal de empatía sin mayores complejidades.

Sufrimiento psicológico: el factor tiempo

Uno de los mayores riesgos de la terapia de situaciones traumáticas es no valorar adecuadamente el factor tiempo. Es necesario ser muy cuidadoso en no abrir temas que no sea posible garantizar que van cerrarse en la misma sesión y que van a poder seguirse en sesiones siguientes. Hay un pacto (explicitado entre ambos, o implícito y en el que el paciente confía) de que éste no va a salir de la consulta peor de lo que entró.

El carácter intransmisible del hecho traumático

Una de las características que definen el hecho traumático es su carácter de experiencia incommunicable, inexplicable, incomprensible. Decir "*le entiendo*" o "*imagino por lo que ha pasado usted*" es inadecuado, y además, falso. Es improbable, ni siquiera en el supuesto de que haya sufrido el propio terapeuta un hecho traumático similar, que pueda "entender" los sentimientos y emociones de la persona. Cada persona es, en este sentido, diferente.

Es fundamental reconocer y partir de esa imposibilidad básica.

Incomunicabilidad de la vivencia del trauma

Para poder "escuchar" y "acompañar" no es necesario "entender". Aunque sería un recurso fácil, el terapeuta debe evitar cuidadosamente decir que "entiende" por lo que ha pasado la persona o que "imagina" lo que puede sentir. La experiencia traumática es, por definición, inenarrable. En este sentido lo honesto (y lo terapéutico) es reconocerlo así.

Fases del trabajo terapéutico

1. Exploración, formulación de pautas problema y pacto terapéutico
2. Trabajar con las emociones
3. Pacto de Objetivos
 - a. *Sentar objetivos realistas*

b. Definir el cambio esperado

- Normalización y clarificación. Educación para la salud

4. TÉCNICAS ESPECÍFICAS TERAPÉUTICAS. RECUPERACIÓN DEL TRAUMA Y CONTINUACIÓN

Elementos para una psicoterapia positiva de las situaciones traumáticas.

DEFINIR Y PACTAR EL CAMPO TERAPÉUTICO
Trabajo con SUPERVIVIENTES de hechos traumáticos

<p style="text-align: center;">DETECTAR RECURSOS PROPIOS</p> <ol style="list-style-type: none"> Enfatizar en la narrativa del hecho traumático los elementos positivos o de fortaleza. Devolverlos y constituirlos como valores de cambio. Detectar estrategias de afrontamiento propias y potenciarlas. Aprender de las excepciones. Aprender de situaciones pasadas <ul style="list-style-type: none"> Por semejanza Por diferencia 	<p style="text-align: center;">COMPARACIÓN POSITIVA</p> <ol style="list-style-type: none"> Explorar expectativas previas (¿catastróficas?) y realidad. Explorar posibles elementos de comparación social positiva. Compararse con otros en hechos, reacción, situación posterior. 	<p style="text-align: center;">EXPLORAR CAMBIOS VITALES POSITIVOS</p> <ol style="list-style-type: none"> Cambios positivos en el concepto que tenía de sí mismo. Cambios positivos en el concepto de personas significativas. Cambios en la escala de valores en la vida. Cambios en las creencias. Cambios en el nivel de compromiso ético y social.
<p style="text-align: center;">DETECTAR SIGNOS DE CAMBIO</p> <ol style="list-style-type: none"> Detección de emociones positivas durante la terapia además de las negativas. Detección de signos de mejoría y establecer un horizonte de cambios positivos. Utilizar modelos significativos de cambio positivo. 	<p style="text-align: center;">BALANCE EMOCIONAL</p> <ol style="list-style-type: none"> Ayudar a evocar posibles emociones positivas durante el hecho traumático ("mi familia estaba bien") que puedan colocarse junto a las negativas ("cuando vi que lo había perdido todo en el incendio"). Balance de elementos positivos y negativos en la respuesta a los hechos (no los hechos). Uso de autoinstrucciones positivas para enfrentar pensamientos destructivos o catastrofistas. 	<p style="text-align: center;">PROMOVER CAMBIOS VITALES POSITIVOS (reflexión conjunta o con lecturas de tipo humanista)</p> <ol style="list-style-type: none"> Valores existenciales (no necesariamente religiosos). Prioridades en la vida. Vínculos afectivos. Sentido del sacrificio y el dolor. El valor de los placeres cotidianos. El sentido de la libertad.
<p style="text-align: center;">PROMOVER EL OPTIMISMO DISPOSICIONAL</p> <p>Expectativas de cambio positivo. Confianza en las propias posibilidades frente a la adversidad.</p>	<p style="text-align: center;">PROMOVER LA RESISTENCIA</p> <ol style="list-style-type: none"> Sentido de compromiso y reto frente las adversidades. Flexibilidad y aceptación del cambio como el estado natural de las cosas. 	

Recuperarse de un trauma implica un largo proceso. Del mismo modo que las reacciones individuales ante un acontecimiento traumático son muy variables, la duración del proceso de recuperación y las fases del cambio están sujetas también a muchas diferencias individuales.

La recuperación del trauma es un proceso único. Las experiencias de los demás son sólo un punto de referencia. Lo importante es identificar el camino de cada víctima, independientemente de que la duración del proceso y las fases del cambio puedan no coincidir con las de otras víctimas. El trauma se soluciona sólo cuando la persona es ya capaz de abrirse a nuevas experiencias.

Además de procurar comunicarse mucho con otras personas, la víctima debe mimarse un poco, no cerrar nunca la ventana de la esperanza, dejar la actuación del paso del tiempo, posponer cualquier decisión trascendental hasta haber recuperado la estabilidad anímica, no perder el humor y tratar de ponerse un reto cada día.

INDICADORES POSITIVOS DE RECUPERACIÓN

En el caso de que la víctima haya recibido un tratamiento psicológico, la recuperación es más probable cuando hay una asistencia constante de la víctima a las sesiones de tratamiento y cuando se llevan a cabo de forma regular las prescripciones terapéuticas. Ocurre, a veces, que las víctimas con un mejor funcionamiento completan el tratamiento, mientras que las que están más necesitadas de él lo abandonan (Hembree, 2003).

Un indicador positivo del proceso de mejoría de la víctima es cuando se recupera la expresión verbal de los sentimientos y se pone orden en el caos de las imágenes y recuerdos del suceso traumático. A veces, y más allá de las palabras, la reaparición de expresiones de afecto gestuales, como sonrisas, o físicas, como abrazos o besos, es una señal de recuperación.

Más allá de cambios espectaculares, la recuperación está presente cuando la víctima se implica en una dieta regular de placeres y deleites simples: una compañía agradable, una comida sabrosa, una lectura interesante, un paseo por el parque o al borde del mar, un espectáculo entretenido, una música grata, una charla amena o una risa a pierna suelta. Todo ello contribuye a imprimir un significado a la vida de una persona.

De este modo, la víctima comienza a recuperar la capacidad de sorprenderse y a mirar lo de siempre con ojos nuevos, a poner interés en las actividades que se hacen cada día y a fijarse unas metas concretas que es posible conseguir. Ver el lado positivo de la realidad ayuda a una persona a desembarazarse de las espinas de la vida cotidiana. El objetivo fundamental es aprender a corregir la mirada para centrarse en los recuerdos agradables y en

la parte positiva de la realidad.

A ello se llega cuando la víctima considera ya el suceso traumático como algo pasado que forma parte de su historia personal. Se consigue a veces transformar el odio en energía positiva cuando se cuenta con una red de apoyo social, se forma parte de un grupo solidario o se recurre a la espiritualidad, como un pozo de agua en el desierto, en busca de consuelo. Una muestra de ello puede ser, por ejemplo, donar los órganos de una persona asesinada (por ejemplo, en el caso de una víctima de una agresión sexual o de terrorismo): se responde en este caso a la muerte con la vida. Ayudar a los demás aumenta la autoestima y distrae a uno de su propio dolor, con una mejoría en otros síntomas (dormir mejor, sufrir menos de ansiedad, etc.). Las conductas altruistas son un medio para mantener relaciones afectuosas, comunicarse y convivir.

En este sentido, los grupos de autoayuda pueden desempeñar un papel muy significativo, pero sólo para algunas personas. Hay víctimas, sin embargo, que se recuperan mejor del trauma cuando cuentan con la ayuda de una red de apoyo social natural, sin necesidad de estar integrados en ese tipo de grupos. En estos casos, los grupos de autoayuda, en la medida en que está presente de forma permanente el dolor de lo sucedido a otras personas, pueden constituir una rémora en su proceso de recuperación.

Pero la sociedad tiene también unas obligaciones con las víctimas. De hecho, la evolución positiva es más probable cuando la víctima ha recibido una reparación moral (como detener a los agresores, estar al corriente de su situación penal o desmontar las calumnias habidas, como que el asesinado era un chivato o una persona de vida desordenada, etc.) y obtenido una indemnización económica justa. La sociedad debe posibilitar un tratamiento psicológico o médico a las víctimas necesitadas, así como adoptar medidas preventivas: vigilar las zonas conflictivas (en el caso de la policía), ser rigurosa en la concesión de libertades provisionales o condicionales (en el caso de los jueces), etc. Pero, sin duda, lo más importante es restablecer la dignidad y la memoria del fallecido. Sólo así se puede actuar frente al sufrimiento intenso y a la sinrazón moral de lo ocurrido.

Una pregunta que atormenta a muchas víctimas es por qué se olvida lo que se quiere recordar y se recuerda lo que se desea olvidar. En general, contar con actividades alternativas y estar dispuestos a olvidar, sin llegar a obsesionarse por ello, es adecuado: las nuevas experiencias tienden a debilitar a las antiguas.

INDICADORES NEGATIVOS DE RECUPERACIÓN

En general, los factores más problemáticos para la recuperación de

la víctima son la inestabilidad emocional anterior al suceso y la duración prolongada de la exposición a los estímulos traumáticos, como ocurre, por ejemplo, en las situaciones de abuso sexual intrafamiliar en la infancia.

Cuando ocurre un suceso traumático, el riesgo más alto de sufrir una cronificación de los síntomas es cuando las personas muestran respuestas de embotamiento afectivo (anestesia emocional). Aunque las conductas de sobresalto y de hiperactivación pueden ser las más espectaculares en los primeros momentos, lo peor que le puede suceder a una persona afectada por un suceso de este tipo es que se cierre y se vuelva como un zombi, es decir, que pierda su capacidad de atender y responder emocionalmente a su entorno habitual.

Son asimismo indicadores negativos de recuperación del trauma el haber sido hospitalizado por heridas relacionadas con el suceso traumático y el haber padecido un trastorno ansioso-depresivo grave, así como haber sido victimizado anteriormente y haber mostrado una mala capacidad de adaptación a diferentes situaciones en la vida anterior.

Pero, en general, la evolución de la recuperación depende de las estrategias de afrontamiento utilizadas para superar el trauma. En concreto, el pronóstico es más sombrío cuando la víctima, en lugar de encarar el problema adecuadamente, adopta estrategias de afrontamiento negativas (como beber alcohol en exceso, automedicarse tranquilizantes, evadirse mentalmente o volcarse en el trabajo de una forma compulsiva), se refugia en el pasado o alienta sentimientos de venganza.

Más en concreto, el fracaso del tratamiento psicológico puede estar ligado a factores diversos. A veces se relaciona con el trauma en sí mismo: traumatización extrema, revictimización, traumatización en un período crítico del desarrollo, etc. Pero otras veces el fracaso depende de otros factores, como la aparición conjunta de diversos trastornos, la cronicidad del trauma, la aparición de circunstancias vitales adversas (divorcio, pérdida de empleo, etc.), la inobservancia de las prescripciones terapéuticas, etc.

Bibliografía:

- Pérez Sales, P. (2006). Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora. Desclée de Brouwer. Bilbao.

“EL IMPACTO PSICOLÓGICO EN PERSONAL DE EMERGENCIA”

Dagny Castañeda Espinoza

México

dagny.castaneda@gmail.com

1) TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una consecuencia psiquiátrica a raíz de la exposición a un evento estresante (Bisson, 2007; Kar, 2011). Este trastorno se encuentra dentro de los trastornos de ansiedad y puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes y horribles.

Síntomas

Según el CIE -10 cuenta con tres características importantes: 1) la reexperimentación hace referencia a la intrusión del evento traumático, el cual tiende aparecer intempestivamente en forma de recuerdos, flashbacks o pesadillas, acompañados de emociones como el miedo y horror; 2) evitación de pensamientos y recuerdos del evento, el cual conlleva al sujeto a evitar actividades, situaciones o personas que recuerden la situación traumática; y finalmente, 3) percepciones de estímulos amenazantes, la cual se manifiesta a través de la hipervigilancia o reacciones sobresaltadas. Estos síntomas continúan durante algunas semanas y causan un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo. Por lo tanto, afecta la calidad de vida del sujeto. Es importante recalcar que la personalidad y la historia familiar son factores predisponentes, los cuales pueden influir en la disminución o desarrollo de los síntomas (CIE- 10).

Según el DSM V, el TEPT se compone, también, por tres grupos de síntomas: El primer grupo, se refiere a la re experimentación o intrusión de recuerdos, los cuales incluyen pensamientos, imágenes recurrentes de la situación traumática, también aparecen pesadillas, la sensación de revivir el evento a través de ilusiones, flashbacks, alucinaciones y disociaciones. Además, existe un malestar psicológico significativo y respuestas fisiológicas, ante situaciones que evocan características del evento. El segundo grupo son las conductas evitativas, es decir, actitudes caracterizadas por el embotamiento del sujeto y que antes no estaba presente. Se caracteriza por la tendencia a evitar conversaciones, pensamientos y sentimientos, lugares, personas y actividades relacionados al trauma. Además, aparece la incapacidad de poder recordar un aspecto importante de la situación, la pérdida de interés en actividades sociales y una percepción desoladora. Finalmente, el tercer grupo se refiere a la reacción psicofisiológica frente a estímulos similares al trauma. Este se caracteriza por la dificultad para conciliar el sueño, la irritabilidad o ataques de ira y sobresaltos continuos. Las consecuencias de estos síntomas son el malestar emocional y afecta la vida social, laboral y personal del sujeto.

De acuerdo al DSM-V considera también que el TEPT presenta síntomas intrusivos, evitativos y alteración en los estados de altera. Estos se caracterizan por conductas irritables, autodestructivas, imprudentes, ataques de furia, alteraciones del sueño y sobresaltos. Asimismo, considera también los síntomas de alteraciones cognitivas y de estado de ánimo, los cuales se refiere a la dificultad para recordar datos sobre el suceso, creencias negativas de sí, bajo interés en actividades e imposibilidad de experimentar emociones positivas.

El TEPT puede comenzar a **cualquier edad**, incluso en la infancia. Según Bryant, Moulds y Nixon (2003) el 80% de las personas que desarrollan trastorno de estrés agudo tras un trauma cumplen criterios de TEPT 6 meses más tarde; y el 63-79% sufren TEPT 2 años después del trauma.

Tratamiento

Los tratamientos pueden clasificarse en dos grandes categorías, **centrados o no centrados en el trauma** existen diversos modelos terapéuticos incursionando en la intervención psicológica para mitigar el TEPT, por ejemplo:

- A. Los **programas trans diagnósticos** (educación, incremento de la motivación para implicarse en el tratamiento, entrenamiento en conciencia emocional, relajación, reestructuración cognitiva, exposición, prevención de recaídas) y elementos específicos (exposición interoceptiva, asertividad).
- B. **Exposición** a los estímulos internos y externos temidos. Puede aplicarse en la imaginación y/o en vivo según los casos y las situaciones considerados. La exposición también puede incluir **escribir** en detalle sobre los eventos traumáticos o pesadillas, **escuchar grabaciones** sobre descripciones de los mismos.
- C. **Reestructuración cognitiva, ya sea por sí sola o combinada con exposición**. Resick y Schnicke (1993) han propuesto la **terapia de procesamiento cognitivo** una combinación de exposición (escribir sobre el trauma y leerlo al terapeuta) y reestructuración cognitiva, con énfasis en esta última.
- D. **Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares** (DRMO, Shapiro, 1995, 2001, 2004). Es un procedimiento diseñado para el tratamiento de los recuerdos traumáticos que incluye la imaginación de escenas traumáticas, la auto repetición de una autoverbalización negativa que resuma la valoración del trauma, la concentración en las sensaciones físicas de ansiedad y la inducción de movimientos oculares rítmicos por parte del terapeuta. Posteriormente el cliente visualiza la imagen original junto con una autoverbalización positiva que refleje el sentimiento deseado.
- E. **Inoculación de estrés**. Se enseñan habilidades (p.ej., relajación, respiración, autoinstrucciones, aserción, detención del pensamiento) para manejar tanto los agentes estresantes de la vida diaria como las reacciones desadaptativas inducidas por el trauma; incluye exposición a las situaciones evitadas, aunque no al recuerdo del evento traumático.
- F. **Terapia metacognitiva** de Wells (2009), se centra en las emociones, impulsos y necesidades experimentados por el paciente al revivir el trauma en la imaginación. Sin negar el trauma, el paciente corrige la situación en su imaginación de modo que en esta es capaz ahora de expresar sus sentimientos y actuar según sus necesidades, cosa que en su momento no fue posible o falló en hacer. (Smucker y Dancu, 1999/2005; Smucker, Dancu, Foa y Niederee, 1995), tratamiento que ha sido extendido a otros tipos de traumas (Grunert et al., 2003, 2007).

G. **Otros tratamientos;** hipnoterapia, meditación, yoga, terapia interpersonal, acupuntura, psicoterapia psicodinámica, atención plena, técnicas de liberación emocional.

2) TRAUMA VICARIO

La identificación del concepto específico de traumatización vicaria fue realizada por McCann y Pearlman en 1990 para referirse a síntomas traumáticos sufridos por los profesionales (policías, bomberos, personal sanitario, psicólogos, trabajadores sociales y voluntarios) que integran equipos que trabajan con víctimas que sufren violencia extrema. La traumatización vicaria, tal y como explica Sassón (2004), "alude a la transmisión del estrés traumático mediante la exposición repetida, auditiva o visual, al relato de eventos traumáticos sufridos por otro individuo y las consiguientes modificaciones/distorsiones que tienen lugar en los sistemas perceptivo y de sentido del profesional". Armayones (2007) afirma:

Es el efecto de experimentar, vivenciar, de vivir la angustia, el dolor, el miedo y cualquier otra emoción negativa de las que viven las personas a las que se está ayudando, es la exposición secundaria al trauma y la implicación emocional a las experiencias traumáticas de los usuarios.

El término traumatización vicaria se refiere a una situación puntual que aparece inesperadamente y sin demasiado aviso, a un estado que se puede ir repitiendo a lo largo del tiempo con unos efectos acumulativos y permanentes; que tendemos a concebir más como una reacción a acontecimientos concretos que a un proceso.

Síntomas

Incluyen, pero no se limitan a aislamiento social, inestabilidad emocional, agresividad, mayor sensibilidad a la violencia, los síntomas somáticos, dificultades para dormir, imágenes intrusivas, el cinismo, las dificultades sexuales, dificultad para la gestión de las fronteras con los clientes, y creencias fundamentales y que resulta dificultades en las relaciones que reflejan problemas

con la seguridad, la confianza, la autoestima, la intimidad y control. Tal y como nombra Parada (2005), "los signos que nos pueden resultar perceptibles son tan diversos como:

1. A nivel fisiológico: Fatiga, tensión, opresión en el pecho, dolor de cabeza o espalda, mareos, escalofríos, temblor, respiración entrecortada, etc.
2. A nivel cognitivo: Confusión, desconcierto, hipervigilancia, búsqueda de culpables, problemas para tomar decisiones, pensamientos intrusivos o recurrentes, disminución en la capacidad para solucionar problemas o para hacer razonamientos, falta de concentración, etc.
3. A nivel afectivo: Tristeza, culpabilidad, miedo, ansiedad, agitación, irritabilidad, cólera, aprehensión, shock, indefensión, etc.
4. A nivel motor: Retraimiento, comportamiento antisocial, incapacidad de descansar, movimientos deambulantes, habla acelerada y balbuceante, apetito alterado, consumo de alcohol, tranquilizantes, etc."

Por todo ello, se ha de tener muy en cuenta todas las situaciones a las que puede derivar el hecho de estar en contacto con una situación crítica, de este modo se podrán divisar todas las consecuencias y síntomas que un profesional puede tener.

Tratamiento

Las instituciones que prestan servicios relacionados con el trauma tienen la responsabilidad de crear políticas y entornos de trabajo que faciliten el bienestar del personal, así como cada profesional es responsable del autocuidado, de un trabajo reflexivo.

Esteban et al (2013), "la meta principal de toda prevención es que el equipo de primera respuesta como bomberos, rescatistas, policías, médicos, voluntarios y trabajadores cuya labor consiste en el trato constante con el público y personas inmersas en conflictos de difícil tratamiento, cumpla con éxito sus funciones. Para prevenir síntomas y reacciones inadecuadas en los trabajadores se recomienda:

- § Proporcionar períodos de descanso: permitirá la recuperación rápida y que el trabajador, algo más relajado, retome sus actividades.

- § Reducir el estímulo, permitir al individuo que se mueva, camine, se siente, etc. La única restricción es alejarlo de la escena o la situación perturbadora.

- § Estimular la discusión, dejar que la persona hable y diga lo que quiera. Invitarle a hablar sobre lo que pasó, pero sin forzarle a ello.

- § Reducir la desorientación, ayudar al individuo a que se centre en sus habilidades de razonamiento y no en sus sentimientos.”

En materia de intervención, existen mecanismos de apoyo y de trabajo como son (Esteban et al, 2013):

- A. El **Debriefing**: Intervención psicológica grupal que constituye una estrategia altamente estructurada. Se encuentra dentro de las estrategias utilizadas de forma inmediata para atender el estrés, y se dice que es conveniente ponerla en práctica entre las 48-72 horas después de finalizar la intervención, siendo a veces necesario realizar un seguimiento.

- B. La **Defusing**: Intervención breve que se realiza al final de todo, tras el acontecimiento crítico. Los primeros diez minutos van dirigidos a informar al grupo sobre síntomas de estrés y procedimientos de autoayuda. Posteriormente los participantes emplean un corto período de tiempo para hablar, de manera informal, sobre su experiencia y reacciones.

- C. El **Peer Support**: Apoyo psicológico proporcionado por profesionales de rol similar al personal afectado, formados y capacitados para la provisión de primeros auxilios psicológicos. Se proporciona bajo la supervisión de psicólogos especializados. Sus funciones son:
 - Proporcionar apoyo psicológico a compañeros afectados y a sus familias.
 - Proporcionar enlace con el personal de salud mental cuando es necesario.
 - Apoyar al personal de salud mental cuando se requiere.

- Apoyar en la “educación de campo” sobre los servicios de apoyo psicológico a los intervinientes.
- Participar en encuentros de supervisión, formación y asesoramiento.
- D. La **Dramaterapia**: Sue Jennings (citada por Torres-Godoy, 2010), la define como “la aplicación específica de las estructuras teatrales y procesos del drama con una clara intención que es terapéutica”. Promueve frecuentes prácticas de autocuidado, este método ofrece un acercamiento colateral y simbólico, su práctica busca en los grupos acceder al inconsciente individual y colectivo en forma figurada y metafórica, a través del uso de imágenes, escenas y metáforas teatrales con una finalidad terapéutica de desarrollar la expresividad corporal-emocional y la creatividad. (Torres-Godoy, 2010).

“PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA”

Lic. Esp. Diego Núñez

Argentina

diego_on@hotmail.com - papeargentina@gmail.com

En la actualidad, dadas las diversas situaciones críticas, las intervenciones ante crisis, emergencias y desastres a los que cotidianamente y ante toda adversidad nos vemos enfrentados e involucrados los Equipos de Emergencias, nos muestra la importancia del apoyo psicológico y emocional tanto para las diferentes víctimas como para nosotros/as mismos/as.

Esto se observa en las diversas características de las mismas intervenciones y el tiempo en que se prolongan éstas y el efecto residual que pudiera generar en algunas personas.

El padecimiento de la salud emocional es una de las problemáticas más complejas ante situaciones de crisis y elevados niveles de estrés, sin dejar de lado la disociación. Lograr niveles deseables ante estos abordajes en los que los Equipos de Emergencias debemos participar, deben ser de un gran compromiso y de la posesión de una buena técnica, pulida y actualizada constantemente para brindar atención inmediata y evitar problemas cada vez más graves y de mayor envergadura.

La prevención salutogénica es un asunto que a todas las personas que formamos equipos de primera respuesta, estamos comprometidas a prestar activamente de la mano de nuestra formación para poder intervenir junto a esa persona que se encuentra bajo una situación emocional disruptiva. Esto nos responsabiliza, y también implica incorporar estrategias y herramientas necesarias para tratar lo que la realidad nos presenta en ese momento y prevenir trastornos emocionales proporcionalmente más graves.

Estas formas de intervenciones breves y rápidas, ofrecen como resultado la exigencia de brindar un servicio de la misma intensidad y celeridad, ante una demanda social que se ve incrementada día a día.

Lo que propone la Psicología de la Emergencia mediante los Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales es; **auxiliar a la persona para que en lo inmediato afronte la crisis, pudiendo restablecer el control sobre sus sentimientos para enfrentar la realidad y establecer contacto con la situación.**

También debemos tener en cuenta y exigirles a los Profesionales de la Salud Mental que realicen correctas y necesarias intervenciones junto a las víctimas de emergencias, como así también quienes intervengan y asistan al Personal de Emergencias, Rescate y Seguridad. Que posean una correcta especialización en la temática, ya que mayoritariamente aplican erróneamente la visión patogénica cuando lo que necesitamos desde la prevención los/as intervinientes es la visión salutogénica. Lamentablemente hoy en día y mayoritariamente se sigue incurriendo en esta grave falla, lo que genera diagnósticos erróneos y hace que la persona que necesite de esa intervención profesional, adopte una posición sumisa y dependiente, adoptando la "etiqueta" de padeciente, " intentando actuar el rol que les ha tocado, a través del diagnóstico del profesional en quien confían" (Maykovic, 1980). Y así en este vínculo determinante, "...adoptar el rol de enfermo nos remite a una concepción de enfermedad como sometimiento...". " (Gallagher, 1976; Kronenfield y Gilk, 1989 – del libro *Debriefing – Erste Hilfe durch das Wort Hintergrunde und Praxisbeispiele*. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt, 2000. Gisela Perren – Klingler). Es por esto de la importancia de saber y conocer como acompañar tanto a víctimas como a interaccionistas, respaldándolos y conduciéndolos a que descubran con qué recursos cuentan en ese momento, más allá del dolor, para poder continuar con su camino de vida. Una correcta intervención preventiva y/o posterior asistencia clínica del trauma, debe contar en su aplicación profesional con los más altos estándares profesionales, ya que no se trata solo de "estar con la palabra" o "acompañar", aún mas teniendo en cuenta que en Psicología de la Emergencia no se debe utilizar la teoría y técnica de la interpretación, ya que añade un riesgo real y palpable, dado que trabajamos en presencia del estrés y la disociación. Por lo tanto se debe poseer una contundente formación también en emergencias, en lo ideal, técnica – operativa. Ya que trabajar sólo con "la buena voluntad" seguramente será un gran obstáculo para quienes pueden y saben hacerlo con experticia, pero tampoco ignorar que la base de esta especialidad es aplicar "la voluntad conductual".

Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales

Cuando hablamos de Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales, nos referimos a la ayuda e inmediata intervención que se les ofrece ante la urgencia a víctimas y personas afectadas, empleando diferentes estrategias para así ofrecer la mejor contención posible.

Esto se realiza ante estados de crisis, al estar saturados los mecanismos de adaptación de la persona que está atravesando una situación que desconoce y la cual dificulta de alguna manera su curso de vida. Esta incapacidad de adaptación de la persona que está atravesando una situación que desconoce y la cual dificulta de alguna manera su curso de vida. Esta incapacidad de adaptación es una peligrosa situación, ya que se ve elevado el nivel de estrés, desencadenándose cambios extremos en la impulsividad y la excitación, ante los cuales los mecanismos de defensa no funcionan, al igual que los mecanismos de adaptación, los cuales se verán disminuidos precipitadamente.

Al verse superada en sus capacidades de resolución, la persona experimenta tal estado de tensión que la inhabilita en la búsqueda de posibles soluciones.

Es por esto que las intervenciones que se realicen tenderán al restablecimiento del equilibrio emocional.

Ante estas situaciones los Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales perseguirán los objetivos de :

- Brindar protección y seguridad, así como también aliviar inmediatamente, o a corto plazo, síntomas de estrés, previniendo de este modo la aparición de futuras reacciones.

El dar apoyo a la persona en el mismo momento en que lo requiere permite aliviar su desorganización emocional, ya que su ansiedad no permanecerá estática sino muy por el contrario dada la tensión por la crisis se encontrará en constante cambio. Ante este cuadro, el interviniente ayudará a que la persona pueda adaptarse lo mejor posible a la situación, y el invaluable apoyo ofrecido por él brinda como resultado que lo que se está experimentando, produzca un efecto de feedback – ida y vuelta -, de sentirse acompañada, de contar con la posibilidad y la oportunidad de la “esperanza”, y así ir fortaleciéndose de a poco.

Intervención en crisis

Al producirse una crisis la persona actúa de diferente manera a como se comporta normalmente. Estos cambios se producen de acuerdo al factor desencadenante, es decir, al hecho que haya desencadenado la crisis y la capacidad de adaptación que posea y pueda hacer uso la persona en esa circunstancia.

Las crisis en general están compuestas por profundos cambios que se producen en diferentes situaciones donde reina la confusión y la incertidumbre. Bajo estas características se verá afectado el equilibrio personal como así también social, observándose cambios en las sensaciones, y produciéndose tensiones y sentimientos de impotencia de quien o quienes se encuentren afectadas/os al impacto vivido.

Para calificar los desastres Anderson toma en cuenta la amenaza que éstos representan aún cuando no hayan ocurrido. Dice : - **“Desde el punto de vista conceptual conviene diferenciar una crisis aguda que perturba físicamente la vida cotidiana, por demás normal, y origina pérdidas palpables, respecto de la amenaza que significa una situación de crisis crónica, en que se anticipa la alteración de la rutina esperada”** -.

Afirma que una crisis aguda sucede cuando la comunidad carece de patrones culturales relacionados con el desastre que sufre y que le permitirían enfrentar las consecuencias inesperadas del mismo. La comunidad se ve tomada completamente por sorpresa. En una crisis crónica la amenaza existe y se experimenta antes de que ocurra la catástrofe.

Barton, a su vez, piensa que los desastres forman parte del grupo más amplio de situaciones de estrés colectivo producidas por sistemas sociales incapaces de asegurar a sus miembros las condiciones de vida que éstos esperan. Agrega que tal estrés colectivo puede provenir del exterior o del interior del sistema y establece que para evaluar tales situaciones deben considerarse :

- 1. el alcance de la situación**
- 2. la rapidez con la que se inicia**
- 3. la duración del factor estresante**
- 4. la preparación social**

Finalmente, asociado a los conceptos de crisis aguda y crónica, y situación en entornos disruptivos, conviene incluir el punto de vista de Erikson Etal. (1976); relativo al impacto del evento sobre las personas y las comunidades. Sin embargo, al establecer las dimensiones de lo individual y lo social, el autor propone dos dimensiones de lo traumático.

El trauma individual es – **“un golpe a la psiquis que rompe las defensas de las personas de manera tan repentina y tan fuerte que no es posible responder a él de manera eficaz”** - . El trauma colectivo, por su parte es: **“un golpe a la trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaleciente de la comunidad”**.

Principios básicos para la atención a personas en estado de perturbación emocional

Al encontrarnos frente a una persona en situación de emergencia debemos **siempre** tener en cuenta, que en ese momento se sienten incapaces de salir de la situación traumática por si mismas, es por esta razón que nosotros nos encontramos allí.

El trato debe ser **firme y respetuoso**, por la pérdida que vive (entiéndase por pérdida todas las variantes aplicables al término. Por ejemplo; humanas, afectivas, emocionales, materiales, etc.), y porque la persona depende de nuestro accionar .

- 1. Protección.**
- 2. Contacto.**
- 3. Aceptar sin juzgar los sentimientos.**
- 4. Aceptar nuestras limitaciones y la imposibilidad de resolver todo en el momento.**
- 5. Evaluar capacidades de la persona o grupo.**
- 6. Brindar opciones.**
- 7. Acciones concretas y estimulantes.**
- 8. Ofrecer información**

1. Protección

Lo básico como principal finalidad es que las personas en situación crítica puedan sentirse a resguardo y protegidas.

Habrá que organizar y coordinar refugios que sirvan como centro de contención y reunión.

2. Contacto

El personal interviniente debe iniciar el contacto físico o emocional con la persona, dependiendo de la necesidad y la espontaneidad. Podrá tocarla, sólo en zonas corporales no invasivas, externas y duras, por fracción de segundo, y tomar su mano, con autorización de la víctima o si la misma se lo solicita, y ofrecer algo de tomar. Hacer contacto visual (brindar su mirada a los ojos de la persona). Esta relación se debe establecer teniendo en cuenta la situación del momento.

Es conveniente proporcionar un espacio cómodo en tono a las circunstancias para comenzar a hablar de lo sucedido, realizando preguntas concretas mediante el lenguaje cognitivo para poder procesar y darle un orden a lo ocurrido.

3. Aceptar sin juzgar los sentimientos

Poner la atención en la persona intentando tranquilizarla, sin emitir opinión de culpas o juzgamientos, dándole importancia por lo que siente sin intentar dirigir sus emociones.

4. Aceptar nuestras limitaciones y la imposibilidad de resolver todo en el momento

Ser conscientes de nuestros propios límites, no pretendamos hacer de todo. Conocer nuestras limitaciones es razonable, para realizar un trabajo consciente y eficaz, haciendo uso de nuestras habilidades y procurándonos sentirnos bien emocionalmente, ya que si tenemos dudas respecto a nuestras emociones, lo más conveniente y sincero, será saber que estamos limitados para ayudar a alguien que está pasando por algo similar a lo que nos sucede.

5. Evaluar capacidades de la persona o grupo

Una vez que se establece el contacto, hay que evaluar si existen limitaciones en la persona. Esto consiste en averiguar su estado de orientación espacio – temporal (preguntándole cómo se llama, en qué lugar vive, que día es hoy, qué año es, etc), y de esta manera uno ya sabrá cuáles son los recursos que esta persona puede utilizar.

De manera pausada hay que preguntarle que le sucedió, dándole espacio para que **responda como pueda** (sin permitirle un divague constante). De esta manera podemos obtener información acerca de su estado emocional (crisis, estado de pánico, etc), y cómo está procesando la situación (negación, atribución de culpas, etc)

Hay que identificar cuál es la preocupación por su familia o conocidos y brindarle los recursos y la información necesaria, para que se contacte con ellos. Es importante que lo ayudemos a afrontar activamente el momento.

6. Brindar opciones

La persona ante la situación de crisis, generalmente no es capaz de poder ver ni elegir alternativas. Usted puede brindarle la posibilidad de confeccionar una lista de opciones.

7. Acciones concretas y estimulantes

Una vez que la persona pueda afrontar activamente el momento que vive, es importante desde los recursos que posea en el presente, estimularla, para que realice posibles acciones, o hable sobre objetivos a lograr y pueda cumplirlos poco a poco.

8. Ofrecer información

Un recurso que podemos ofrecer a la persona es el de la información; acerca de la disponibilidad de recursos que pudiera necesitar, ya que el momento de la intervención pasará, pero la crisis en la persona puede perdurar aún un tiempo.

Adaptación. "Primeros Auxilios Psicológicos Emocionales. Material de uso para Bomberos ante situaciones de emergencias, crisis, pánico y catástrofes. Diego Núñez. Ed. Dunken 2005.

PROTOCOLOS DE AUXILIO PSICOLÓGICO Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

PsCl. Juan Diego Carpio Espinoza Mgs.

PsCl. Erika Daniela Piedra Andrade

Ecuador

Juandi_galery88@hotmail.com

La psicología aplicada a las emergencias está constituida por primeros auxilios psicológicos, apoyo psicosocial, cuidado y autocuidado del interviniente, estas son tres herramientas de suma importancia para enfrentar crisis, emergencias y desastres, este capítulo abordara los protocolos de intervención en crisis a personas afectadas, familiares y primeros respondedores para recuperar el control y afrontar con el mayor equilibrio emocional la crisis.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoció en el año 2012 los beneficios de los primeros auxilios psicológicos y promueve constantemente la difusión y puesta en práctica del protocolo a seguir en casos de intervención en crisis, emergencias y catástrofes, en tal virtud el siguiente capítulo permite al lector ejecutar una práctica inmediata de primeros auxilios psicológicos y un posterior apoyo psicosocial.

Según refiere Gómez en 1994 *"La intervención psicológica en crisis se orienta hacia la expresión de los sentimientos y experiencias internas de la persona que se relacionan con el evento o eventos que provocaron el desajuste, facilita la elaboración del duelo ante la pérdida, en ocasiones de bienes materiales, pero en otros casos ante la irreparable pérdida de un ser querido"* bajo este antecedente abordaremos el proceso más adecuado para intervenir en emergencias psicológicas.

Valoración inicial en emergencia

Mediante el uso del auxilio emocional, la persona que lo aplique tienen que estar en condiciones de poder ser parte activa de la emergencia o incidente que este tratado de controlar, ya sea en el domicilio, calle, ambulancia, etc.

Por lo que previo a usar alguna de las técnicas en auxilio psicológico es necesarios seguir tres pasos de suma importancia conocidos como AMPLIA, Micro entrevista y el ACERCARCE que nos permitirán una aproximación rápida y empática con la persona a la que vamos a intervenir.

El termino AMPLIA es una nemotecnia utilizada en la atención pre hospitalaria, de uso directo de los paramédicos, socorristas y voluntarios (Guevara, 2012).

El protocolo es útil para controlar la necesidad fisiológica, hay que tomar en cuenta que sin no se solucionan los activadores somáticos, no se podrá intervenir en el campo psicológico.

Tabla Nro. 1
Protocolo A.M.P.L.I.A.

A	Antecedentes	Antecedentes psicopatológicos
M	Medicamentos	Medicamentos psicotrópicos
P	Patologías	Patologías médicas o familiares de importancia
L	Libaciones	Alcohol, drogas u otras sustancias psicoactivas
I	Ingestas	Alimentarias, atracones o falta de alimentación
A	Alergias	Alergias que empeoren el cuadro


Fuente: Edison Guevara (2020).

Elaborado: Mgs. Juan Diego Carpio Espinoza (2019).

Una de las ventajas más grandes de la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos, es que nos encontramos en el lugar del incidente, por ello partiremos de la evaluación inicial o micro entrevista que se realizará a los familiares, alertantes y la persona afectada para indagar rápidamente sobre lo sucedido, esta micro entrevista usará el Examen Mental Rápido (EMR) y no será mayor a los 5 minutos.

Tabla Nro. 2

Examen mental rápido o micro entrevista en emergencias

 EXAMEN MENTAL RÁPIDO (EMR)	
PRESENTACIÓN	
• ASPECTO FÍSICO: vestimenta	
• ASPECTO FÍSICO: vestimenta	
• ACTITUD: amistoso, colaborador, hostil, desafiando	
• CONDUCTA MOTORA: marcha, temblor	
• ESTADO DE CONCIENCIA: obnubilación hasta el coma	
• LENGUAJE: incoherente, coherente	
PENSAMIENTO	
• CONTENIDO: ideas obsesivas, ideas delirantes	
• SENSOPERCEPCION: alucinaciones	
• EFECTO: ansioso, triste, depresivo	
• MEMORIA DE FIJACIÓN: número de teléfono, 15 a 20 segundos	
• MEMORIA DE EVOCACIÓN: de largo plazo	
Cualquiera de estos signos y síntomas puede presentar una alteración emocional o comportamental en el paciente, los factores de presentación valoran actitudes y los de pensamiento respuestas de comportamiento.	

Fuente: Haydee Muñoz (2012).

Elaborado: Mgs. Juan Diego Carpio Espinoza (2020).

Para hacer una intervención psicosocial adecuada ya sea para contención como en procedimientos de mala noticia es necesario estructurar el espacio físico y emocional más adecuado por medio del protocolo ACERCARSE

Tabla Nro. 3
Protocolo A.C.E.R.C.A.R.S.E.

A	Ambiente	Lugar físico adecuado
C	Contacto	Primer apego empático
E	Evaluación	Aplicación del examen mental rápido (EMR)
R	Restablecimiento emocional	Gestionar la emociones desencadenantes de la crisis
C	Comprensión de la crisis	Respeto al silencio, dolor, enojo u otras reacciones
A	Activar resiliencia	Técnicas de intervención y gestión emocional
R	Recuperación del funcionamiento	Solventar necesidades básicas
S	Seguimiento	Evidenciar transferencia a profesionales de salud mental
E	Educación	Educación o psico-educación sobre la problemática

Fuente: Federación Internacional de Cruz Roja (2012).

Elaborado: Mgs. Juan Diego Carpio Espinoza (2020).

¿Cómo aplicar las técnicas de Auxilio Psicológico?

Las técnicas breves en auxilio psicológico se pueden aplicar en tres momentos de la intervención de una víctima que se enfrenta a una situación de emergencia, inicialmente se trabaja con los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) en donde un primer interviniente que se encuentra entrenado en técnicas de estabilización emocional, reducirá el impacto de futuras patologías o consecuencias secundarias, a este primer momento le llamamos labor pre hospitalaria.

Es necesario aplicar como primera técnica de intervención el protocolo A.V.C.D.E. que incluye en sí mismo varias técnicas de auxilio psicológico.

Tabla Nro. 4
Protocolo A.V.C.D.E.

A	Activar escucha empática	Aplicación de la técnica de escucha activa
V	Ventilación	Aplicación de la técnica de respiración 4-4-8
C	Categorización de la necesidades	Aplicación de la técnica resolución de necesidades
D	Desviación a redes de apoyo	Reorientar a redes de apoyo o familiares
E	Educación o psico-educación	Psico-educar sobre la problemática

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2020).

Elaborado: Mgs. Juan Diego Carpio Espinoza (2020).

Cuando una persona ya ha sido atendida por el primer respondedor o interviniente, ingresamos al segundo espacio de intervención en crisis, que es la atención de psicoterapéutica ejecutada por un profesional de la salud mental, este profesional trabajara en un paciente emergente siempre y cuando la afectación no allá podido ser controlada por medio de actividades PAP; es importante recalcar que una persona en crisis no necesariamente presenta una psicopatología de base, en muchos de los casos se trata de crisis o desajustes emocionales que pueden ser estabilizados con psicoterapia breve.

Finalmente, cuando se trabajan entornos de emergencia existe una última intervención que se realiza posterior a semanas o incluso meses, esta intervención es conocida como apoyo psicosocial (APS) y se trabaja con grupos de personas afectadas o incluso con grupos de auto ayuda con el fin de aminorar los impactos traumáticos posteriores a un incidente.

Los tres espacios de intervención tienen que considerar dos tipos de atenciones cuando un paciente es víctima de una crisis emocional y no presenta una psicopatología por lo tanto no se considera un paciente sino una persona cursando problemáticas emocionales, que podrían ser resueltas sin intervención terapéutica y por otro lado los pacientes con antecedentes psicopatológicos que como respuesta ante una crisis pueden agudizar los síntomas y requerir psicoterapia posterior a la aplicación de PAP (Carpio, 2019).

Tabla Nro. 5
Técnicas del protocolo A.V.C.D.E.

A	Aplicación de la técnica de escucha activa	Este paso puede tomar entre 10 a 20 minutos, es necesario saber comunicarse con una persona angustiada, ansiosa o alterada, por ello es fundamental que escuchen lo que tiene que decir, lo que será de gran ayuda para calmar a la persona, es decir que pueda expresar todas sus emociones y pensamientos. Es una habilidad fundamental para quienes realicen la intervención en crisis.
V	Aplicación de la técnica de respiración 4-4-8	Aplicación de una técnica de ventilación asistida, se le indica al paciente que ingrese el aire por la nariz en cuatro segundos, mantenga el aire en los pulmones en 4 segundos y libere el aire por la boca en 8 segundos, cumpliendo con un ciclo de ventilación; se considera asistida por que realizamos la técnica con el paciente para generar empatía.
C	Aplicación de la técnica resolución de necesidades	Luego de un evento traumático es común que se produzca confusión mental y las personas tengan dificultades para ordenar los diferentes pasos que deben seguir, en el caso de estas personas es importante llamar continuamente para verificar estados y que sientan que están acompañadas (verificar apartado de acompañamiento); en el caso de personas que superen esta crisis verificar posibles efectos postraumáticos y referencia a profesionales de la salud mental (verificar criterios de estrés postraumático), y en el caso de familiares o cerco epidemiológico ejecutar un seguimiento constante de sus estados anímicos ya que puede generarse somatizaciones o crisis de angustia.
D	Reorientar a redes de apoyo o familiares	Una vez identificado un paciente se tiene que aplicar las redes de apoyo inmediatas para evitar o disminuir el empeoramiento de su estado de salud, es decir, la creación y el fortalecimiento de las diversas redes sociales (y especialmente las de apoyo social) constituye el mejor antídoto preventivo frente a problemas sociales que derivan del estrés, de la emergencia sanitaria y del miedo. En el caso de familiares o cerco epidemiológico es necesario contactar apoyo psicológico la red de salud mental comunitaria, posterior a cumplir con los requisitos dispuestos por el ente rector de salud (en el caso de fallecimiento revisar el apartado de apoyo psicosocial y duelo).

E	Psico-educar sobre la problemática	<p>La psi-coeducación es una herramienta de respuesta eficaz ante el estrés generado por esta situación. Revise el material con el afectado, familiares, personal de salud o personas en cerco epidemiológico y resuelva sus dudas.</p> <p>Es muy importante que usted normalice aquellas reacciones emocionales que la persona puede presentar como llanto, tristeza, miedo, aunque pueden ser incómodas son normales en situaciones de crisis como la que se está viviendo.</p>
---	------------------------------------	---

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2020).

Elaborado: Mgs. Juan Diego Carpio Espinoza (2020).

Aplicación de las técnicas

Las técnicas breves y en crisis para el soporte en primeros auxilios psicológicos, apoyo social y restablecimiento emocional se aplican en crisis, emergencias y desastres en periodos cortos, sin un fin terapéutico dirigido en el caso de quienes no sean profesionales de la salud mental, al mismo tiempo pueden ser utilizadas por profesionales en psicoterapia como parte de plan terapéutico elaborado.

Estas técnicas al ser cortas tendrán que ser ejecutadas en periodos cortos tomando en cuenta que, al ser estrategias de campo enfocadas en el asociacionismo, anclajes emocionales y evocación de las emociones tienen que contar tanto con la actividad inicial ya sea de descarga emocional o contención emocional, y una actividad final de cierre o remoción de las emociones momentáneas aplicada por medio de actos simbólicos o de finalización de la intervención.

Las técnicas más útiles para el trabajo en emergencias son las técnicas de alto impacto, que están centradas en las soluciones por medio del manejo emocional de la crisis.

Tabla Nro. 6

Ejemplos de Técnicas de alto impacto para emergencias

1	Evacuación del pensamiento por desaceleración de ideas	<p>Esta técnica consiste en evacuar el pensamiento desacelerando la idea principal por medio de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cerrar los ojos 2. Enumerar los 5 últimos objetos que vio antes de cerrar los ojos 3. Enumerar los 4 últimos sonidos que escucho antes de cerrar los ojos 4. Enumerar los 3 últimos objetos que toco antes de cerrar los ojos 5. Enumerar los 2 últimos olores que percibió antes de cerrar los ojos 6. Enumerar el último sabor que degusto antes de cerrar los ojos 7. Ejecutar un ciclo de respiraciones 4-4-8
2	Afrontamiento por extinción del pensamiento.	<p>Esta técnica consiste en extinguir el pensamiento recurrente o problemático con el posicionamiento de una nueva idea a nivel cerebral.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vea el primero objeto físico que tenga adelante suyo 2. Enumere 5 nuevos usos para ese objeto 3. Repita las veces que se necesaria para no traer la idea de referencia.
3	Técnicas espejo escrito	<p>Esta técnica solicita al paciente que pase del factor emocional al lógico desde su propia integralidad estructural.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar papel y lápiz 2. Se solicita al paciente que interactúe respondiendo entre su nombre de pila y su segundo nombre (Juan habla con Diego). 3. La estrategia dura hasta que el raciocinio prime sobre el acto emocional.

Fuente: Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma y Atención de Crisis Emergencias y Desastres (SEPACED, 2020).

Elaborado: Mgs. Juan Diego Carpio Espinoza (2020).

Todas las técnicas de alto impacto persiguen tres objetivos:

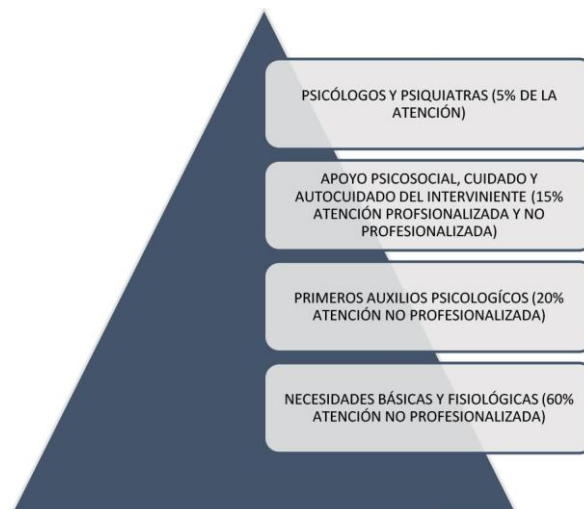
1. Emplear anclajes simples asociados a las emociones y sentidos para disminuir el impacto emocional.
2. Evitar re victimización en los/las pacientes.
3. No iniciar procesos psicoterapéuticos en escena.

Soporte oportuno sostenible

El soporte oportuno sostenible es el método basado en el triángulo de la asistencia emocional, para evitar complicar el caso de un paciente, distinguiendo los espacios de riesgo psicosocial, síndromes no patológicos y psicopatologías.

Grafica Nro. 1

Triángulo de la asistencia emocional



Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2020).

Elaborado: Mgs. Juan Diego Carpio Espinoza (2020).

Este triángulo permite que el primer auxilio psicológico que se encuentra en la base junto a las necesidades no sea confundido con un proceso psicoterapéutico, en tal virtud su uso evita en la mayoría de los casos que se desencadenen psicopatologías producto de eventos desencadenantes con factor emocional.

Tabla Nro. 7
Protocolo S.O.S

S	Soporte	Sostenga la llamada / sostenga la comunicación sin perder sintonía y empatía
O	Oportuno	Operativice la unidad más cercana / aplique técnico de primer auxilio psicológico con enfoque de alto impacto.
S	Sostenible	Sensibilice al paciente a que colabore con el personal / sensibilice sobre la ayuda que necesita y posibles soluciones.

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2020).

Elaborado: Mgs. Juan Diego Carpio Espinoza (2020).

Por ningún motivo se debe utilizar técnicas de psicoterapia que ameriten una sesión continua, por tal motivo existe una diferencia entre las técnicas PAPA y las terapeutas de consultorio.

Uso estratégico de las descargas emocionales

La descarga es un proceso fisiopsicológico para regular el cuerpo al expresar las emociones a través de cualquier procedimiento que permita sacar lo vivido o guardado en la emergencia sanitaria, por ejemplo:

- Escribir libremente los recuerdos de eventos traumáticos.
- Escribir los problemáticos o eventos vividos.
- Contarlos en un grupo posterior al evento o al finalizar labores.
- Hacer un cuento o cortometraje.
- Reconocer temores.
- En el caso de niños que dibuje y le den forma a su temor.

Estas actividades o herramientas generan un efecto paliativo sobre la ansiedad, miedo, tristeza y otros desajustes emocionales (Leahy, 1998).

Protocolos específicos

Finalmente es importante recalcar que existe una diferencia por ciclos evolutivos, en el caso de la selección de las técnicas hay que tomar en consideración los siguientes protocolos según las edades:

El protocolo V.I.D.A. es un protocolo para el manejo asertivo de niños, niñas y adolescentes:

Tabla Nro. 8
Protocolo V.I.D.A.

V	Verdad clara y sencilla	Es necesario considerar que en NNA tiene derecho a vivir el dolor frente a la crisis, la mejor forma es generar un proceso en donde la verdad sea clara, sencilla y sin ahondar en el problema.
I	Identificar figura de referencias	Todos los niños, niñas y adolescentes cuentan con iradas aprobatorias o de respaldo, verificar el lenguaje corporal de protección a que familiar genera apego.
D	Decidir estrategias para niños	Aplicar técnicas de gestión emocional, descargas o lúdicas con enfoque en crisis y resiliencia
A	Activar redes de apoyo	Nunca dejar al menor de edad solo, siempre aplicar normas y activar red social.

Fuente: Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma y Atención de Crisis Emergencias y Desastres

Elaborado: Mgs. Juan Diego Carpio Espinoza (2020).

El protocolo S.O.S.T.E.N.E.R. es un protocolo para el manejo e personas adultas:

Tabla Nro. 9
Protocolo S.O.S.T.E.N.E.R.

S	Solventar necesidad básicas o fisiológica	Aplicar el triángulo emocional para solventar las necesidades básicas del ser humano, alimentación, comida, seguridad etc.
O	Operativizar un espacio físico	Buscar un espacio físico sin anclajes visuales, auditivos o kinestésicos.
S	Sostener con el lenguaje corporal	Aplicar lenguaje de acompañamientos: <ul style="list-style-type: none"> • Sostener con la mano • Sostener en el hombro • No frotar en los abrazos • Para no invadir usar la cara externa de la mano al señalar • Colocarse en postura corporal del paciente.
T	Tomar medidas de seguridad	Evitar elemento que se presenten para intentos auto líticos u actos impulsivos por la crisis.
E	Establecer prioridades de vida	Jerarquizar la necesidades, objetivos y prioridades pos crisis.
N	Nivelar emociones	Aplicar técnicas de gestión emocional como la tabla 6.
E	Encuadre de la noticia	Para dar noticias es necesario ejecutar un encuadre que tenga la información de lo realizado para el paciente, incluye actividades, datos, nombres y todo lo referente a su abordaje.
R	Racionalizar emociones	Permitir que la persona tome el tiempo que necesite para racionalizar sus emociones y comportamientos, no presionar a la calma.

Fuente: Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma y Atención de Crisis Emergencias y Desastres

Elaborado: Mgs. Juan Diego Carpio Espinoza (2020).

Todos estos protocolos, técnicas y estrategias tienen que ir de la mano con el Método V.A.K. el mismo que permite anclajes positivos para reducir traumas emocionales.

Establecer cuál va a ser el estímulo, orden de parada, que se va a utilizar para detener el pensamiento.

Puede utilizarse cualquier estímulo suficientemente intenso que se pueda producir a voluntad y sea capaz de atraer inmediatamente la atención, como un ruido intenso (una palmada, un despertador de alarma, una grabadora donde se registre a intervalos intermitentes la orden de parada en voz alta y con fortaleza, para ello los intervalos pueden ser 2 minutos, 1 minuto, 3 minutos, 2 minutos, etc.), un grito ("Basta", "Stop", "No", "Alto"), algo físico (ponerse una goma de pelo en la muñeca y estirla y soltarla de golpe), también se pueden mezclar varios estímulos de parada, por Ej.: la palabra "Basta" y la goma (liga) en la muñeca, la foto de un familiar.

Tabla Nro. 10

Método V.A.K.

V	Visual	Anclajes visuales como una fotografía, carta, buzón o muro del desahogo.
A	Auditivo	Canciones, freces asesinas o audios familiares.
K	Kinestésico	Abrazos, técnica del lavado (wahs), técnicas espejo

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2020).

Elaborado: Mgs. Juan Diego Carpio Espinoza (2020).

Si somos luz tenemos que aprender a soportar las quemaduras

Víctor Frank

Bibliografía:

- Carpio, J. (2019). Protocolo de intervención en violencia de género, Primeros Auxilios Psicologicos . Cuenca.
- Federación Internacional de Cruz Roja. (2020). Salud Mental y Apoyo psicosocial para el personal, los Voluntarios y las Comunidades en un brote del Nuevo Coronavirus COVID - 19. Ginebra.
- Federación Internacional de Cruz Roja. (2004). Primeros Auxilios Psicológicos. En S. P. socorros. Costa Rica.
- Leahy, R. (1998). Técnicas de procesamiento emocional.
- Marin, R. (2011). Como dar malas noticias. Ediciones SA.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Curso de APH. Azuay, Ecuador: curso de Atención Pre Hospitalaria - Zona 6.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). Manual de Primeros Auxilios Psicológicos para el personal de Salud. Quito Pichincha.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). Operativización de la Salud Mental en Emergencia. Quito Pichincha.
- Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma y Atención de Crisis Emergencias y Desastres. (2016). Cursos de Primeros Auxilios Psicológicos y Apoyo Psicosocial.
- Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma y Atención de Crisis Emergencias y Desastres. (2018). Talleres de Duelo. Cuenca.
- Slaikeu. (1988). Intervención en Crisis.

“PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES”

Florencia Rosa Cafarelli

Argentina

rosa_florencia@hotmail.com - papeargentina@gmail.com

*Dedicado a mi viejo que partió en tiempos de pandemia,
para dejarnos una gran enseñanza.*

*A mi vieja, a mi hermana y a mi sobrino,
grandes amores de mi vida.*

*A mis amigos y maestros,
grandes baluartes de mi existencia.*

*A vos, para que nunca te falte.
Te veo en el sol.*

A Ana López por su corrección.

*A los habitantes perpetuos del cerro El Cocinero:
Leonardo Smirnoff, Facundo García y Leonardo Palomba.*

Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales (PAPE)

“Son la primera ayuda que se brinda a las personas que se encuentran afectadas ante una emergencia, crisis o desastre. Se brindan cuando las dolencias no obedecen a daños físicos, sino a emociones de ese momento: miedo, tristeza, angustia o dolor”¹.

(Organización Mundial de la Salud)

Cuando hablamos de **Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales (PAPE)** nos referimos a la asistencia e inmediata intervención que se le otorga a una persona, sea cual sea su rol en ese momento: víctima, familiares, allegados, comunidad. Ante la urgencia, se le ofrecen diferentes estrategias y técnicas, para que tome para sí aquello que le haga falta o que, en muchos casos, se lo permita su estado de conmoción.

En estos estados de crisis los recursos disponibles se encuentran saturados, y esta situación específica, que disrumpe en su vida habitual y cotidiana, la vuelve desconocida y amenazante. Lo que la persona experimenta es particularmente esperable, porque los seres humanos necesitan encontrarse en equilibrio. La búsqueda de homeostasis actúa en el organismo e intentará realizar respuestas adaptativas mediante procesos de retroalimentación y control. La supervivencia en este sentido es instintiva y va a demandar la resolución inmediata del suceso, para sentirse menos amenazado por sentimientos desconocidos y dolorosos. Esto es lo que se pretende, pero veremos, que no es tan fácil como se cree.

La incapacidad de adaptación es una situación peligrosa, ya que los mecanismos de defensa no funcionan, desencadenándose cambios extremos en la impulsividad y la excitación. Se ve elevado el nivel de estrés y los mecanismos de adaptación, se verán disminuidos precipitadamente.

La persona al verse superada en sus capacidades de resolución, experimenta tal estado de tensión que la inhabilita en la búsqueda de posibles soluciones. Por este motivo es que las intervenciones que se realicen, tenderán al restablecimiento del equilibrio emocional.

Los objetivos de los Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales perseguirán:

- Ofrecer recursos posibles y favorecer a que cada individuo reconozca sus potencialidades y las ponga en marcha.
- Brindar protección y seguridad, así como también aliviar inmediatamente o a corto plazo, síntomas de estrés, previniendo de este modo la aparición de futuras reacciones emocionales negativas.
- Dar apoyo a la persona en el aquí y ahora, para permitir aliviar su desorganización emocional, ya que su ansiedad no permanecerá estática sino, muy por el contrario, dada la tensión por la crisis se encontrará en constante cambio.

- Brindar consuelo, empatía y cariño.

Nuestra intervención ayudará a que la persona pueda adaptarse lo mejor posible a la situación, y así re-asociarse emocionalmente e ir fortaleciéndose de a poco.

Los **Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales** tienen claramente definido su objetivo. La técnica que se utiliza es precisa y aliviadora, con un anclaje en el aquí y ahora. Posibilita acompañar a la víctima dentro de su shock, en un momento puntual.

Para que la víctima pueda conectarse, aunque sea unos minutos, con la situación, debe ser asistida en el primer instante del incidente. De esta forma, estamos evitando una desconexión total con la situación estresante que la aqueja, evitando el estrés postraumático que puede devenir si no se está lo suficientemente atento.

Quiero dejar claro que no todas las personas transitan las situaciones críticas de la misma forma. Algunos de ellos necesitarán ser atendidos por profesionales de la salud y otras personas solo requerirán transitar el momento crítico en el tiempo que les haga falta con convicción, dolor y conciencia. Cada situación a su debido tiempo.

La mejor y más valiosa forma de recorrer estas situaciones es atravesándolas con un corazón abierto y una cabeza lo más calma posible, pero eso es algo que no todos logran ni pueden asimilar. De esta forma, las personas llegarán al fondo de sus sentimientos y, aunque duela, ellos transformarán las experiencias siendo para cada ser humano una enseñanza particular y enriquecedora al final del camino.

Como proveedores de los PAPE, es comprensible poder entender ciertas actitudes y sentimientos que, sin embargo, no es posible para la víctima por su estado actual de shock. Por esto, debemos ser particularmente cuidadosos al ubicar las palabras y que estas sean lo más neutras posibles de juzgamientos y sentimientos. Por ejemplo; evitando decir: al final del camino habrá luz; esto es una enseñanza de la vida, está en un lugar mejor, es solo una pérdida material, no es tan grave como parece, entre otras.

La resignificación del suceso no nos corresponde a nosotros, solo acompañamos e intervenimos y, en todo caso, la víctima nos enseñará el camino. Es un construir con el otro y cada ser es diferente, por tal motivo, no hay recetas mágicas.

He visto intervenciones que son llevadas a cabo como recetas de cocina y terminan siendo un rotundo fracaso.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES EN ZONAS AGRESTES

La palabra agreste viene del latín "agreste" y significa "campesino, inculto que no está cultivado". Sus componentes léxicos son: agre, agri (campo de cultivo), más el sufijo-este (relación, pertenencia).

Definicion.de (2008-2020), <https://definicion.de>.

La aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales en zonas agrestes tiene dos aristas bien marcadas que deben ser atendidas con cuidado:

1. La primera, es la adaptación al sitio y a las circunstancias de quien/quienes lo imparten. Sobre todo, si aquellos a los cuales se le encomendó la tarea, no son parte de la sociedad/comunidad.
2. La segunda, y no menos importante, son los escasos recursos disponibles, que hace que las circunstancias sean menos confortables y fáciles (en el sentido metafórico de la palabra), tanto para víctimas como para interventores.

Entonces, a todo lo conocido, le debemos sumar estas dos instancias y sin subestimarlas comprenderlas e incorporarlas: las necesidades y formación del personal, y los recursos disponibles del lugar que nos predispondrán y nos marcarán la intervención.

¿Por qué se les ocurre que hay que prestar especial atención a esto?

Sugiero en este aspecto, que el personal que interviene pertenezca al lugar que requiere el servicio (socioculturalmente hablando). Por tal motivo, sería correcto capacitar y formar en esta Área a la mayor cantidad de personas posibles para que todos conozcan y pueda aplicar estas técnicas.

Estar familiarizado con el lugar, es un plus especial que quiero remarcar debido a que la pertenencia, las competencias y la confianza de esos interventores son garantía de éxito. Es importante comprender que el personal que interviene en PAPE (como cualquier primer respondiente) debe readaptarse a la situación para poder comprenderla, analizarla y abordarla. Sin embargo, trabajar en zonas agrestes tiene el agregado que se encontrará, además, con características propias del lugar; dinámicas particulares; tiempos propios de la zona y de las personas que le son ajenas y diferentes a las acostumbradas

por el respondiente (en caso de que el sitio no tuviera personal capacitado), produciendo una sobre exigencia al evento.

Es una utopía pensar que todas estas circunstancias externas, no afectan el bienestar del personal que interviene. Imaginemos si además de la situación, donde como interventor debo readaptarme, física, mental y emocionalmente, sería inevitablemente una doble situación de estrés.

Por tal motivo, considero que las diferentes regiones deberían comenzar a formar primeros respondientes en PAPE. Lo que evitaría la doble reestructuración, evitando un mayor cúmulo de estrés, desorganización interna y externa, situaciones desagradables, entre otros. Creer que, por estar preparados para brindar Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales, estamos exentos de todo lo que intentamos prevenir, es uno de los errores más grandes que se cometen en este ámbito.

La segunda característica es comprender que los recursos disponibles que ofrece el lugar en cuestión, son escasos e incluso nulos (materiales, físicos, institucionales, religiosos). Lo que lleva a un mayor tiempo de concreción e implica que el tiempo de intervención pueda prolongarse más de la cuenta. Comprender que debo disponer de mayores y variados recursos personales, para llevar adelante esta situación donde aparecerá con mayor fervor la sensación de frustración, abandono, desprotección y desconcierto. Por ejemplo, esperar hasta 7 días para poder conseguir una silla de ruedas, muletas, audífonos, o tener que viajar 100km para asistir a una ceremonia religiosa, o esperar una ambulancia 5 horas al lado de una persona que sufrió un accidente en la ruta, no es tarea fácil.

¿A qué se denomina una zona agreste?

Se denomina **zona agreste** a los sitios que se encuentran alejados de los grandes centros urbanos, zonas extensas asemejadas al campo, zonas inhóspitas relacionados la mayoría de las veces a climas extremos (frio o calor), inseguros por su morfología, socioculturalmente con particularidades específicas. Lo que recomiendo en estos casos es suponer en todas las intervenciones que hagamos fuera de nuestra localidad o sitios de confort, son zonas agrestes. Así estaremos preparados mental y físicamente para la gran exigencia que vamos a transitar.

Para los PAPE una zona agreste puede ser un lugar que posea zonas extensas (referidas a kilómetros); sitios que se encuentre alejados de centros asistenciales de todo tipo; alejados de sus hogares; alejados de los sitios donde se encuentra su núcleo de contención o lugares que satisfagan sus necesidades

primarias, secundarias y terciarias.

Decidí separar y nombrar las etapas de necesidad según las mencionadas por Maslow (1943) en: primarias, secundarias y terciarias. Esta diferenciación tiene que ver con las necesidades que una persona en crisis puede requerir.

Las **necesidades primarias**, son aquellas necesidades vitales para sobrevivir (alimentarse, dormir, beber agua y abrigarse); las **secundarias** tienen en objetivo de aumentar la satisfacción y el bienestar; y las **terciarias**, serían las afectivas y sociales.

¿A qué le llamamos etapas que satisfagan necesidades primarias, secundarias y terciarias? A continuación, las enumero:

1. Necesidades primarias:

- Alimentarse e hidratarse,
- Descansar,
- Abrigarse y refugiarse.

2. Necesidades secundarias:

- Recibir medicamentos, elementos de transporte (muletas, sillas, etc.).
- Recibir elementos de necesidad (pañales, audífonos, anteojos).
- Recibir atención médica.
- Compra de objetos necesarios/esenciales, para estar más cómodamente
- Realizar cualquier tipo de documentación extraviada de primera necesidad,
- Buscar ayuda espiritual y psicológica.

3. *Necesidades terciarias:*

- Realizar llamadas y conectarse con sus seres queridos,
- Reunirse con sus familiares, allegados, compañeros de viaje,
- Recibir noticias de la situación, sobre todo, si hay familias/conocidos que se encuentran desaparecidos.
- Declarar,
- Solicitar permisos, autorizaciones, eximiciones.

Para poder ordenar estas necesidades, además de la experiencia, me he basado en Abraham Maslow, psicólogo estadounidense (1908- 1970) y la *pirámide de la jerarquía de las necesidades humanas (1943)*, donde menciona que los principales motivadores del comportamiento humano son sus necesidades. ¿Por qué menciono esta pirámide?, porque uno no puede pasar al siguiente nivel, si no cubre la base de la pirámide y no es posible pasar a la siguiente, y así sucesivamente. Para sobrevivir necesitamos, al menos, cubrir las dos primeras necesidades. Considero que a grandes rasgos es así tal cual menciona el psicólogo.

Si bien podemos cuestionar y analizar el orden de las necesidades cuando suceden las emergencias, primero se prioriza la vida de las personas (cualquier sea su participación en el evento), luego sus necesidades más vitales que le darán seguridad (mental, emocional y psicosocial) y finalmente, luego de encontrarse seguro, es posible comenzar a pensar un poco más en lo que necesitamos de forma más pragmática y emocional.

Objetivos ampliados en la atención en zonas agrestes que deben tener en cuenta aquellas personas que manejan personal:

- Garantizar la seguridad de los intervinientes de PAPE.
- Coordinar las acciones conjuntas con diferentes actores, que se encuentran alejados del sitio del suceso.
- Intentar disponer de personal para relevo, debido a que las distancias y tiempos, pueden prolongarse en el tiempo.
- Adaptarse a las situaciones ambientales, sociales y culturales si el

personal es ajeno a la zona.

- Capacitar al personal tanto física, mental y psicológicamente, para atención en zonas agrestes.
- Prever de equipamiento específico.
- Mantener un protocolo actualizado.
- Comunicar en todo momento las situaciones que se lleven a cabo.

Debemos recordar que hay diferentes niveles de emergencias, y estos niveles, requieren de material y personal específico. Sería ideal aplicar PAPE en todas las situaciones que se lo requiera. Esta planificación de este nivel debería ser habitual y enmarcarse en todos los protocolos disponibles. Esto es tanto para el personal interviniente como las víctimas, familias y allegados.

AUTOCUIDADO DEL PERSONAL EN ZONAS AGRESTES

*“Cuidarse, protegerse y quererse,
urge seguir viviendo”
Florencia Rosa*

En este aspecto hay dos tipos de formas de cuidarse y protegerse. Uno de ellos es el autocuidado preventivo, emocional; y otro, es el autocuidado físico. Ambos necesarios y complementarios.

Desde mi punto de vista, siempre se confunde cuidado con egoísmo y necesidades con narcisismo. Considero que cuidar todos los aspectos que nos hacen personas más fuertes, más resilientes, más integra y más protegidas es comprender los límites integralmente que tenemos todos como personas, para poder dar lo mejor en nuestra tarea. En una emergencia pasar hambre, sueño, frío, etc. (sin mencionar la incomunicación con nuestros seres amados), no nos convierte en mejores profesionales y, definitivamente, no nos convierte en mejores seres humanos. En este aspecto, “sufrir” se confunde en emergencia con “altruismo”.

La verdad es que tiré la primera piedra, ¿quién no ha pasado por situaciones de gran desgaste físico y emocional, y no ha sido un bálsamo poder bañarse con agua caliente y comer una comida nutritiva?. Hay una

“falsa” controversia y es que sufrir más, pasar más cantidad de necesidades, nos convierten en profesionales dignos y se les debe más por todo lo dado. Ahí entra el egocentrismo y si merece un capítulo especial.

Intervenir en zonas agrestes es un desafío mayor para quienes lo realizan, por tal motivo expongo algunas necesidades para tener en cuenta, que en zonas urbanas pasan desapercibidas. Es necesario comprender que en este tipo de zonas las comodidades pasan a un segundo plano, y es necesario disponer de todos los elementos necesarios para poder transitar nuestra estadía lo más “aceptablemente” posible.

Para aquellos que hemos viajado y trabajado en zonas agrestes, llevar un alimento en la mochila, un termo con agua caliente o una manta, poder comunicarnos con nuestros seres queridos literalmente nos han salvado la vida. En zonas urbanas es más factible conseguir ciertos elementos por encontrarnos rodeados de ellos, pero en zonas donde no hay nadie a la redonda o disponemos de escasos recursos, resulta una tarea pesada si no estamos acostumbrados a ello.

Cuidarnos es esencial para saber cuidar a otros. Comprender que la única forma de cuidar a otro sin morirnos en el intento, es atravesar por las situaciones con conciencia y con un corazón abierto. Aceptar que somos seres humanos y finitos, es el primer paso en este camino del autocuidado y del autoconocimiento.

Reconocer y comprender que nuestras necesidades y límites, nos enseñan a ser más conscientes de nosotros y así, podemos comprender, acompañar y guiar a otro.

LA TANATOLOGÍA Y EL DOLER

*El encuentro con la muerte es un período
trascendental de la vida,
con el que hay que encontrarse dignamente.
O'Connor, Nancy.*

Etimológicamente, “Tanato” *muerte*, “logos” *tratado, palabra, razón, estudio, tratado, discurso*. El vocablo *Tánatos* deriva del griego Thanatos (nombre del dios de la muerte de la mitología griega). Para el estudio en cuestión, lo denominaremos *sentido*, y de ahí, se desprende etimológicamente que la

Tanatología es “la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte”, esto según <https://www.sisaludintegral.com> (2020).

El término Tanatología, “La ciencia de la muerte”, fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en el año de 1908 recibiera el Premio Nobel de Medicina. En ese momento era considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal.

Su objetivo principal es proporcionar calidad de vida al enfermo terminal buscando que sus últimos días transcurran de la mejor forma posible. Además, se ocupa de todos los duelos derivados de pérdidas significativas que no tienen que ver con la muerte ni con los enfermos moribundos.



La tanatología es una disciplina que nos acompaña en el dolor para que podamos comprender y resignificar el mismo. Que el suceso se convierta, sea cual sea, en un punto de partida, en un nuevo comienzo. La tanatología te ayudará a intentar transitarlo y nos dirá las etapas que atravesaremos y posibles sentires. Cuáles serán los síntomas y que problemas sentirás si te quedas atrapado en alguna etapa.

Hay muchas situaciones de pérdida: desde la pérdida un ser querido hasta perder el trabajo, realizar una mudanza, la pérdida de la confianza en un amigo, cambiar de escuela, perder compañeros de trabajo, la muerte de una mascota, entre tantas otras, son todos sucesos de gran importancia. Tanto adultos como niños han atravesado pérdidas y ellas nos llevan a resignificar lo que nos sucede y darle un nuevo inicio a lo ya conocido. Ninguna de nosotros elegimos perder “algo” y que nos duela. Nadie elegí atravesar este suceso ni entrar en el dolor, pero este dolor nos lleva a doler, y este doler a transitar. El duelo, al ser un proceso universal e inevitable, ha sido objeto de estudio por diversos autores y muchos han intentado establecer sus diferentes etapas.

Estas etapas nos deben llevar el tiempo que nos deba llevar, sin apuros y sin atajos. Cada persona transita este duelo de acuerdo con sus recursos personales, sociales, familiares y culturales. Sin embargo, esta pérdida no nos permite discernir en cómo queremos reiniciar lo que viene. Nadie tiene la fórmula mágica y este dolor no se alivia con medicamentos. El dolor físico lo podemos ubicar en una parte del cuerpo. Me duele aquí o allá. Pero el dolor del alma, como algunos se suelen llamar, no se alivia tan fácilmente. Hay que aprender a convivir con el dolor. Transitarlo.

La manera como se ve e interpreta a la muerte, ya sea como un acontecimiento general o ajeno, cambia cuando afecta a una persona en particular, cuando el enfermo o sus familiares se enteran de la posibilidad de la cercanía o la inminencia de la muerte, por lo que es importante conocer sus reacciones y actitudes en estas circunstancias (Veatch, 1976).

A la tanatología se la describe como una serie de circunstancias que rodean la muerte de un ser humano y está enfocada a establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su familia y el personal médico que lo atiende, un lazo de confianza, esperanza y buenos cuidados, que ayuden al enfermo a morir con dignidad.

Según la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross (1994) crea el denominado *Modelo Escalonado*, que consta de 5 etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación ante cualquier situación de pérdida. No todas las personas pasan por todas ellas y no hay un orden concluso entre ellas.

La primera etapa es la de la *negación*, claramente es negar lo sucedido. No creer que esa situación esté ocurriendo, y funciona como un amortiguador después de la noticia inesperada para poder recobrase. Según Kübler-Ross (1994) *“la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial”*.

La segunda etapa es la *ira*, y tras haber pasado por la primera etapa y luego de comprender que, si está sucediendo, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Es un sentimiento difícil de manejar, ya que la misma, se dispara en todas las direcciones y generalmente contra aquellos que están a nuestro lado.

La tercera fase es el *pacto*, *la negociación*, aunque dure uno corto tiempo que intenta posponer los hechos y una promesa que elevará con tal de que ese suceso se aplase en el tiempo. Según Kübler-Ross (1994), *“la mayoría de los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas”*.

La cuarta fase es la *depresión*, una vez que el suceso está presente y

se vive en cuerpo y alma como una gran sensación de pérdida. Siendo esta depresión necesaria para hacer tangibles las angustias y ansiedades.

Finalmente llegamos a la última y quinta fase, la *aceptación*. Esta fase no es una fase colmada de felicidad, sino que se hace presente aquello que temo, lo que se aproxima, lo que debo trabajar.

Cualquier pérdida produce un proceso de duelo, muertes pequeñas que marcan la vida. Desde situaciones de gran envergadura como crisis, catástrofes o desde la pérdida del trabajo, la pérdida de un peluche para un niño, etc., cada pérdida es importante y debe ser considerada como tal.

Para la tanatología la “Muerte Adecuada” consiste en definir como:

- Ausencia de sufrimiento
- Persistencia de las relaciones significativas del enfermo
- Intervalo permisible y aceptable para el dolor
- Alivio de los conflictos
- Ejercicio de opciones y oportunidades factibles para el enfermo
- Creencia del enfermo en la oportunidad
- Consumación en la medida de lo posible de los deseos predominantes y de los Instintivos del enfermo.
- Comprensión del enfermo de las limitaciones físicas que sufre
- Todo lo anterior, será dentro del marco del ideal y del ego del paciente.

Hay diferentes situaciones que podemos acompañar, por ejemplo, pérdida de una relación, muerte de un cónyuge, de un hijo, de los padres. Según Domínguez Mondragón (2009) menciona otros de los objetivos del acompañamiento son las amputaciones, los trasplantes, intentos de suicidio, viudez, cambio de rol, nido vacío, infidelidad, infertilidad, portadores del VIH/SIDA, la pérdida de la autoestima, la anorexia, la bulimia, pérdida del trabajo, o de alguna persona cercana afrontando un proceso de duelo.

Todos, alguna vez, hemos acompañado queriendo o sin querer, a transitar la muerte de algo o alguien. Todos hemos atravesado por murallones de dolor, ansiedad, angustia y muerte. De alguna forma hemos salimos victoriosos, pero

no ilesos, y debemos ser agentes conscientes de estas situaciones para aprender de ellas, para aplicarlas y para seguir viviendo. El discurso del moribundo es caótico, nosotros debemos ponerle orden, para acomodarlo y respetarlo.

En nuestra vida, profesional, asistimos en el dolor y la muerte, pero algo debemos dejar claro y es que no lloramos por "ese muerto" sino lloramos por los nuestros, por los que amamos y nos hace pensar en nuestro propio final. Somos los únicos seres que sabemos que en este mundo apenas nacemos vamos a morir. No importa como muramos, sino como hemos vivido.

Para concluir se puede decir que el duelo se inicia inmediatamente después o dentro de los meses subsiguientes a la pérdida, sin encontrarse una alteración en la funcionalidad de la persona. Por lo mencionado anteriormente puedo decir que el duelo no configura un trastorno mental y usualmente no dura más de seis meses o un año.

Según Horowitz (2009), el duelo patológico es aquel donde *"la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución"*. Un duelo con estas características se ve afectado el entorno físico (dolores y quejas), emocional (desesperanza, culpa, tristeza), espiritual (creencias), social (pérdida de contacto con el mundo circundante), conductual (cambio de patrones conductuales a negativos) y cognitivo (alteraciones en general).

DUELOS Y EMERGENCIAS. UN FINAL CANTADO

*El duelo (del latín dolus, dolor),
son las demostraciones
que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene
por la muerte de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar.
Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2008).*

Kafka y la muñeca viajera



“Franz Kafka se encontró con una niña en el parque al que iba a caminar todos los días. La niña lloraba desconsolada porque había perdido su muñeca. Ayudó a la niña a buscar la muñeca, aunque no tuvieron éxito. Quedaron al día siguiente para seguir buscándola.

Como no la habían encontrado, Kafka inventó ser cartero de muñecas y le entregó una carta “escrita” por la muñeca donde le decía a la niña que no llorase su ausencia, que había salido de viaje a ver mundo:

- “Te escribiré mis aventuras.” - concluía la carta.

Este fue el comienzo de muchas cartas. Cuando él y la niña se reunían, él le leía las cartas que escribía de aventuras imaginarias de la muñeca. La niña quedaba así consolada.

Kafka se puso enfermo y tuvieron que poner fin a sus encuentros. Le regaló una muñeca con una carta. La muñeca obviamente era diferente que la muñeca original. La carta explicaba que los viajes la

habían cambiado.

Años más tarde, la chica ahora crecida, encontró una carta metida en una grieta desapercibida dentro de la muñeca que decía:

- "Cada cosa que amas, es muy probable que la pierdas, pero al final, el amor volverá de una forma diferente".

Hablar de duelo es hablar de pérdida, de dolor, de ausencias y por eso preferimos no hablar y esquivar el concepto. Pensar siquiera en ello, nos lleva a creer "ilusamente" que hemos fallado, como si trabajar en emergencias es sinónimo de inmunidad e inmortalidad. No lo hablamos y tememos hacerlo porque significa hacerle frente, visibilizarlo y pensarnos capaces de dejar de existir, de morir.

Atravesar e intervenir una situación de emergencia con fallecidos nos coloca en una situación muy particular. Sobre todo, si no hemos internalizado y trabajado ese tema personalmente. Asistir en situaciones con personas fallecidas nos lleva a espacios personales, estas situaciones nos hacen pensar en nuestros propios muertos, nuestra propia soledad, nuestra propia muerte. Esta situación nos lleva a nuestras propias pérdidas, a replantearnos la vida, a buscar profundamente en nosotros mismos el significado para intentar aprender de ello, resignificar y resurgir como el ave Fénix.

Estas situaciones en particular deben acompañarnos en nuestra intervención cotidiana y tener presente que esa persona "se muere porque debe morir", y no significa que "se me muera". Tomamos en estas intervenciones el poder de la vida del otro, cuando nosotros solo somos meros instrumentos para poder acompañar en este trance sea cual sea.

La palabra "duelo", increíblemente hasta en el diccionario de la Real Academia Española, tiene varias definiciones. Aparece: dolor, lastima, aflicción o sentimiento.

Existen diferentes formas de doler.

Bowlby (2007) definió al duelo como "*todos aquellos procesos psicológicos conscientes o inconsciente que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquier sea el resultado*".

Acompañar a doler requiere empatía y un constante trabajo personal, comunitario y social.

¿Qué sucede con el duelo y el personal de emergencia?

El personal de emergencia lleva adelante los duelos de forma colectiva. Infinidad de veces nos afecta tanto como si fuéramos los protagonistas porque el dolor es tan intenso, en infinidad de veces, que confundimos nuestro rol en la situación. Entonces se entra en la dicotomía de pensar si somos espectadores o protagonistas. Para que quede claro, no es nuestro duelo, no somos responsables por la muerte del otro, no es nuestro muerto. Definitivamente, no vamos a transitar por estas situaciones y salir ilesos. Por supuesto, que va a marcarnos de infinitas maneras, cada uno lo va a transitar con las herramientas propias, con la experiencia de transitar estas situaciones, con la formación, entre otras.

Claramente tampoco es posible no sentir nada, el famoso "a mí no me paso nada", "la verdad que la muerte no me da temor, ni miedo, ni respeto, no me produce nada", también es una situación que requiere de nuestra atención.

En todas las instituciones que he participado, intervenido y acompañado, denoto que es un tema tabú para el personal que trabaja en emergencias. Se me ocurre pensar que en un método de defensa que utilizan estos trabajadores y no lo abordan completamente porque si lo transitan, de alguna u otra manera, les impediría trabajar. Sin embargo, no desaparece solo con evitar nombrarlo y desarrollarlo porque son compañeros constantes e inevitables de su función.

Profundizando en la temática del duelo en personal de primera respuesta (bomberos, médicos, enfermeros, primeros respondientes, rescatistas, etc.) hay una vivencia anticipada de la propia muerte y mucha impotencia por la muerte del otro. También se ha observado sentimientos de culpa, temor, vulnerabilidad, dolor, fracaso, tristeza, entre otros.

Increíble pero claramente habitual, siendo una realidad ya anunciada, que el personal que trabaja con la muerte, que no posee preparación sobre el manejo de duelo, responde con mecanismos de defensa inadecuados, con actitudes negativas e ira.

Worden (1994), señala que la experiencia del duelo propio nos hace difícil ser o sentirnos útiles con la persona que lo experimenta. El profesional de la salud puede sentir frustración y enfado, de igual manera puede sentirse tan incómodo siendo testigo del dolor de la otra persona, que este malestar lo lleve a establecer una relación breve y superficial con el paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el equipo interdisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés.

COMUNICAR MALAS NOTICIAS

*"No hay mentira mayor
que una verdad mal comprendida"*
Williams James



A quien le corresponda comunicar sobre estas situaciones, debe estar preparado para llevar adelante situaciones de estrés e incluso, debe manejar una protocolarizada, entrenada. Cada público es particular y espera que esa comunicación, sea lo más próxima posible a la realidad: familiares, allegados, compañeros de trabajo.

En todas las situaciones que atravesamos, debemos comunicarnos con otro, recordando que en situaciones de emergencia o crisis la víctima o paciente se encuentra disociado. Este mecanismo de defensa al cual apela el ser humano, es precisamente para llevar adelante la situación inesperada. Específicamente, comunicar la proximidad de la muerte o incluso, informar el deceso de una persona allegada, genera estrés. Dependiendo de las estrategias que utilice para ello determina la próxima relación que tengamos con esa víctima. Los receptores que reciben esas malas noticias no se olvidan jamás quién se lo informó, ni el lugar, ni cuándo. Tener las habilidades para informar las malas noticias puede disminuir el impacto emocional, permitiendo ir asimilando la nueva realidad. Sin embargo, estas situaciones son tomadas como una capacidad menor y la falta de preparación conlleva a situaciones indeseables, pero que definitivamente debemos enfrentar.

Cuando hablamos de “malas noticias”, hablamos de aquella que drástica y negativamente altera la perspectiva de la víctima en relación con su futuro. La reacción de una víctima ante una mala noticia va a depender básicamente de su personalidad, creencias religiosas, apoyo familiar percibido y el marco antropológico-cultural en el que vive. Es por tanto un fenómeno individual modulado en la perspectiva sociocultural.

A continuación, detallo algunas recomendaciones prácticas para la intervención en terreno:

Recomendaciones sobre la información:

1. Reunir toda la información disponible.
2. Suministrar información en concordancia con las necesidades y deseos de la víctima.
3. Aportar habilidades de comunicación que permitan reducir el impacto emocional que la mala noticia tiene sobre el receptor.
4. Consensuar un plan de seguimiento de acciones.

Recomendaciones sobre el espacio físico:

1. Disponga de un lugar privado y lo más confortable posible.
2. Apague o silencie dispositivos (celulares, radios VHF, etc.).
3. Si es posible debe sentarse (esto indica que no tiene apuro, que está ahí dispuesto hasta que pueda contestar/acompañar lo necesario).

Recomendaciones sobre la intervención:

1. Preséntese e infórmese del nombre/nombres de las personas involucradas.
2. Incite al dialogo lo máximo que se lo permita la víctima. De esta forma, sabrá el nivel de comprensión de la situación.

3. Busque a allegados/familiares que no se encuentren tan afectados. En ellos podemos canalizar las necesidades inmediatas (solicitud de información, toma de decisiones, entre otros).
4. Determine el nivel cultural de la víctima para elegir las palabras apropiadas que sean comprensibles.
5. Acuda a las pausas para dar tiempo de asimilación. Deje que la víctima utilice el tiempo que necesite para comprender el evento y que pueda expresarse con total libertad.
6. Utilice un lenguaje sencillo y adecuado.
7. Prepare a la víctima antes de dar la noticia más dolorosa/complicada.
8. No juzgue ni de apreciaciones personales.
9. Tenga en cuenta las decisiones de la víctima/familiares y allegados, sobre todo, si se encuentran colmados de buenos juicios.
10. Aclare dudas (las que usted pueda), informe de los pasos a seguir y que sepan que estará el equipo a disposición.

Recomendaciones sobre nuestro accionar/sentir:

- Nunca culpabilizaremos a la persona por lo que dice o siente.
- Siempre debemos respetar las creencias religiosas, incluso cuando no las compartamos.
- Respetaremos las variables culturales.
- Los adultos deciden sobre los menores o el juez en su defecto.
- Incluir a todas las personas.

Según Andrea Herrera, Matías Ríos, José Manuel Manríquez, Gonzalo Rojas (2008), se desarrollan dos protocolos de entrega de malas noticias:

I. PROTOCOLO SPIKES:

Fue desarrollado por Baile basado en el protocolo de Bukman (2014) donde SPIKES es una sigla en inglés, cada letra representa una fase en este

esquema de 6 pasos: 1) S setting; 2) P perception; 3) I invitation; 4) K knowledge; 5) E empathy y 6) S summary.

Los componentes esenciales de SPIKES incluyen demostrar empatía, reconocer y validar los sentimientos del paciente, explorar el entendimiento y aceptación de la mala noticia, y entregar información sobre posibles intervenciones.

Los objetivos del protocolo son, en primer lugar, obtener información del paciente, lo que permitirá determinar el conocimiento, las expectativas del paciente y su disposición a escuchar malas noticias. El segundo objetivo es entregar información legible acorde a las necesidades del paciente y sus deseos. El tercer objetivo es apoyar al paciente en el empleo de habilidades para reducir el impacto emocional y el aislamiento experimentado por recibir la mala noticia. El objetivo final es desarrollar una estrategia en la forma de un plan de tratamiento con la cooperación del paciente. No todos los episodios de entrega de malas noticias requieren de todos los pasos del protocolo, pero cuando se hacen se debe seguir la secuencia.

II. BENNETT & ALISON:

Los autores sugieren un enfoque de 7 pasos para discutir el diagnóstico de cáncer con el paciente basado en su propia experiencia y la recomendación de otros. Los pasos pueden ser adaptados a una variedad de situaciones clínicas donde la mala noticia es entregada y no está diseñado solamente para la discusión del diagnóstico de cáncer. Además, hacen recomendaciones con respecto a la negación y la colusión con parientes.

La negación puede ser un mecanismo de afrontamiento útil para el paciente que no puede adaptarse a la información dada. Llega a ser un problema cuando causa angustia significativa al paciente o familiares, o si impide al paciente manejarse con temas importantes para él y su familia. La colusión con parientes es una conspiración de silencio que puede contribuir a la soledad y a una muerte aislada, si al paciente no se le da la oportunidad de saber su diagnóstico. La presión de los parientes de mantener el secreto puede ser inmensa, por lo que es importante desafiar la colusión para ahorrarle al paciente la ansiedad y la angustia del aislamiento y evitar un duelo complicado para los parientes, quienes fueron prevenidos o avisados de ser abiertos con el paciente antes de la conspiración. Éticamente la información clínica debe ser discutida con el paciente primero, y únicamente puede ser discutida con la familia si el paciente da la autorización para hacerlo.

Si bien la entrega de malas noticias en una emergencia/crisis/situación inesperada se enfoca en una situación completamente diferente, es posible obtener herramientas y recursos de los protocolos mencionados anteriormente. Debido a que las víctimas no son pacientes y que estas víctimas no reciben tratamiento de parte del interventor. Sin embargo, hay generalidades que pueden ser aplicadas a los Primeros Auxilios Psicológicos, por ejemplo:

- Confidencialidad.
- Empatía.
- Respeto.
- Verdad.
- Promover habilidades.

Los niños y la muerte

A continuación, expongo algunas características mínimas sobre la muerte y las reacciones esperables según su etapa evolutiva. Quiero mencionar que en situaciones de crisis son los mayores o adultos responsables quienes toman decisiones sobre los niños. En caso de que ese niño se encuentre solo o sola, decidirá sobre las acciones a seguir el profesional a cargo que velará por la seguridad y bienestar del menor y lo entregará a las autoridades competentes.

(0 a 3 años) – (3 a 6 años) – (6 a 9 años) – (9 a 12 años)

- (0 a 3 años) no tienen conciencia de lo que significa, pero presienten que algo está pasando a su alrededor.
- (3 a 6 años) atribuyen a fantasías lo que ocurre. La muerte es la ausencia física y creen todo lo que les digamos en forma literal.
- (6 a 9 años) las muertes ocurren y son irreversibles, pero no tienen conciencia de que ellos y sus seres queridos pueden morir.
- (9 a 12 años) las muertes ocurren y son irreversibles para todos.



En todas las situaciones de comunicación, se debe evitar decir:

- Está en un lugar mejor,
- Se fue con "Dios",
- Pronto lo verás,
- Más adelante se te pasará lo que sentís,
- Seguro/ creo/ me parece,
- Por alguna razón sucedió,
- Ahora es un angelito más.

RITUALES Y CEREMONIAS

*Las ceremonias estarían en la escala del día,
los rituales podrían darse a escala de minutos.
<http://www.filosofia.org> (2020).*

Cada religión o práctica posee rituales y ceremonias específicas para este final. Hay muertes con flores y cantos; y otras con silencio y devoción. Cada situación y cada despedida debe ser considerada por quienes aplican PAPE, para poder acompañar los procesos y actitudes de las víctimas, previendo posibles sucesos desagradables.

Las diferentes culturas pueden aceptar la muerte, negarla e incluso desafiarla. En la cultura occidental, que tiende a desafiar a la muerte, las estrategias para la salvación han incluido el activismo y el ascetismo. En la cultura oriental las estrategias han sido, preferentemente, contemplativas y místicas.

Podemos ser expertos en esta temática si nos apasiona y si debemos comprender que cada religión tiene directrices que desean ser cumplidas y respetadas por la sociedad en la cual habitan. Pero esto no debe ir en contra de las leyes de los pueblos, si esto sucede, la justicia del hombre tomara intervención.

Como intervinientes, haremos lo posible para que sean respetadas y

que se cumplan al pie de la letra, siempre que se resguarde la seguridad de la situación en sí.

Hay tantas formas de transitar el morir y de transitar los duelos, como tantas personas hay en este mundo. Nadie sobrelleva el dolor de una misma manera, ni con la misma compañía, ni en las mismas circunstancias, ni nadie realiza ceremonias idénticas ni cada sociedad y cultura lo expone con los mismos términos.

Definitivamente los rituales y ceremonias nos ubican en un rol en particular frente a nuestros seres queridos, allegados y a la sociedad toda.

La muerte puede ser considerada como el fin de la existencia o la transición a otro estado del ser o de la conciencia. Para los budistas y para los hindúes el sufrimiento no es causado por la muerte sino por el dolor de experimentar una reencarnación. En estas culturas el objetivo es el fin de las reencarnaciones no el fin de la muerte, que es el objetivo del cristianismo.

Teniendo en cuenta las dos anteriores dimensiones con las que puede ser considerada la muerte, ésta puede ser vista como algo sagrado o algo profano.

En las culturas en las que existe alguna concepción de inmortalidad, ésta puede ser personal o colectiva. En la cultura occidental las concepciones de ser tras la muerte incluyen la integridad y continuidad del propio yo. En las culturas orientales el último objetivo es una inmersión indiferenciada e impersonal en el propio universo.

Hay culturas que han adoptado una actitud hedonista y pesimista respecto a la vida debido a la inevitabilidad de la muerte, espléndidamente expresada en las "Odas" de Horacio (2011) "*Carpe diem, quam minimum credula postero*" ("*Disfruta hoy y confía poco en el mañana*"), habitualmente expresada de forma abreviada como "*carpe diem*".

A continuación, me atrevo a compartirles un artículo que escribí en tiempo de pandemia, cuando todas las ceremonias y rituales estaban prohibidos, debiendo reinvertarme para poder llevar adelante la muerte de mi viejo. A pesar de los impedimentos, algo había que hacer porque estaba bien muerto. Sepan disculpar mi enojo.

Morir tiene sus lujos

Definitivamente morir es un suceso de por sí estresante, donde no se termina de comprender los misterios de la muerte, que nos confronta

irremediablemente a los misterios de la vida.

Llamarnos al aislamiento de por sí es una situación extraña y estresante, pero esconderte de un fantasma invisible que te acecha, es una tarea doblemente desafiante. Por naturaleza el hombre es un ser social que, por otros y gracias a otros, se reconoce como tal, se acepta, se cuestiona y te invita a lanzarte a una aventura maravillosa de autoconocimiento.

Según la Real Academia Española la palabra "aislamiento" significa: aislar, incomunicación y desamparo. Términos duros para nuestra sociedad occidental, donde el cariño materializado en sus miles de formas nos definen como sociedad.

Cuando nos morimos, la presencia de otro hace que ese suceso sea menos solitario, menos doloroso y más real. Hay un otro que me reconoce doliente y se arman las ceremonias y rituales necesarios en donde los valores colectivos se ponen en práctica.

Luego del suceso, se comienza a transitar diferentes sentimientos y etapas del duelo, que se van entremezclando y estrechando entre sí. Algunas aparecen de inmediato, y otras van a ir apareciendo a medida que pasa el tiempo dicen los expertos. ¿Del dolor hablamos? No, creo que no. No lo mencionamos aún, porque el mismo es tan grande que no es fácil confrontarlo y, menos aún, transitarlo. El dolor, ah sí, dicen que va a ir disminuyendo, pero no deja de existir, no nos confundamos. Se transforma, como todo en la vida.

Dicen los que saben que hay un tiempo para todo y, otra vez el tiempo que va y viene y nos atraviesa como una daga (ya que estamos, lo hacemos temático).

Pero no es novedad que morir es difícil de por sí. Sobre todo, porque tenés el alma tan rota y los ojos tan llenos de dolor, que ni siquiera puedes leer las letras chicas. No cuestiono el tramiterio que te lleva de vivo a muerto, cuestiono las formas, que quede claro por favor.

Morir no es un acto individual y egoísta, sino colectivo y público. Las ceremonias y rituales, porque sean cuales sean, todos las tenemos, forman parte de este proceso. Compartir el dolor de la pérdida con otro, hace que nos confrontemos con nuestros propios sentimientos. Intentaremos percibirlos, luego intentar aceptarlos o, por lo menos, se nos pone el suceso frente a los ojos y no podemos escaparle por mucho tiempo.

Usualmente, morir tiene sus lujos. Pueden hacernos un catering interesante, aunque no puedas tragar nada, con bebidas calientes y frías

pa' bajar el bocado. Pueden ponernos transporte, uno comfortable para los dolientes y uno para el occiso para que vaya cómodo hasta la morada final. También retiran el cuerpo de donde esté y te lo llevan a donde querés. Te asesoran para realizar la documentación correspondiente para que "esa persona que en vida era", pase a ser un "difunto" en un papel frio para que presentes donde gustes.

Luego te ofrecen diferentes tipos de cajones (la parte donde te preguntan el peso y la altura es fuerte debo admitirlo), música instrumental, parcelas privadas, urnas de diferentes formas y flores o coronas. Esto es así, todos los sabemos. Mirarlo de afuera es una cosa, vivirlo y en pandemia es otra.

En todo esto ¿dónde quedamos los sobrevivientes? No sé, estamos intentando ubicarnos en alguna parte.

Pero en tiempos de pandemia, la cosa tiene sus vericuetos.

Morir en pandemia tiene sus contratiempos. Muchos sitios cerrados, médicos ausentes por la cuarentena, teléfonos que dejan de ser atendidos y la lista es larga. A todo esto, se le suman los laberintos de transitar por la city. De por sí, hay que pasar los controles de "sanidad" donde luchas con las largas colas de autos, personas con barbijos, incertidumbre, cansancio, miedo, planillas y conos. Donde, por supuesto, no es lo mismo transitar en vehículo propio que en transporte público. Cuando uno, apenas con las habilidades para manejar, llega a los controles y debe justificar el paso, puede pasar cualquier cosa. En transporte público los tiempos cambian, debido a que hay que esperarlos largos minutos, que se vuelven horas eternas de ida y vuelta.

Al llegar a la barricada te aborda el personal correspondiente. Te solicitan los permisos y la documentación necesaria que cuesta mucho conseguir, y que no es tarea fácil. Donde una expone con el corazón en la mano lo sucedido y rogas con la mirada que te permitan pasar y que, encima, te crean.

Una vez que transitas por la ciudad de los zombies, llegas al sanatorio/hospital. Te informan del suceso, de los pasos a seguir y te envían a un sector "privado". Ese sector recibe los insumos del hospital, por allí se retiran los residuos y, por supuesto, de allí sacas a tu muerto. Claramente separamos a los muertos de los vivos, no sea cosa que la mezcla nos confunda un poco más.

Finalmente, te dan un turnito para retirar al occiso y todo arreglado.

Una vez hecho el trámite inicial de cuasi retiro y seguimos con los pasos necesarios con la casa de sepelios (previo ir y venir pasando controles). Ahí todo se vuelve formal, entonces la cosa se pone linda de por sí. Te abordan con amabilidad y te informan que por esto de la pandemia te hacen un pequeño descuento porque no es posible el encuentro social. El catering no va, el transporte de los dolientes no va, las flores no van, el cajón no sabemos si va, pero te hacen el trámite en el registro civil y te lo envían por mail. Ese trámite lo hace el registro civil, no lo hace la casa de sepelios, pero te salvan de no saber cómo informar lo sucedido con tu familiar.

Te piden documentos, sacan fotocopias, firmas permisos y pagas una interesante suma de dinero por un servicio limitado, pero te llevas la sorpresa cuando pedís la factura. Primero te dicen que después te la dan, y finalmente no te dan nada, porque deberías haber pagado la suma del 21% más, que nunca me negué a pagar, porque no sabía que podía estar rozando la ilegalidad. Le sumo al desconcierto, estar cometiendo un delito.

Una vez realizado el pago. Turno en mano, debes atravesar los controles con la misma odisea que hace unas horas, pero más abatido porque vos sabes cómo es la cosa, pero no pensábamos que era para tanto.

Luego, ellos se encargan del asunto del traslado. Te despediste en la clínica si tuviste suerte. Te avisan en unos días como va la cosa.

Recordemos que todos los involucrados en la logística están de teletrabajo con una guardia mínima que cambia para que todos trabajen. Por ende, la persona que te atendió hace un rato es diferente a la que atendió ayer y la que te atenderá mañana. Entonces y concluyendo, te confunden un poco, pero la voluntad de atenderte está.

Lo más terrible, es encontrar los restos de tu familiar. Que esta allá, que quedo acá, porque al no poder acompañar al cadáver lo terminas perdiendo de vista. En este punto me guardo el comentario, porque me entristece profundamente buscar a mi viejo como si estuviera buscando un objeto cualquiera.

*Sin embargo, no todo está perdido, quiero que sepas que, Duele...y...
"¿Por qué duele? Duele porque te amo y porque no te tengo... duelo".*

Pero en este camino del morir, no todo está perdido. Hay personas delicadas que con solo una mirada te abrazan, con una palabra te calman y con un beso te curan. Porque en esto de partir queda en uno poder

reconfortarse con las pequeñas cosas, y tomar del recuerdo y del amor, todo lo máximo posible para salir adelante, para sanar y para aceptar.

Porque morir es parte de la vida, porque vivir es parte de la muerte. Porque aun sabiendo que partiremos nunca estamos lo suficientemente preparados para ello. Porque hoy pido disculpas por no comprender todos los vericuetos del morir, y porque me enoja cuando se subestima el dolor. Ese dolor que te parte en mil pedazos para que te reconstruyas y puedas brindar mucho más de lo que hacías antes.

Morir no solo es alejarte físicamente. Morir no solo es no "verte". Morir también es extrañarte hasta las tripas.

Dedicado a todas las personas que, con empatía, saben acompañar con diligencia y cariño. No importa las condiciones sociales y mundiales que aquejen al sistema en ese momento, el dolor, la perdida y la vulnerabilidad a la muerte es la misma.

Acompañemos con respeto y amor.

*Dedicado a todos aquellos que perdieron
amores en todas sus formas.*

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE CADÁVERES

*Desmitifiquemos la creencia que
los cadáveres transmiten enfermedades.
Organización Panamericana de la Salud (2005).*

Los protocolos de manejo de cadáveres como ocurre con otros protocolos tienen el fin de homogeneizar criterios y procesos referente al tratamiento y seguimiento de manejo de cuerpos. Esto tiene por objeto:

- Recuperación,
- Identificación,
- Almacenaje,
- Preservación,

Psicología de la Emergencia

- Manejo,
- Documentación,
- Morada final,
- Información y comunicación,
- Apoyo a las familias.

Existen diferentes protocolos para el manejo de cadáveres: aquellos nacidos muertos, partes anatómicas, cadáveres con riesgo biológico, cadáveres con muerte traumática y en sucesos con procedimiento judicial (con dirección directo a la morgue), etc.

Para llevar adelante la gestión del manejo de cadáveres se requiere de una coordinación apropiada y una estructura que sostenga los sucesos tanto a nivel local, regional como nacional. Según la Organización Mundial de la Salud, es de vital importancia para la ejecución de las siguientes tareas:

- 1) Manejo de la información y la coordinación de las actividades de evaluación;
- 2) La identificación de los recursos requeridos (por ejemplo, equipos forenses, morgues, bolsas para cadáveres, etc.);
- 3) La implementación de un plan de acción para el manejo de los cadáveres;
- 4) La divulgación de información precisa a las familias y a las comunidades sobre la identificación de los desaparecidos y el manejo de los cadáveres.

Como primeros respondientes en la intervención en PAPE, deberíamos conocer los procedimientos básicos para dar respuesta a los sobrevivientes. Aunque en zonas agrestes, estos procedimientos pueden retardarse, sobre todo, si hay que realizar documentaciones en sitios alejados y traslados prolongados.

Conocer y comprender estos protocolos ayudan a explicar a los sobrevivientes los pasos a seguir, trámites, tiempos y responsabilidades que llevarán a su ser querido hasta la morada final. Con esto, daremos respuestas y podremos actuar como guías en el tiempo que nos toque estar allí.

Por ejemplo:

- 1) Deberíamos conocer si esa ciudad/localidad dispone de un Protocolo de manejo de desastres/emergencias.
- 2) Reconocer a la persona que dará información a familiares y a medios.
- 3) Conocer los aspectos legales de identificación.

Debemos proteger la dignidad y el cuidado que merece toda persona fallecida y acompañar a los familiares y allegados en este proceso.

El manejo de cadáveres en tiempos de pandemia tiene un plus especial, se va a trabajar con gran cantidad de decesos y su disposición a sabiendas de que las respuestas se atrasaran por la cantidad desmedida de occisos. Si es posible, se debe poder respetar los deseos de los sobrevivientes, su cultura y religiosidad, como así también permitir los procesos de duelo y entierro.

Siempre hay que tener presente la necesidad de equipos locales de intervención durante crisis o equipos de apoyo psicosocial y cómo se puede adaptar su uso a las necesidades y cultura de la comunidad.

En tiempos de pandemia, y esto es algo que estamos transitando, la falta de protocolos y preparación de estructuras políticas y decisorias hace y está logrando que nos sobrepase la situación. Con acciones desmedidas en momentos de tanta confusión, es realmente una muerte anunciada.

Debemos comprender que en el manejo de cadáveres los protocolos deben mencionar procedimientos de manipulación, recuperación, conservación y seguridad para los operarios que deben ser estrictamente respetados para evitar posibles situaciones indeseables y de estrés.

Comunicación y medios

Una de las características más importantes con respecto a la comunicación, es justamente, informar de forma clara, precisa y actualizada sobre la situación. De esta forma, evitamos la duda, el rumor y aclarar la información que no sea real. Con la información responsable y a tiempo, evitaremos situación de estrés de parte de todos los involucrados: familiares, víctimas, medios de comunicación, público en general. Debemos contactar a los medios y tener un jefe de prensa para que coopere con los medios de comunicación que deben ser nuestros aliados en las emergencias.

Comunicación para familiares y allegados:

Según Morgan (2009) propone principios generales:

- Se les debe respeto en todo momento a los fallecidos y a los dolientes.
- Para las familias afectadas es prioritario saber con certeza la suerte que han corrido sus seres queridos desaparecidos.
- En todo momento y en cada fase del proceso de recuperación e identificación de cadáveres se debe suministrar información honesta y precisa.
- Durante todo el proceso mencionado se debe brindar un trato compasivo y solícito a las familias de las víctimas.
- Se deben evitar los errores en la identificación de las víctimas.
- Se debe considerar la posibilidad de prestarle apoyo psicosocial a los familiares y allegados.
- Se deben respetar las creencias y necesidades culturales y religiosas.

Identificación de las víctimas

- Se debe establecer un área local que facilite la reunión familiar como ayuda a los parientes.
- Los familiares de las víctimas deben ser los primeros en recibir la información del hallazgo e identificación de sus seres queridos.
- Los familiares de los muertos y desaparecidos deben conocer a ciencia cierta las expectativas que pueden esperar del proceso adelantado, incluidos los métodos que se utilizan y los plazos fijados para la recuperación y la identificación de los restos humanos.
- A los familiares se les debe permitir suministrar toda información que se tenga sobre el pariente desaparecido.
- La identificación debe llevarse a cabo tan pronto como sea posible.
- Debe evitarse que los niños participen en la identificación visual de los cadáveres.
- Debe respetarse la necesidad de los familiares de ver los cuerpos de sus seres queridos, como un componente del proceso de duelo.
- Una vez identificados los cuerpos, se les deben entregar a sus familiares

cercanos tan pronto como sea posible.

Apoyo a las familias y allegados

- El deseo imperativo de los parientes de las víctimas, cualquiera que sea su religión o su cultura, es lograr la identificación de sus seres queridos.
- Debe procurarse el consejo y la asistencia de los líderes religiosos y comunitarios para mejorar la comprensión y la aceptación de la recuperación, el manejo y la identificación de los cadáveres.
- La manipulación y la disposición poco dignas de los cadáveres pueden traumatizar aún más a los familiares y, siempre que sea posible, deben evitarse. Se debe garantizar el manejo cuidadoso y ético, incluso la disposición final.

Como primeros respondientes acompañar con diligencia, respeto y delicadeza debe ser nuestro fin primordial. Dejando que la premura para aquellos que no se encuentran directamente en la intervención de los familiares y las víctimas.

Ser amables y ser empáticos es parte de nuestro rol. Tratemos a otro como nos gustaría ser tratados en momentos tan delicados.

Confiemos en nuestras capacidades personales y seamos sinceros con nosotros mismos, nuestros propios límites nos salvan del abismo.

¡Hasta pronto!

RELATOS DESDE EL CORAZÓN

A continuación, quiero dejarles dos relatos de familiares que han perdido a su ser amado en la avalancha del Cerro Cocinero en Chubut en el año 2010. Honremos la memoria a 10 años de su partida. Por ellos, los guardianes perpetuos del Cocinero: Leonardo Smirnoff, Leonardo Palomba y Facundo García. Hasta pronto.

Ambos relatos son los textos originales. No se ha realizado corrección alguna.

...

Sobre el tiempo puntual, en que murió mi hermano (Leonardo Smirnoff)

Recuerdo cuando Cristian (mi otro hermano) me llamó una noche, para decirme que había escuchado de un alud en el sur, en donde creía que podría estar Leonardo, nuestro hermano.

Recuerdo comunicarme con el guardaparque de Los Alerces, quien con mucha humanidad y tacto (que yo no era capaz de interpretar en ese momento), mencionaba la posibilidad que mi hermano pudiese haber estado en el lugar de la avalancha.

Recuerdo a mi esposa sacarme un pasaje en avión, mientras metía algunas cosas en la mochila, e inmediatamente salir para el aeropuerto.

Antes de subir al avión, recuerdo haber hablado con mi madre; ella me pedía algo que significaba en su voz, mucho más de lo que podía cumplir. Me pedía: "tráeme a Leo". Y yo sabía que tácitamente quería decir "vivo"; pero a esa altura que apenas comenzaba el periplo, mis entrañas sentían que eso, no iba a ser posible.

Cuando llegué a Esquel, me espera un gendarme con una camioneta. Yo trataba de interrogarlo; de sacarle algo de información. Pero él, no decía nada, para no generar dolor ni esperanzas. Por fuera se lo veía rígido, pero sus ojos denotaban estar conmovido por la situación.

Llegamos al parque Los Alerces, donde me recibió el director Pereyra. Me explicó lo poco que se sabía y el desastre que había dejado la avalancha tras de sí. Más de 10 mts. de nieve cubrían la zona del refugio en donde habrían acampado mi hermano Leonardo y sus dos compañeros.

La furia que llevaba dentro mío, solo me permitía pensar en que el tiempo pasaba; ¡si me diesen una pala, yo empezaría a cavar en la nieve!

De ahí me llevaron a un hospedaje, en donde conocí al intendente de Trevelin, quien se puso a mi disposición.

Hasta ese momento (y durante mucho tiempo), toda la amabilidad de la gente que nos acompañó no era capaz de apreciarla. El dolor que sentía (siento) era tan fuerte, que me anesthesiaba.

Al cabo de unos días, comenzaron a llegar los familiares de los dos compañeros de mi hermano que habían estado acampando, en la zona donde había ocurrido la avalancha (y estaban desaparecidos). Conocí gente rota como yo; pero no eran yo. Y me imagino que yo no sería ellos. El dolor tenía la misma intensidad, pero para cada quien era particular. Se podían compartir algunas cosas o recuerdos, pero otros solo se podían liberar en la

intimidación de alguna caminata a orillas del lago. Ese lago, tan frío y profundo, que era capaz de sepultar en el fondo y por separado, los gritos llantos y puteadas, de cada familiar. El lago era más importante que Dios, ya que este último pudiendo hacer algo, no hizo nada.

Gente de la zona, rescatistas y voluntarios, organizaron un operativo de rastillaje, para tratar de encontrar a los tres escaladores. Un poco después, se sumó gente del ejército.

Parece que todos los familiares tuvimos la misma idea e hicimos el mismo pedido: "Denme una pala y díganme por dónde empezar". Los rescatistas nos decían que en la zona había gente experimentada y que no era necesario. Luego entendí que era una manera modosa para decirnos que no seamos ridículos, y que de hacer eso, en vez de ayudar, estorbaríamos. Esto lo comprendí, cuando nos llevaron a sobrevolar la zona. Nunca me sentí tan pequeño, inútil, e insignificante, ante el escenario en donde la naturaleza mostraba su poder. La cantidad de nieve era tal, y había corrido montaña abajo con tal fuerza, que había desaparecido un bosque completo de Lengas. Los árboles no estaban. Solo había nieve, blanca e indiferenciable. ¿qué lucha habría podido dar, un refugio de 2 mts. x 2 mts. hecho de chapas y mucho amor?

Esa fría capa de nieve había sepultado, lo que más quería. Como si el mundo hubiese dado vuelta una hoja en blanco, que debía ser escrita con cosas nuevas. Pero yo, no quería avanzar en la historia. Quería leer a mi hermano. Entonces miraba alrededor de todo lo blanco, afinando la mirada para ver a lo lejos, un puntito rojo (la campera de mi hermano Leonardo, era roja). Y miraba todo el tiempo que estaba solo, tratando de convencerme que en una de esas estaba golpeado, o lastimado, pero que había zafado de la avalancha ... Miraba en el plano del campo; en la ruta, todos los días en que nos llevaban desde el hospedaje al Parque (ida y vuelta). Esa era mi negación, la puta negación que siempre me acompañó en mi vida, y que en ese momento se hacía presente, para no aceptar lo indiscutible y obvio de la situación, habiendo observado desde el helicóptero, el desbastador poder de la naturaleza.

Cuando en la actualidad escucho o veo en Facebook, que alguien que dice: "si realmente lo deseas, lo vas a conseguir", me gustaría abrigarlo un momento con el sobre todo de mi pena; pesado, grueso, abrigado hasta no dejarte sentir el aire. Y decirle a esa persona que, en comparación con el poder de la naturaleza, nosotros somos una escala menos que microscópica!!! (y otras cosas más).

Tres veces por día (medio día, tarde y noche), algún rescatista bajaba y nos daba un parte sobre avances, descubrimientos o suposiciones de por donde se avanzaría en la búsqueda. Esa información, no era como uno acostumbra a oír en los noticieros. Los rescatistas demostraban una hermandad con los tres chicos desaparecidos en la avalancha; ese gesto respetuoso y sentido, era reconfortante de una manera inconmensurable. Una noche, Luisito bajo a pasarnos el parte. Solo tenía noticia desalentadores que no quería dar, pero que debía como compromiso con la desesperación de los familiares. Recuerdo

que mientras nos contaba sobre la cantidad de nieve que había, que los rescatistas que arriesgaban su vida en una cortada, en donde podía ocurrir otra avalancha, clavando caños de gas de 4 mts. en la nieve para ver si hacían tope con algo como para comenzar a cavar, a Luisito se le quebró la voz y se puso a llorar delante nuestro. Todos nos abrazamos a él y lloramos juntos. Esa demostración de humanidad, dentro del dolor que nos rodeaba, fue una bocanada de calor al corazón. Los rescatistas estaban haciendo, lo que esperarían que hiciesen por ellos, si les ocurriese algo similar; y nosotros éramos su familia.

Había un solo momento en donde, ¿no sé por qué?, se nos caía una sonrisa. Ni nosotros podíamos creer eso posible... pero ocurría. La persona que lo lograba se llamaba Florencia Rosa Cafarelli, o como nosotros le decíamos (por economía de palabras) Flor (aunque ahora que lo pienso a la distancia, ella era una flor, para nuestros corazones). Nos pasaba a buscar por el Hospedaje, desayunábamos, nos acompañaba virtuosamente logrando que por un breve espacio de tiempo, sintamos atención, abrazo, calidez, simpatía. Ella fue muy especial para todos nosotros.

En ese tiempo, y especialmente en horario de reporte de rescatistas, aparecieron dos caras desconocidas para mí en ese momento, que luego quise con todo mi corazón. Dos andinistas que habían acompañado en la subida al cerro Cocinero a mi Hermano y a los otros dos chicos.

Cuando una noche sintieron el tronar de la avalancha, a la mañana siguiente fueron a ver si estaban en el refugio. El panorama que encontraron fue desastroso y avisaron a las autoridades del parque.

Hablando con ellos, un día en el parque Los Alerces, rompieron en llanto por sentir culpa en haberlos guiado al cerro. Entendí que ellos estaban hermanados conmigo en el dolor; ellos también eran mis hermanos. Conocimos sus familias. Comimos en sus casas. Uno falleció, pero seguro debe andar por el Cocinero. ¡Siempre me sorprendió que ante tamaño dolor, pueda existir un espacio para descubrir el amor en un nuevo amigo!!!

Luego de un par de semanas, sin avances en encontrar ni los cuerpos ni alguna pertenencia que orientara un lugar, y ante la inmensidad de nieve, una de las posibilidades podía ser que hubiese que esperar el deshielo, para poder avanzar.

Por tal motivo los familiares volvimos a nuestras respectivas ciudades.

Dos meses después, aproximadamente, recibí un llamado del director del Parque Los Alerces, indicando que habían encontrado los cuerpos. Viajé nuevamente para reconocer el cuerpo. Al llegar a Trevelin, me recibió el director de gendarmería, el Sr. Calderón. Se mostró súper amable y conmovido por la situación. Me sugirió evitar reconocer el cuerpo ya que él lo había visto, y eso le había quitado el sueño. Yo tenía la necesidad de ver a mi hermano.

Hacerlo fue una de las cosas más duras por las que he pasado. El cuerpo había estado dos meses, aprisionado bajo 10 mts. de nieve. Ese cuerpo que estaba sobre una mesada en la morgue; ¡lo miré y supe que era mi hermano, pero no entendía que era mi hermano! Sentí que el tiempo se detuvo. Yo me movía en cámara lenta, mi cabeza no entendía, un tren me estaba arrollando; pero todo el entorno estaba quieto y en silencio.

Al salir de la morgue, levanté una piedra del suelo, para registrar ese momento que no sabía si era real o una pesadilla. La conservo en mi casa. Aunque es doloroso, esa piedra al menos me lleva a mi hermano.

Habiendo reconocido el cuerpo, quedaba coordinar con la casa de sepelios para trasladar el cuerpo de mi hermano Leo, a Mar del Plata, donde vivía mi madre. Aún estaba pendiente mi promesa de llevárselo a mi madre, aunque no hubiese podido hacerlo con vida.

En este proceso de reconocer y llevar el cuerpo a Mar del Plata, de por sí doloroso, surgió el inconveniente que, si bien habían encontrados los cuerpos, no así sus documentos. De tal manera que la cochería no podía iniciar los trámites sin los documentos, sumado que la morgue no tenía frío; ¡por ende, yo estaba desesperado ya que el cuerpo de mi hermano se descomponía!!!; y el traslado en ambulancia tardaba 24 hs. para llegar a Trevelin y 24 hs. para llegar a Mar del Plata.

Surgieron llamadas, enojos, discusiones, peleas, en una jornada de desesperación.

Finalmente, gracias a la ayuda de mi esposa y un amigo, que pudieron gestionar un avión sanitario, se pudieron trasladar los cuerpos. Si bien el cuerpo de mi Hermano Leonardo Smirnoff, descansa en Mar del Plata, yo sé que su alma se encuentra en el cerro Cocinero, en donde pusimos con mi Tío una plaquita, para que la montaña recuerde su nombre.

El compromiso que le pedí a mi esposa es que cuando llegue mi hora, mis cenizas las depositen en el Cerro Cocinero, junto a mi hermano.

Recuperaremos el tiempo perdido.

Ariel Smirnoff

Cuando se atraviesa una experiencia traumática las sensaciones se repiten en un loop constante. Se pasa de la incertidumbre, a la desesperación, a la tristeza, a la bronca y la aceptación en poco tiempo, casi en el mismo día. La capacidad de pensar claramente es limitada y no es posible exigirle al cuerpo y la mente más que entregarse a la experiencia total de esa angustia. La avalancha fue un sábado a la madrugada. El viernes habíamos hablado por teléfono banalidades. El sábado espere noticias que no llegaron. El domingo una voz desconocida me anunciaba lo que había ocurrido. Llegó la incertidumbre. Los

siguientes minutos, horas, días fueron de organizar qué hacer. Nadie puede estar listo para algo así. Gente que yo no conocía y que estaba a más de mil kilómetros estaban buscando a la persona más importante de mi vida. Y yo, en nuestra casa, sin saber qué hacer. Llega una llamada que nos permite viajar en avión y acortar distancia en la espera. Desde el aire vimos las montañas, su imponente presencia, inmensidad y silencio absoluto. Nadie hablo mucho en ese vuelo. Nadie hablo mucho cuando aterrizamos. Hacía frío y estábamos lejos, no conocíamos a nadie. Una voz amable nos recibe: "los estábamos esperando". Era todo lo que necesitábamos. Que alguien nos esperara y nos acompañara cuando no podíamos hacer nada más que esperar. Pero esperar más cerca ayuda a tratar de entender lo inexplicable. La tristeza se hace paso cuando vemos el cerro, la nieve (yo no me animaba ni a pisarla) y cuando las palabras de quienes conocen la montaña y sus secretos nos dicen la cruda realidad. La verdad es avasallante pero la esperanza se mantiene firme. Todos tenemos en los ojos la tristeza de saber que no vamos a volver a verlos, pero la necesidad imperiosa de seguir buscándolos. Los días trascurrieron así. Como una larga espera a lo inevitable. Nos teníamos entre nosotros, familiares cercanos, y la gente del Parque que amablemente nos acompañaba, algunos nos miraban de lejos merodear, otros se sentaban con nosotros a tomar mate viendo como los días se iban sin novedades. La búsqueda seguía incansable. Veíamos a los voluntarios subir religiosamente por la mañana la montaña y volver por la tarde con frío, cansados de palear kilos y kilos de nieve y con los ojos tristes, como pidiendo disculpas por no poder traernos alguna respuesta. La bronca mezclada con angustia comenzó a inundarnos los últimos días que estuvimos en el Parque, acompañando esa búsqueda, porque ya no era un rescate, era solo una búsqueda de algún indicio de los chicos. Aparecieron algunas cosas que solo confirmaban que estaban en el Refugio al momento de la avalancha. Ya las fuerzas se iban agotando y la respuesta a la gran pregunta que todos nos hacíamos en silencio era clara. Debía volver sola a casa, sin nada. Vacía. Tras casi un mes de estar tan cerca, lo dejaba ahí y volvía a tratar de rearmarme. A tratar de sanar. Una semana más tarde, por fin aparecieron. La sensación fue de tristeza claro, pero también de alivio, de dejar de estar en pausa. Volví al Sur. Ya de primavera, a despedir finalmente su cuerpo. La placa que figura en su lugar tiene un poema vasco de Joxean Artze que dice: "Si le hubiera cortado las alas habría sido mío, no habría escapado. Pero así, habría dejado de ser pájaro. Y yo...yo lo que amaba era el pájaro."

Romina Santa Cruz

Bibliografía

- Bowlby J. La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Barcelona: Paidós. 1983: 464 p.
- Centeno, C. (1999). Principios de Medicina Paliativa. En: Manual de Oncología. Editado por López L. F. González C, Santos J.A. Valladolid. Universidad de Valladolid. Pág. 181-191.
- Di Caprio L, Di Palma A. (1999). La medicina y la muerte. Medicina y Ética. 10:283
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. [Sede Web].22ma Ed. [Acceso el 10 de agosto de 2007]. Disponible en <http://buscon.rae.es/drae/>.
- Diego Núñez. "Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales – Reversión 2012"
- Intervenciones preventivas con víctimas en situación de riesgo". (compilación)- (2012)
- Domínguez Mondragón, Guadalupe La tanatología y sus campos de aplicación Horizonte Sanitario, vol. 8, núm. 2, mayo-agosto, 2009, pp. 28-39 Universidad Juárez Autónoma de Tabasco Villahermosa, México
- <http://www.msal.gob.ar/>
- <http://grupo.us.es/hac/salutogenesis/>
- Kubler Ross Elizabeth. (1972). On Death and Dying. Collier Books, Macmillan Publishing. Nueva York.
- Kübler-Ross Elisabeth. "Sobre los muertos y los moribundos". Editorial Grijalgo (1969).
- Sitio web de la Real Academia Española: <https://www.rae.es/>
- Manual. Curso Básico de Sistema de Comando de Incidentes (CBSCI), Programa de Capacitación de OFDA-LAC/USAID". Julio (2005).
- Morgan, Oliver -- ed La gestión de cadáveres en situaciones de desastre: Guía práctica para equipos de respuesta. Washington, D.C.: OPS, © 2006
- OPS/OMS. La gestión de cadáveres en situaciones de desastre: guía práctica para equipos de respuesta. www.paho.org/spanish/dd/ped/GestionCadaveres.pdf
- Sitio web de la Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es>
- Sitio web de la Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es>

Psicología de la Emergencia

- Veatch MR. (1976). Death, dying and the biological revolution. Yale University Press, New Haven. Vida y muerte de Sócrates. En (<http://www.monografias.com/trabajos13/socrats/socrats.shtml>).
- Vedia V. Duelo patológico: factores de riesgo y protección. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. 2016;4(2):12-34.
- Worden, J. W. (1997). El tratamiento del duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona-España.

“UNA MIRADA DESDE EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO”

SERGIO SUÁREZ SARDÓN

Argentina

sergiosuarezatsl@hotmail.com.ar - asociacionestarat@gmail.com

Conceptualización

Ahora bien, mucho se ha escrito sobre una definición de acompañamiento y acompañante, hago un resumen a continuación, “acompañar terapéuticamente” es una denominación que se integra por un verbo y un adjetivo calificativo.

“Acompañar” es un verbo que según el diccionario quiere decir “estar o ir en compañía de otro”, “existe o hallarse algo en una persona”. “Terapéuticamente” lo define como: “parte de la medicina que tiene por objeto el tratamiento de las enfermedades”.

Como podemos ver, el diccionario que utilizamos conserva y produce una ideología, se fundamenta en un sistema de creencias, que le hacen dar una definición avalada por el modelo científico de las ciencias naturales, donde lo terapéutico aparece ligado únicamente a la medicina, y no menciona, aunque mal no sea para fomentar y crear un espacio de debate, a las demás ciencias sociales que realizan prácticas terapéuticas, como por ejemplo: musicoterapia, Equinoterapia, laborterapia, etc. etc. y tantos otros espacios terapéuticos.

¿Qué es el acompañante Terapéutico?: Es un profesional de la salud, Mucho se ha escrito sobre cómo definir al Acompañante Terapéutico, en lo personal lo defino de la siguiente manera:

Un profesional de la salud, formado, capacitado, un especialista para exponer su forma operativa, como convertir la teoría en práctica, ya que la correlación del binomio acción-reflexión se modifican indefectiblemente en la realidad. (Sergio Suarez 2020)

¿Qué es el acompañamiento terapéutico?: Es un dispositivo ambulatorio

que permite el abordaje terapéutico del paciente en el medio familiar, social, escolar, Judicial, Seguridad, y Comunitario, con el fin de crear y sostener lazos socio-afectivo, propiciando un espacio de contención y aprendizaje. –

El Acompañante Terapéutico en estos últimos tiempos ha dejado de ser una “alternativa” para pasar a ser una profesión “necesaria” y considerada importante dentro de los equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios.

Por último y teniendo en cuenta el crecimiento importante de esta profesión en donde ya no se habla solamente de salud mental, sino que debemos comenzar hablar de salud en general, esto hace que el acompañante terapéutico no quede anclado en las patologías mentales, sino en un acompañamiento realmente social –comunitario con una mirada de acción transformadora y superadora para todas las personas en espacios de salud, escolar, seguridad, judicial, violencias, emergencias, etc.

el Acompañante Terapéutico cuenta con virtudes importantes como la paciencia (**a mi parecer madre de todas las técnicas**) y tolerancia, que lo ayudan a encarar un proceso complejo con el que realizara a través del tiempo.

El acompañante terapéutico sigue con atención cada accionar del paciente, sus miradas, sus gestos, sus actitudes, sus conductas, etc. Y con ellas traza objetivos sin salirse de los lineamientos dados por un equipo interviniente.

Un poco de historia

El Acompañante Terapéutico es una creación argentina y un recurso que surge a principios de la década de 1970, aunque estudios e investigaciones de otros autores mencionan antecedentes de este rol en algunos países de Europa más precisamente en el País de Francia a principios del siglo 20.

Profesión que día a día su figura crece, es fomentada y promovida a nivel internacional, estando en las agendas de políticas públicas en relación a lo social y comunitario.

“La figura de acompañante terapéutico emerge en el contexto de nuestra región (Argentina) hace aproximadamente cuatro décadas. En la actualidad, con este nombre abarca un campo muy amplio y heterogéneo de prácticas que traspasan en mucho el contexto nacional, extendiéndose a lo largo de todo el país hasta países con idiosincrasias tan diferentes como Brasil, España, Italia, Colombia, Paraguay, Chile, Uruguay y Bolivia.

En nuestros días es probable tropezar a menudo con la noción de acompañante terapéutico en diferentes ámbitos y niveles del campo asistencial, generalmente en el campo de la salud, el de la educación y el de la asistencia social o el del campo socio comunitario, también la figura crece en el ámbito Judicial ligado a la protección de derechos.

La figura históricamente estuvo ligada a la clínica psiquiátrica y psicopatológica; los trastornos psicóticos (ej. esquizofrenia); del estado de ánimo (ej. bipolaridad y depresión mayor); los trastornos graves en la infancia (ej.: retraso mental, trastornos generalizado del desarrollo) las dependencias y adicciones graves, y los trastornos graves de la tercera edad (ej.: demencias evolutivas).-

No obstante, en la actualidad y hace un tiempo ya, el acompañamiento terapéutico se extiende hacia campos tan heterogéneos y diversos del campo asistencial, como lo son: el tratamiento de diálisis, el trabajo con pacientes terminales y pacientes oncológicos, el campo de la discapacidad motora, entre otros (ej.: problemas de comportamiento en la escuela: situaciones relacionadas a intervenciones quirúrgicas, problemáticas de violencia intrafamiliar. **(Dr. Eduardo Cossi-2019)**)

El Acompañante Terapéutico su experiencia

La experiencia es extraordinaria es un gran misterio porque no se enseña, sin embargo, de alguna manera, se comunica cuando decimos "habla la voz de la experiencia".

Ahora bien, estimo que con experiencia y vivencias podemos lograr la prudencia, la sencillez, la humildad, la ponderación, el tacto, el buen tino, el saber trabajar en equipo, la tolerancia, y la paciencia, considerando esta última como la "madre de todas las técnicas".

A través de estos años transitados, me animo a manifestar que en general solamente quien se ha hecho a través de experiencias, está abierto a otras nuevas, de las cuales se aprende, que la formación nunca termina, no está consumada, el Acompañante Terapéutico experimentado no es el que sabe todas las técnicas y estrategia, precisamente porque cada caso es una huella digital, porque cada vivencia abre un horizonte a otra nuevas, y por qué el mayor conocimiento es lo que enseña que siempre hay lugar para lo imprevisto, que siempre ocurren situaciones nuevas e inesperadas que no figuraban en los manuales de las universidades, lecciones de las cuales se

aprende, y con absoluta seguridad puedo decir que lo que más se aprende es de los contratiempos, de las frustraciones, de los fracasos, de las pérdidas significativas y de las decepciones.

Es decir, de aquellas situaciones y/o experiencias que te hacen descender, como darte cuenta de tus propias limitaciones, de tus incapacidades, de tu finitud.

Historia del Acompañamiento Terapéutico en Nuestra Provincia de San Luis

En nuestra provincia de San Luis, Argentina, se cuenta con la Ley N° III – 0599 -2007 la cual regula el ejercicio profesional, obteniendo matrícula otorgada por el Ministerio de Salud de dicha Provincia. En el año 2002 se dio inicio a la tecnicatura de Acompañamiento Terapéutico en la Universidad Católica de Cuyo, la misma se dictó hasta el año 2013, fecha en que finalizó el dictado de la carrera. A posteriori en el año 2015 comenzó a dictarse la Tecnicatura Universitaria en Acompañamiento Terapéutico (TUAT) en la UNIVERSIDAD NACIONAL de SAN LUIS, con Sede en la Ciudad de VILLA MERCEDES -- FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS, JURIDICAS Y SOCIALES (FCEJS).

En el 2018 con satisfacción, alegría y orgullo egresó la primera cohorte del T.U.A.T (Tecnicatura Universitaria de Acompañantes Terapéuticos), de la Universidad y Facultad antes mencionada. En el Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico del año 2019 realizado en nuestra provincia de San Luis en el Palacio de Justicia del Poder Judicial, al cierre del mismo se dio a conocer que, a partir del mismo año se conformarían comisiones de trabajo con el objetivo de la creación de la licenciatura en acompañamiento terapéutico desde la FCEJS –UNSL.

Cabe destacar y oportuno comentar que en el año 2016 acompañando a la colega Leticia Márquez se presentó un proyecto solicitando la posibilidad de la creación de un Departamento de Acompañamiento Terapéutico en el Poder Judicial de la Provincia de San Luis, en ese entonces fuimos recibido por la Ministra del Superior Tribunal de Justicia y Presidenta del Instituto de Capacitación e Investigación (ICI) del Poder Judicial de San Luis, Doctora Lilia Novillo.

Luego de unos días, con mucha sorpresa y alegría nos comunicaban que se había creado nuestro tan querido y anhelado espacio, el Departamento de acompañante terapéutico, en el ámbito del Cuerpo Profesional Forense, una

fecha que nunca olvidaremos, el día 18 de agosto de 2016, el mismo estaría coordinado por un profesional de la disciplina (Acompañante Terapéutico) esto marco un antes y un después para el Poder Judicial de la provincia de San Luis y para nuestra profesión; siendo único del país.

Intervención en Duetto

Tragedia en Zanjitas, Intervención y Accionar del Acompañamiento Terapéutico en el espacio de Catástrofes.

Profesionales intervinientes: Lic. Silvina Fernández Grimberg - AT Sergio Suarez.

La localidad de Zanjitas queda a 50 Km. de la capital de la Provincia de San Luis, el día 2 de noviembre el año 2011, comenzaba como cualquier otro día el ritmo de Zanjitas, como el de la ciudad de San Luis, era el de siempre, el de costumbre, hasta que cerca del mediodía, algo inesperado interrumpiría la cotidianidad del pueblo, algo que quedaría perpetuado en la retina de toda una comunidad, ocurriría algo que siempre veíamos en otros lugares o ciudades, lo que creíamos que nunca llegaría a pasar en nuestra casa.

En horas de la (agregar datos fijarse si sale en algún lado) ...se produjo la tragedia, la catástrofe. Un tren embestía y arrastraba un colectivo en el que se trasladaban un grupo de niñas junto a sus docentes, ellas pertenecían al instituto confesional "Santa María" de la capital de la provincia de San Luis. Una vez que diversas autoridades tomaron conocimiento de lo ocurrido, las instituciones públicas y privadas activaron sus protocolos de acción en desastres y catástrofes, Ministerio de Salud y de Seguridad, así como demás organizaciones comenzaban un despliegue de ayuda y contención a través de diversas estrategias de acción.

En este contexto, deseo compartir y relatar la siguiente experiencia: en ese momento me desempeñaba, tal como continúo a la fecha, como acompañante terapéutico en el Subprograma de Familia Solidaria perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social del Poder Ejecutivo de la Provincia de San Luis. Mi intervención fue prestar colaboración en dicho suceso, comencé ese mismo día de la tragedia en horas de la tarde e incorporándome en principio al grupo de compañeras que ya lo estaban haciendo desde la mañana. La modalidad de las intervenciones a las víctimas, tanto a las niñas como a sus padres y familiares, fue la de contener, escuchar y dar información muy escueta, dosificada por los médicos, demás profesionales actuantes y coordinadores de diversos espacios.

Se tomó la decisión de conformar grupos de trabajos en donde se impartían objetivos y abordajes de intervención claros y precisos para transmitirles a los padres y familiares.

Luego de recibir información en forma grupal, nos dividimos en duetos, compartiendo la tarea junto a la psicóloga Silvina Fernández Grimberg (compañera y amiga). Se iniciaban así jornadas de ardua tarea en las que nos veríamos atravesados por diferentes emociones y sensaciones.

En esta vorágine de movilización, había diferentes grupos de intervenciones diferenciados por sus objetivos, unos que informaban a padres acerca de niñas que habrían sufrido algún tipo de daño físico; otros que se abocaban a informar que solamente quedarían internadas en observación; un grupo de profesionales que informaban a los padres del fallecimiento de sus hijas; y un último grupo, destinado a trabajar con las niñas que estaban internadas en sala fuera de peligro, con el fin de comunicarles la dura noticia del fallecimiento de sus amigas. Particularmente nuestro objetivo como dueto fue comunicarles a dos niñas que permanecían internadas en un sanatorio privado de la ciudad de San Luis, que sus amigas habían fallecido.

Una vez delineados los objetivos, comenzamos a planificar estrategias sobre cómo los llevaríamos a cabo, contábamos con escaso tiempo, más precisamente, sólo el tiempo que tardaría el móvil en trasladarnos desde el Complejo Sanitario San Luis al sanatorio privado en el permanecían las niñas. Una vez en el lugar y como primera acción en terreno, solicitamos ver el profesional de guardia para comentarle la situación y detalles respecto a nuestra intervención en el lugar. A continuación, se decidió conocer a los padres de ambas niñas, mencionarle lo sucedido con las amigas de sus hijas y se les propuso las siguientes opciones de abordaje:

1- Comunicarles a las niñas del fallecimiento de sus amigas, comunicación que la harían los profesionales, sin presencia de los padres.

2- Comunicarles a las niñas del fallecimiento de sus amigas, comunicación que la harían los profesionales, con la presencia de los padres.

3- Comunicarles a las niñas del fallecimiento de sus amigas, comunicación que la harían los padres en presencia de los profesionales, quienes tendrían la función de proveer un marco de contención emocional.

Es relevante mencionar que la complejidad de la situación incluía el hecho de que los padres de las niñas internadas también conocían a las niñas fallecidas, ellas habían acompañado y compartido tantas experiencias junto a sus hijas durante los años escolares, de manera que la primera contención emocional estuvo dirigida hacia ellos, para luego poder pasar a la instancia de trabajo con las niñas. No resulta menos importante poder destacar que los directivos de la clínica facilitaron espacios físicos para que la intervención con los padres tuviera lugar en un contexto privado y luego también con las niñas.

Cabe mencionar que una de las niñas eligió que los profesionales le dieran la noticia sin los padres, y la otra niña eligió que la noticia se la dieran los padres en presencia de los técnicos. Todo ello fue respetado, atendiendo a que diversos factores fundaban esas decisiones, tales como la situación clínica en la que se encontraban cada una, características del vínculo entre cada una de las niñas con sus padres, etc.

Cada encuentro duró entre veinte y treinta minutos.

Sin duda fue una experiencia enriquecedora de mucho aprendizaje, pero atravesados por el dolor y muchas otras sensaciones.

“ATENCIÓN EN EMERGENCIAS I: NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES”

Psic. ELSY CAROLINA ACOSTA PÉREZ MSc.*

Venezuela
soylapsico@gmail.com

En la atención de personas que han sido víctimas de alguna situación de emergencias bien sea por una emergencia masiva o cotidiana, hay que tener claro cuáles son las particularidades en el abordaje dependiendo de la etapa evolutiva de los afectados. En este capítulo se pretende abordar esas particularidades en los niños, niñas y adolescentes y como aplicar las técnicas de intervención en crisis de primer nivel para hacer la contención necesaria para evitar la generación de secuelas en el proceso de adaptación a la nueva realidad que genera el evento traumático vivido.

Aspectos Generales de los Niños, Niñas y Adolescentes.

En cada etapa evolutiva existen aspectos generales que son específicas a medida que van pasando los años. En la niñez, existen varias sub etapas de acuerdo a la edad, estas etapas se clasifican de la siguiente manera:

- **Infancia:** Va desde el nacimiento hasta los tres años de edad.
- **Niñez Temprana:** Va desde los tres años hasta los seis años de edad.
- **Niñez Media:** Va desde los seis años hasta los once años.

*Magister Scieniarium en Psicología clínica. Especialista en primeros Auxilios Psicológicos. Terapeuta Familiar Sistémica. Locutora Profesional Psicólogo. Profesora titular del Diplomado de Psicología de la Emergencia en la Universidad Católica del Cuyo.

Psicología de la Emergencia

En otro orden de ideas, La adolescencia es el periodo de la vida en que se pasa de la niñez a la edad adulta. Suele durar al menos unos 10 años. Incluye cambios físicos, psicológicos, conductuales y sociales. Depende de variables culturales y socioeconómicas. Finaliza cuando el adulto joven adquiere cierta independencia y autonomía.

Cada etapa tiene sus particularidades en su desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. En el cuadro 1 se explican las particularidades de cada etapa evolutivas en los distintos desarrollos:

Cuadro 1.
Particularidades de las diferentes etapas del desarrollo evolutivo de los niños y niñas y en la adolescencia.

Etapa	Desarrollo físico	Desarrollo Cognitivo	Desarrollo Psicosocial
<p align="center">Infancia (0 a 3 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Al nacer, operan en diversa medida todos los sentidos y sistemas del cuerpo. Se incrementa la complejidad del cerebro que es muy sensible a las influencias ambientales. Rápido crecimiento físico y desarrollo de las destrezas motrices. 	<ul style="list-style-type: none"> Están presentes las habilidades de aprender y recordar incluso en las primeras semanas. Hacia el final del segundo año, se desarrolla la capacidad de usar símbolos y de resolver problemas. Se desarrolla rápidamente la comprensión y uso del lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> Apego a sus padres y otros. Se desarrolla la autoconciencia. Se produce el cambio de la dependencia a la autonomía. Aumenta el interés en otros niños.
<p align="center">Niñez Temprana (3 a 6 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> El crecimiento es constante: el aspecto es más esbelto y las proporciones son más parecidas a las del adulto. Se reduce el apetito y son comunes los problemas de sueño. Aparece la lateralidad, mejora la coordinación motora gruesa y fina y la fuerza. 	<ul style="list-style-type: none"> En alguna medida el razonamiento es egocéntrico, pero aumenta la comprensión del punto de vista de los demás. La inmadurez cognitiva produce ideas ilógicas sobre el mundo. Se consolidan la memoria y el lenguaje. La inteligencia se hace más predecible. La experiencia preescolar es común y mas aun la preprimaria. 	<ul style="list-style-type: none"> El Autoconcepto y la comprensión de las emociones se hacen más complejos: la autoestima es global. Aumentan la independencia, iniciativa y autocontrol. Se desarrolla la identidad de género. Los juegos son más imaginativos y elaborados y, por lo común, más sociales. Son comunes el altruismo, la agresión y el temor. La familia todavía es el centro de la vida social, pero otros niños cobran más importancia.

<p>Niñez Media: (6 a 11 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El crecimiento se hace más lento. • Aumentan la fuerza y las capacidades deportivas. • Son comunes las enfermedades respiratorias pero la salud en general que en cualquier otro momento del ciclo vital 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye el egocentrismo. Los niños comienzan a pensar de forma lógica pero concreta. • Se incrementan las habilidades de memoria y lenguaje. • Los avances cognitivos permiten a los niños beneficiarse de la escuela formal. 	<ul style="list-style-type: none"> • El Autoconcepto se hace más complejo e influye en la autoestima. • La correulación refleja el cambio gradual del control de los padres al hijo. • Los compañeros adquieren una importancia central
<p>Adolescencia (de 11 a alrededor de 20 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El crecimiento físico y otros cambios son rápidos y profundos. • Se presenta la madurez reproductiva. • Los principales riesgos de salud se deben a problemas de conducta como trastornos alimentarios y drogadicción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se desarrolla la capacidad del pensamiento abstracto y el razonamiento científico. • Persiste la inmadurez del pensamiento y algunas actitudes y conductas. • La educación se enfoca en la preparación para la universidad o el trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La búsqueda de identidad incluyendo la sexual, es un objetivo central. • En general las relaciones con los padres es buena. • El grupo de pares ejerce una influencia positiva o negativa.

Fuente: Papalia, Feldman, Martorell (2012)

Intervención en Crisis en Niños y Niñas.

Intervención en Crisis en Niños y Niñas.

Al momento de aplicar las técnicas de intervención en crisis de primer nivel en niños y niñas, es importante tener en cuenta ciertos aspectos tales como la etapa evolutiva y si se encuentran solos o con alguno de sus padres o un cuidador. Dentro de las reacciones comunes que podemos encontrar en los niños y niñas que pasan por una situación de emergencias tenemos:

Cuadro 2

Reacciones Comunes en Situaciones de Emergencia

Etapa	Reacción común en situaciones de emergencias.
Infancia (0 a 3 años)	Problemas para dormir, dificultades para alejarse del adulto de referencia, Problemas de alimentación, involución conductual, aumento de los miedos, hiperactividad y déficit de atención, juegos violentos, rabietas y mal humor, gritar más de lo normal, pegar al adulto de referencia, verbalizaciones de odio, no querer jugar ni hacer nada, aparentar embotamiento afectivo, llanto frecuente y/o intenso.
Niñez Temprana (3 a 6 años)	No hablar, no entender el concepto de la muerte, Inseguridad, miedo generalizado, alteraciones del sueño, regresiones en comportamientos ya adquirido (mojar la cama, etc.).
Niñez Media: (6 a 11 años)	Cambios conductuales, cambios en el patrón de comunicación, miedo generalizado, pensamientos recurrentes sobre el incidente, alteraciones del sueño. Irritabilidad e impulsividad, cambios en las conductas alimentarias, problemas en la adaptación escolar.

Las fases para aplicar los primeros auxilios psicológicos en los niños son: Contener, Calmar, Informar, Normalizar, Consolar y la forma de aplicación de acuerdo a la etapa evolutiva de los niños y niñas es la siguiente: (Ver cuadro 3):

Cuadro 3

Protocolo de Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos de acuerdo a la etapa evolutiva.

	Infancia	Niñez Temprana	Niñez Media
Contener	Evitar separarse del niño/a, Cogerle las manos, Reconducir las conductas de apego físico exagerado, Dar un espacio para el llanto o el grito controlado	Asegurar la comodidad y descanso. • Muestras de cariño frecuentes.	Tratar que las emociones no se desborden. • Lograr un equilibrio entre la ventilación emocional y el control racional. • Recoger siempre los miedos y las fantasías, pero responder desde el nivel cognitivo, • Dejar cierto espacio para que puedan estar solos pero no excesivo.
Calmar	Ayudarle a relajarse, Hacer que se sienta comprendido, querido y apoyado, Facilitarle la liberación de energía nerviosa, Con niños mayores de dos años ayudar a poner nombre a las emociones	Hablarle en voz baja y suave. • Procurar actividades relajantes. • Tratar de distraerle con elementos de su mundo imaginario	Hablar en voz baja y pausada. • Ofrecer motivos y razones que le ayuden a tranquilizarse. • Recordar alguna situación previa, en la que el niño pudo controlar sus miedos. • No decir nunca que si se calma, todo irá mejor. Posiblemente eso no sea verdad. Permitirle distraerse viendo la televisión, jugando con amigos, etc.

<p>Informar</p>	<p>•Intentar explicarle al niño/a en un lenguaje adaptado a su edad cuál es la situación •Utilizar frases cortas y sobretodo que pueda entender que no está solo y qué pasará a continuación •No ocultarle información y no mentirle nunca •Dile a menudo que le entiendes y que sabes que está triste y tiene miedo</p>	<p>• Usar un lenguaje adecuado a su edad. • Explicar lo ocurrido de forma simple y honesta. • Tratar de responder a todas sus preguntas. • Explicarle las diferencias entre los sueños y los miedos y la vida real. • Explicar el carácter permanente de la muerte y la tristeza que causa.</p>	<p>Utilizar palabras y explicaciones simples. • Responder a todas sus preguntas. • No dar más información de la que nos pide el niño. Si quiere saber más, ya nos lo preguntará. • Averiguar qué sabe el niño: posiblemente haya oído informaciones a medias que le asusten, porque no las comprende. • Si no quiere saber nada, estará evitando el dolor. Es importante retomar el tema al día siguiente. • Si el incidente ha comportado la muerte de alguien, abordar el tema de forma directa, sin rodeos.</p>
<p>Normalizar</p>	<p>Establece una rutina para ir a dormir adaptada a la situación • No le obligues a comer si no tiene hambre • Intenta realizar las comidas en un ambiente lo más relajado posible • Establece límites razonables para las rabietas</p>	<p>Poner nombre a las emociones. • Aparición de conductas agresivas. • Regresiones.</p>	<p>Ayudar al niño a expresar cómo se siente, poniendo nombre a sus sensaciones. • Animarle a expresarse, pero sin forzarle a ello. • Tampoco obligarle a hablar. • Si reacciona con irritabilidad, en lugar de ignorarlo, comentarle suavemente que entendemos que esté enfadado, pero que poco a poco tiene que tratar de no estarlo, no obligarle a hablar: posiblemente prefiera estar con amigos, Explicarle que no es necesario estar triste todo el tiempo, si ha habido una muerte en la familia.</p>
<p>Consolar</p>	<p>Procura hacer actividades positivas con el niño/a • Intenta escuchar cuando el niño/a te “hable” • Permítele tener el control de cosas pequeñas • Ayúdale a expresar sus sentimientos a través de actividades lúdicas</p>	<p>Ayudarle a entender qué ha ocurrido. • Mantener las rutinas familiares. • Permitirle que realice tareas productivas. • No obligarlo a hablar. • Permitirle que participe en rituales de duelos culturales y religiosos.</p>	<p>• Permitirle participar en los rituales de despedida. • Animar al niño a dibujar y/o jugar acerca de lo ocurrido. • Permitirle volver a la escuela y a las actividades habituales. • Fomentar su vida social, • Animarle a explorar qué actividades les ayudan a estar mejor y a realizarlas.</p>

Intervención en Crisis en Adolescentes

Los adolescentes en su etapa evolutiva sufren de muchos cambios al mismo tiempo los cuales deben enfrentarlos en condiciones normales pero al momento de pasar por una situación de emergencia se pueden presentar las siguientes reacciones comunes:

- Añade mayor incertidumbre e inseguridad.
- Coincide con cambios físicos y hormonales que incrementan el nivel de estrés.
- Confronta con la ausencia de un control absoluto sobre la propia vida.
- Ocurre en una época de confrontación natural y evolutiva con el mundo adulto.
- Puede potenciar las actitudes prosociales, pero puede, también, disparar el aislamiento, las conductas de riesgo y las conductas disruptivas.
- En algún caso, puede desencadenar (nunca provocar) la aparición de trastornos mentales para los que el adolescente poseía cierta vulnerabilidad.

En una situación de emergencia se hace imprescindible que exista una cooperación entre los adolescentes y los adultos, para lograrlo, se debe tener en cuenta ciertos aspectos que van a facilitar en el adulto la cooperación del adolescente:

- **Tratar al adolescente como un adulto:** esto hará que el sienta que se está tratando como un igual y que no es tratado como un niño(a).
- **Informar en lugar de adoctrinar:** es importante que el adolescente sienta que se le está informando del proceso.
- **Estar disponible en lugar de agobiar:** los adolescentes tienden

a aislarse cuando se encuentran en una situación de emergencia, es por ello que lo más recomendable es hacerles saber que están disponibles para ellos pero sin invadir su espacio personal.

• Respetar los espacios de aislamiento y contacto en el grupo de iguales.

Hay que estar Claros en que se debe hacer y que no en la intervención de emergencia con los adolescentes (Ver cuadro 4)

**Cuadro 4.
Que hacer y que no hacer en la gestión de emergencias con Adolescentes.**

Qué Hacer	Que NO hacer
<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar siempre al adolescente si es un buen momento para hablar. • Aceptar que el adolescente no quiera hablar. • En caso de que sí quiera, ofrecer información concisa, clara y concreta sobre lo que está ocurriendo. • Animar al adolescente a expresar sus necesidades. • Si no consigue hacerlo, ofrecerle opciones listando actividades que a menudo ayudan a otros adolescentes a sentirse mejor: ir a su habitación, ver a sus amigos, salir un rato, etc. • Invitarle siempre a las actividades que planea la familia, ya sean “para niños” o para “mayores”. El propio adolescente elegirá. • Explorar cómo puede el adolescente contribuir a la gestión del incidente: a menudo los adolescentes son muy prosociales y ello les hace sentirse bien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfocar lo que ha ocurrido de forma complicada y difícilmente comprensible. • Imponer el hecho y el momento de hablar. • Formular expectativas de cómo debe y no debe conducirse el adolescente frente al incidente crítico. • Obligarle a participar en ciertas acciones y rituales, cuando él/ella no desea hacerlo. • Pedirle (o sugerirle) que, dada la difícil situación producida, ahora debe comportarse de forma “impecable”. Eso es imposible, pero generará sensación de culpa en el adolescente. • Entrar en las provocaciones o responder a las malas respuestas que en cierto momento puede dar el adolescente.

Bibliografía

- Álvarez A. Primeros Auxilios Psicológicos evolutivos en niños de 0 a 3 años. 2015. Centro de Crisis Facultad de Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona. España. Curso Mooc recuperado de: <http://es.coursera.com/learn/pap>
- Cruz, E. Primeros Auxilios Psicológicos evolutivos en niños de 3 a 6 años. 2015. Centro de Crisis Facultad de Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona. España. Curso Mooc recuperado de: <http://es.coursera.com/learn/pap>
- Papalia D, Feldman, R, Martorell, G. Desarrollo Humano 12a edición. 2012. Editorial Mc. Graw Hill. México.
- Parada, E. y Col. Psicología Y Emergencia, habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia 2da edición. 2009. Editorial Desclee de Brouwer. Bilbao, España.
- Porcar, I. Primeros Auxilios Psicológicos evolutivos en niños de 6 a 9 años. 2015. Centro de Crisis Facultad de Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona. España. Curso Mooc recuperado de: <http://es.coursera.com/learn/pap>
- Porcar, I. Primeros Auxilios Psicológicos evolutivos en niños de 9 a 12 años. 2015. Centro de Crisis Facultad de Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona. España. Curso Mooc recuperado de: <http://es.coursera.com/learn/pap>
- Porcar, I. El Estrés Cotidiano en los Adolescentes. 2015. Centro de Crisis Facultad de Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona. España. Curso Mooc recuperado de: <http://es.coursera.com/learn/pap>

“ATENCIÓN EN EMERGENCIAS II: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y PERSONAS BAJO LOS EFECTOS DE DROGAS”

Psic. ELSY CAROLINA ACOSTA PÉREZ MSc.*

Venezuela
soylapsico@gmail.com

Dentro de la atención en emergencias, se debe particularizar la atención en lo que se refiere a las personas que se encuentran bajo los efectos de drogas y también las que presentan un trastorno de la personalidad. En este apartado veremos los aspectos generales de los trastornos de la personalidad y de las personas que se encuentran bajo los efectos de las drogas durante un incidente crítico donde se requiere realizar una intervención en crisis de primer nivel.

Aspectos Generales de los Trastornos de la Personalidad

Antes de hablar de los trastornos de la personalidad es importante definir lo que es *la personalidad* la cual es un conjunto dinámico de características psíquicas de una persona, esa organización interior que determina que los individuos actúen de manera diferente ante una determinada circunstancia. Gordon Allport (1979) la define también como *la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en de cada sujeto en su proceso de adaptación al medio.*

Esos procesos de adaptación en los sujetos son variables y únicos en las personas y su efecto es impredecible, cuando eso ocurre, además de muchos procesos que se desencadenan durante su desarrollo evolutivo, pueden llegar

*Magister Scieniarium en Psicología clínica. Especialista en primeros Auxilios Psicológicos. Terapeuta Familiar Sistémica. Locutora Profesional Psicólogo. Profesora titular del Diplomado de Psicología de la Emergencia en la Universidad Católica del Cuyo.

a desarrollarse características de un trastorno de la personalidad. Este se define como un grupo de afecciones mentales en las cuales una persona tiene un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos que es muy diferente a las expectativas de su cultura. Las causas de estos trastornos se desconocen pero se cree que existen factores genéticos y ambientales que están relacionados con su desarrollo.

Los trastornos de la personalidad se dividen en tres grupos distribuidos de la siguiente manera (Ver cuadro 1):

Cuadro 1.

Distribución de los trastornos de la personalidad

Grupo A	Trastorno Paranoide de la Personalidad: presentan desconfianza y suspicacia general, preocupación por dudas no justificadas, rencorosos, sospechas de infidelidad.
	Trastorno esquizoide de la personalidad: personas solitarias, caracterizadas por una tendencia al distanciamiento de las relaciones sociales.
	Trastorno esquizotípico: Aquellos que presentan ideas delirantes de referencia pensamiento mágico, supersticiones, con un comportamiento o apariencia peculiar o excéntrica.
Grupo B	Trastorno antisocial: Desprecio y violación de los derechos de los demás. También conocido como sociópata o trastorno disocial. Irritabilidad y agresividad. Indicados por peleas físicas o agresiones.
	Trastorno límite de la personalidad: Incapacidad para mantener relaciones personales estables y la alternancia extrema de idealización y devaluación, además de impulsividad y tendencia a amenazas suicidas recurrentes entre otras características.
	Trastorno histriónico: su comportamiento siempre está motivado a la búsqueda de atención. Estas personas no se sienten cómodas o se sienten despreciadas cuando no son el centro de atención.
	Trastorno narcisista: Patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. Cree que “es especial” por lo que exige una admiración excesiva. Tiende a envidiar a los demás.

Grupo C	Trastorno de la Personalidad por Evitación: Caracterizados por inhibición social e hipersensibilidad a la evaluación negativa, sentimiento de inferioridad y miedo a las críticas.
	Trastorno por dependencia: Necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno. Temores de separación y dificultades para la toma de decisiones cotidianas. Intensa preocupación por el abandono y tener que cuidar de sí mismo.
	Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Preocupación desproporcionada por el orden, perfeccionismo y control mental e interpersonal inflexible.
	Trastorno de la personalidad no identificado: Comprende aquellos trastornos de la personalidad que no cumplen los criterios para incluirse en un grupo específico como el trastorno depresivo o trastorno pasivo-agresivo.

Intervención en Crisis en Personas con Trastornos de la Personalidad

Al realizar la intervención en crisis en personas con trastornos de la personalidad debemos tener en cuenta lo siguiente:

- Hablar serenamente
- Mostrarse seguro de la información que se está brindando al paciente.
- Evitar discursos moralistas al momento de dar respuestas al paciente.
- Hacerle saber al paciente que se encuentra allí para ayudarlo.
- Tener autoconocimiento de las creencias personales y emociones para poder manejarlas de manera adecuada durante la intervención.

Dentro de las pautas de intervención en crisis para personas con trastorno de la personalidad debemos tener en cuenta las características del trastorno de personalidad que presente el paciente, y determinar si existe algún obstáculo comunicacional que pueda hacer difícil el proceso de intervención. Los pasos a seguir para realizar una intervención en crisis de primer nivel son los siguientes: (Ver Cuadro 2).

Cuadro 2:

Fases para la Intervención en crisis de primer nivel en personas con Trastornos de la Personalidad.

FASES	DESCRIPCION
1. Contacto y Presentación.	<ul style="list-style-type: none"> • Presentarse de forma que el paciente no sienta que somos intrusivos. • Explicar las razones por las que estamos en el lugar y nos hemos acercado. • Establecer el <i>setting</i> de la intervención (confidencialidad, necesidades, estilo de trabajo...)
2. Alivio y protección	<ul style="list-style-type: none"> • Cubrir las necesidades vitales básicas del paciente. • Ayudar a la reagrupación familiar en el caso de que el paciente se encuentre solo en el lugar de la emergencia. • Prestar especial atención a los pacientes que tienen familiares fallecidos a consecuencia del suceso.
3. Contención (si aplica)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar contención emocional • Ofrecer orientación espacial y temporal.
4. Recolección de Información	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar cuáles son las necesidades y preocupaciones inmediatas del paciente. • Recaudar información adicional sobre personas afectadas. • Registrar información sobre eventos estresantes previos al evento de emergencia.
5. Asistencia Práctica.	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar y analizar necesidades inmediatas. • Reordenar necesidades de acuerdo a nivel de prioridad. • Planificar necesidades y acciones para cubrirlas para llevarlas a cabo
6. Conexión con red social de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la conexión con la red social de apoyo del paciente. • Ayudar a realizar las acciones de búsqueda necesarias para establecer la conexión.

<p>7. Pautas de Afrontamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar de las reacciones esperadas en situaciones de emergencia (estrés físico y psicológico). • Enseñar técnicas básicas de relajación. • Dar pautas de higiene del sueño. • Normalizar sintomatología de estrés agudo.
<p>8. Conexión con Servicios Externos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente cual es el tiempo aproximado que debe pasar para acudir a un especialista. • Dejar al paciente conectado con la red de salud pública o servicios análogos. • Reforzar el mantenimiento de un contacto adicional con el paciente en caso de crisis.

Aspectos Generales del Abuso de Drogas

Antes de describir las características generales que presentan las personas que se encuentran bajo los efectos de las drogas, es importante definir ¿qué es una droga? Que según la Organización mundial de la salud (1975), la definen como *toda sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste*. Es importante establecer la diferencia entre las sustancias que se administran bajo estricta prescripción médica y revisión periódica para evaluar la evolución, y utilizar la misma sustancia de forma auto administrada y sin control del consumo. Y si este último, además provoca tolerancia, dependencia, y al dejar de consumirlo genera síndrome de abstinencia, cumpliría todos los requisitos para ser una droga.

Nogal y Ramos (2009), plantean que a la hora de establecer una relación de ayuda con una persona bajo los efectos de una droga, se deben tener en cuenta que en su reacción van a influir muchas variables, las cuales todas son importantes. Dentro de las características que podemos observar tenemos las siguientes:

- Reacciones físicas propias y características de la sustancia consumida.
- Reacciones psicológicas que variaran de acuerdo a las características individuales y de la finalidad con la que use la droga.
- Los cambios sociales que van a condicionar las manifestaciones de la

situación crítica que está atravesando la persona.

Las personas que dependen del consumo de sustancias, se les denominan drogodependientes. La drogodependencia entonces, es producto del encuentro entre una droga, un sujeto y un ambiente. Por esta razón, la conducta final de un drogodependiente va a depender de múltiples factores tales como:

- La droga que consuma.
- La cantidad que consume.
- La forma de administración
- El lugar donde se encuentre y su entorno social
- Las características de su personalidad.

Es importante señalar las diferencias en el comportamiento dependiendo del tipo de sustancia que este consumiendo la persona además, los adictos, generalmente, no se limitan a consumir una sustancia, sino que son consumidores de varias, por lo que, si una droga se toma simultáneamente con otras, sus efectos pueden multiplicarse.

Intervención en Crisis en Personas Bajo los Efectos de Drogas

Al momento de realizarse la intervención en crisis a personas que están bajo los efectos de una droga debemos tener en cuenta el tipo de droga que ha consumido y de la conducta general que presenta. Es importante señalar que al momento de una situación de emergencia la agresividad no es un indicador de que la persona está bajo los efectos de las drogas de forma general, esta reacción de conducta se manifiesta en algunos consumidores solo cuando la persona se encuentra en grado de intoxicación aguda por tóxicos especialmente por drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central (Cocaína y anfetaminas) y alcohol.

Para realizar la intervención en crisis de primer nivel, se deben seguir las

siguientes pautas planteadas por Nogal Ramos (2009):

- En el primer contacto, mostrarse tranquilos y hablar con voz suave.
- La intervención nunca debe ser realizada por una sola persona.
- En caso de que la intervención se realice en un lugar cerrado, se debe tener siempre acceso a una salida inmediata.
- Al momento de presentarse, informar que se es personal de emergencia y explicar las razones de su presencia.
- Dirigirse a la persona por su nombre.
- Preguntarle que pasa y cómo podemos ayudar.
- Hablarle despacio, de forma clara y sencilla, con frases cortas y sin gritar.
- Intentar que centre su atención a lo que le decimos en todo momento utilizando el feed-back
- Escuchar las quejas sin interrumpir.
- Escuchar activamente, expresar que está entendiendo y comprendiendo todo lo que nos dice.
- Señalar cuáles son los problemas y que formas hay de resolverlos.
- Evitar enfadarse o personalizar. No prestar atención a ciertos comentarios ni conductas manipulativas o agresivas.
- Tener muy claro cuál es el objetivo.
- Si se debe realizar alguna evaluación o tratamiento medico o suministrar algún tipo de medicación, se debe explicar el procedimiento que se va a realizar y el objetivo del mismo.
- Cuando la persona presenta alguna actitud muy rígida, se debe buscar alguna solución negociada.
- Hacerle ver la necesidad de cambio y las consecuencias positivas para la persona siempre con calidez y empatía.
- Animar y reforzar cada paso encaminado a la solución del problema.
- Valorar a las personas de su entorno, se debe evaluar si éstas pueden ayudar en el proceso y pueden apoyar en la intervención y en la solución del problema o por el contrario, sin querer, están influyendo negativamente en su comportamiento. En ese caso se debe pedirles que abandonen el lugar y dejen a la persona a solas con el personal de emergencias.

Psicología de la Emergencia

- Evitar engañar a la persona, nunca decirles que se le vas a dar lo que quiere (Dinero, una Dosis...), plantearle de manera sincera lo que no se le puede dar y lo que si se está dispuesto a ofrecerle (tranquilizantes, llevarlo a un centro de urgencias medicas, traslado a un centro de rehabilitación, etc.).
- Evitar usar tonos moralistas, se debe informarle objetivamente.
- Estar consientes que como profesionales del área de emergencias, existen estereotipos y por tanto es importante tener autoconocimiento de sus creencias y emociones que pueden influir en el manejo de este tipo de pacientes.

Bibliografía

- Allport G. Personalidad. 2020 recuperado de: <http://es.m.wikipedia.org/wiki/Personalidad>
- Álvarez A. Dónde y cómo se aplican los primeros auxilios psicológicos. 2015. Centro de Crisis Facultad de Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona. España. Curso Mooc recuperado de: <http://es.coursera.com/learn/pap>
- American Psychiatric Association. Trastornos de la Personalidad. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales 5ta Edición. Arlington, VA. 2013. pp. 645-685.
- Fortuny María J. Clasificación de los trastornos de la personalidad. 2017. Recuperado de <http://www.chuletasmedicas.com/clasificacion-trastornos-personalidad/>
- Parada, E. y Col. Psicología Y Emergencia, habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia 2da edición. 2009. Editorial Desclee de Brouwer. Bilbao, España.

“SÍNDROME DE BURNOUT Y RESILIENCIA”

“EN PERSONAL DE EMERGENCIA Y DESASTRES”

Psic. ELSY CAROLINA ACOSTA PÉREZ MSc.*

Venezuela
soylapsico@gmail.com

*“No puedes controlar todas las situaciones de tu vida,
pero si puedes controlar todas las actitudes a esas situaciones”*

Zig Ziglar.

Dentro de las profesiones involucradas en la gestión de emergencias el estrés y la presión constante es un factor común, la premisa inicial es aprender a manejar el estrés de manera positiva para usarlo a favor, además de tener las herramientas para sobreponerse ante las adversidades que se experimentan casi a diario en esta profesión. En este apartado vamos a darle una mirada a una de las consecuencias adversas del mal manejo del estrés como lo es el Síndrome de Burnout y cómo hacerle frente a los desafíos diarios dentro y fuera del ambiente laboral como lo es la Resiliencia de una manera clara y sencilla de entender.

Síndrome de Burnout

Cuando nos encontramos ante una situación de estrés constante y no hay espacios para el descanso se produce un estrés crónico dándole entrada al síndrome de Burnout o *“síndrome del trabajador quemado”* Malasch y Leiter

*Magister Scieniarium en Psicología clínica. Especialista en primeros Auxilios Psicológicos. Terapeuta Familiar Sistémica. Locutora Profesional Psicólogo. Profesora titular del Diplomado de Psicología de la Emergencia en la Universidad Católica del Cuyo.

(1997) definen este síndrome como *aquel que presenta agotamiento emocional, cinismo y baja realización personal que viven los profesionales involucrados en ayudar a otras personas*. En el desarrollo de este síndrome es posible apreciar las siguientes características:

- Cambios en el estado de ánimo.
- Desmotivación.
- Agotamiento mental.
- Sensibilidad a la crítica.
- Falta de energía y menor rendimiento.
- Afecciones del sistema locomotor.
- Dolor y rigidez muscular.
- Problemas gastrointestinales.
- Problemas cardiovasculares.
- Alteraciones en la Piel
- Dolores de Cabeza
- Mareos
- Alteraciones en el apetito sexual
- Obesidad.

Pines y Aronson (1988) también definen este síndrome como *"un estado emocional producido por estar involucrado permanentemente en un trabajo que produce situaciones emocionalmente demandantes"*, ciertamente, el trabajo de la medicina de emergencia y desastres demanda a las personas una carga emocional demandante porque este no es un trabajo "convencional" y se mantienen en riesgo físico y psicológico de manera constante.

En la actualidad no se ha detectado un origen como tal de este síndrome pero las posibles causas del mismo se han ido determinando a lo largo del tiempo entre las que podemos señalar se encuentran las siguientes:

- Exposición a un alto grado de interacción con personas (atención al público, clientes, usuarios), en el caso del personal de emergencia, víctimas de incidentes críticos.
- Elevado nivel de responsabilidad.
- Jornadas largas de trabajo (más de 10 horas continuas)
- Trabajos monótonos.
- Mal clima laboral
- Falta de comunicación con sus jefes o compañeros.
- Ausencia de Motivación.
- Bajo ingreso salarial.

La mejor forma de atacar el síndrome de burnout es detectarlo a tiempo y para ello es importante conocer cuáles son los principales síntomas y estar alerta ante la aparición de los mismos. Los síntomas principales son:

- Agotamiento emocional:** un desgaste profesional que lleva a la persona a un agotamiento psíquico y fisiológico. Aparece una pérdida de energía, fatiga a nivel físico y psíquico. El agotamiento emocional se produce al tener que realizar unas funciones laborales diariamente y permanentemente con personas que hay que atender como objetos de trabajo.
- Despersonalización:** se manifiesta en actitudes negativas en relación con los usuarios/clientes, se da un incremento de la irritabilidad, y pérdida de motivación. Por el endurecimiento de las relaciones puede llegar a la deshumanización en el trato.
- Falta de realización personal:** disminución de la autoestima personal, frustración de expectativas y manifestaciones de estrés a nivel fisiológico, cognitivo y comportamiento.

Resiliencia

Rutter (1992), define la Resiliencia como un **conjunto de procesos sociales intra-psíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano**. En el ambiente de la medicina de emergencia, los intervinientes están en constante exposición a escenarios que generan un impacto que puede ser negativo en sus procesos psicológicos, la resiliencia entonces, debería formar parte de las herramientas de autocuidado de todo aquel que desee formar parte del ambiente laboral asociado a la atención de emergencias y seguridad.

La resiliencia no es solo una herramienta para ser implementada dentro del ambiente laboral del personal interviniente, sino en todas las áreas de la vida del bombero, rescatista o personal de seguridad. Justo lo que plantea Dagoberto Flores (2014) la resiliencia como una **capacidad innata y potencial que tienen todos los seres vivos para afrontar la adversidad y con ello alcanzar su bienestar diario**, y todos tienen la posibilidad de desarrollarla.

Una persona resiliente posee ciertas características que lo identifican con facilidad, las cuales se enumeran a continuación:

- **Capacidad para detectar la causa de los problemas:** ante una situación difícil tienden a identificar con facilidad que es lo que está causando el malestar para hacerse una idea de cómo poder manejarlo para obtener el mejor resultado posible.
- **Manejan Inteligentemente sus emociones:** saben identificar sus emociones y las manejan con facilidad.
- **Mantienen la calma en situaciones de mucha presión:** tienen la habilidad de manejar el estrés que puedan estar experimentando en cualquier situación de manera positiva y mostrarse calmado.
- **Son Realistas:** están conscientes en todo momento de cuál es su realidad.
- **Confían en sí mismas:** Los niveles de autoconfianza que presentan son elevados y demuestran seguridad.
- **Empatía:** son capaces de entender la situación del otro.
- **Capacidad de Automotivación:** ante cualquier situación que genere duda tienen la capacidad de reestablecer la confianza en si mismo para continuar.
- **Sus cuestionamientos no son en base al porqué están experimentando el suceso traumático, sino a cómo hacer para mejorar la situación.**

En un estudio documental realizado por Rodríguez (2020) plantea que

La Resiliencia en el personal sanitario se relaciona con la personalidad, esto a través de una serie de características o pilares que ayudan a reducir el estrés, así como el impacto que el trabajo puede ejercer sobre la persona, con el fin de mejorar su bienestar:

- **La introspección o autoconocimiento:** es la capacidad de mirarse a sí mismo, detectar y reconocer las propias emociones. Saber cuáles son nuestras fortalezas y debilidades e identificar los aspectos que podemos mejorar para fortalecer nuestra autoestima.
- **La Autonomía o independencia:** Es la capacidad para establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; distancia emocional y física.
- La capacidad de relacionarse o interacción: Consiste en tener la habilidad para relacionarse con otras personas a través de una relación saludable, creando vínculos.
- **La capacidad de iniciativa:** Es el placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
- **La creatividad:** Esta capacidad se expresa en el desarrollo de habilidades artísticas. Es la capacidad de crear orden y finalidad a partir del desorden y el caos, hacer todo a partir de nada.
- **El sentido del humor:** Alude a la capacidad de encontrar lo cómico a situaciones trágicas.
- **La moralidad o ideología personal:** Es la actividad de una conciencia informada, se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.
- **Autoestima consistente:** Es la base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo.

Recomendaciones

- Busca la clave de la situación que tienes en frente para que puedas actuar de manera eficiente y eficaz.
- En una situación de emergencia es imposible no engancharse emocionalmente, es importante aprender a manejar inteligentemente las emociones par brindar la mejor ayuda posible.
- Mantén la calma, es preferible un trabajo pausado y eficaz que apresurado y deficiente. Recordando siempre que en el trabajo de emergencias el principal objetivo es salvar vidas.
- Ante cualquier síntoma, no dudar en acudir a un profesional de la salud mental.
- Promueve tener actividades recreativas de disfrute personal y familiar que hagan desconectarte del trabajo.

Bibliografía:

- Flores, D. La resiliencia nómica. Instituto nacional de investigación para el desarrollo 2013. México.
- Maslach y Leiter. The truth about burnout. 1997. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Maslach, Schaufeli y Leiter Job Burnout. 2001. Annual Review of Psychology, 52, 397.422.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). Career burnout: Causes and cures. Free Press. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/1988-98289-000>
- Rodríguez, V. La Resiliencia en Situación de Emergencia Sanitaria. 2020. revista Ocronos. Vol. III. Nº 1. pp. 1-12. España. Recuperado de: <https://revistamedica.com/la-resiliencia-en-situacion-de-emergencia-sanitaria/>

“EMOCINESIS - PROPULSORES EMOCIONALES CONDUCTUALES”

Lic. Esp. Diego Núñez

Argentina

diego_on@hotmail.com - papeargentina@gmail.com

• **Resultados primarios sobre Investigación en Psicología de la Emergencia relacionada a la aplicación de entrenamiento mental – emocional y conductual, en el manejo del estrés y autoregulación de las conductas, para el logro de objetivos en el Personal Interviniente en Emergencias, Desastres, Catástrofes, Riesgos Especiales, Situaciones Críticas y de Alta Exposición.**

“Lo que no mata, fortalece”

“That wich does not kill us makes us stronger”

Friedrich Nietzsche

Estos son los primeros resultados de esta investigación que vengo realizando desde hace más de 7 años, que demuestran ser sólidos y prometedores en su aplicación, junto a las personas que se desempeñan en las diferentes áreas de emergencias, salud, servicios sociales y seguridad en Argentina y países extranjeros. Estos frutos no habrían visto la luz hoy en día de no ser por el silencioso y ensordecedor grito que vienen expresando los diferentes equipos de Alta Exposición, Emergencias, Seguridad, Riesgos Especiales, Salud y Sociales de toda América Latina y me atrevo a expresar, de diferentes partes del mundo también. Quienes vienen sosteniendo una solicitud que al día de hoy no se supo oír, comprender, ni es contenida; esta no es ni más ni menos que la del aprendizaje de técnicas y entrenamiento mental y conductual para poder

afrontar diferentes instancias que se desprenden de las labores que desarrollan, y no solo la posibilidad de aceptación pasiva de asistencia con mirada patogénica (enfermedad) por parte de Personal de Salud no especializados en estas áreas, en un "intento de contención" hacia el Personal interviniente, el cual funciona a modo de placebo, o en el no tan mejor de los casos, Profesionales que se han formado solo en lo teórico en asistencia a Personal Interviniente y víctimas, pero carentes de práctica salutogénica sustentable y formación en emergencias, lo cual es más que un requisito necesario, ya que brinda el plus adecuado de conocimiento, y evidencia la posibilidad de una respuesta apropiada, ya que unos de los mayores riesgos que he observado y aún sucede al día de hoy, es que confundan los diagnósticos; diagnosticar lo que no es. Esto se debe a que realizan intervenciones desde la patogénesis, algo injusto al ser estas situaciones generadas en espacios fuera del ámbito clínico; observar desde la enfermedad las reacciones esperables y naturales del Personal Interviniente, cuando debe ser desde la salutogénesis, ni más ni menos que la prevención, puesta en práctica desde técnicas específicas tanto mentales como corporales y conductuales, ya que el Personal Interviniente necesita Prevención en su trabajo diario, dado que sus respuestas son naturales y esperables por el tipo de tareas que desarrollan y los contextos donde las realizan, y no precisan de una mirada patológica (enfermedad) sobreentendiendo que por haber intervenido en situaciones críticas podría prevalecer o prevalece en ellos/as algún tipo de problema (patología). A razón de esto, es que el Personal debe formarse activamente y de manera preventiva en estas técnicas autoaplicables que los acompañarán y ayudarán a afrontar y posteriormente autoregularse en sus conductas, y también reorganizarse desde lo emocional.

EMOCIONES Y PROPULSORES

Dosis y respuesta

Para adentrarnos en este tipo de formación debemos ahondar como primera instancia en lo que he denominado PROPULSORES CONDUCTUALES – EMOCINESIS. Debemos comenzar con el estudio de la HORMESIS, entendiendo a la misma como aspecto de aplicación y recurso de entrenamiento en los ámbitos de equipos de respuestas a las emergencias y crisis, en la preparación desde el estímulo conductual, para que el Personal Interviniente pueda brindar su mejor respuesta y logre adaptarse a condiciones diversas en las diferentes intervenciones en emergencias y situaciones críticas.

Este entrenamiento a base de técnicas contenedoras de pequeñas dosis subletales de estímulos estresantes, genera que se activen procesos de respuestas adaptativas a las diferentes situaciones de estrés que se debe atravesar o enfrentar. A este concepto de respuesta se la denomina HORMESIS, y siempre está presente en las actividades que se desprenden de una emergencia. A la HORMESIS se la puede definir como; "Proceso por el cual la exposición a una dosis baja de un agente químico o bien un factor ambiental, que es dañino a dosis altas, induce una respuesta adaptativa y/o un efecto benéfico en la célula o el organismo". En el caso del Personal de ámbitos de emergencias, seguridad, respuestas inmediatas y alta exposición, los agentes horméticos basales por excelencia a tener en cuenta en la formación y práctica es la actividad física y la alimentación. Pero focalizando en primera instancia en la actividad física, esta es la que ofrece una respuesta adaptativa benéfica y adecuada al organismo, preparándolo de esta manera para enfrentar altas dosis de estrés que puede recibir y/o atravesar en diferentes ámbitos de intervención, otorgando también otro beneficio como es el manejo del estrés, o su autoregulación, en este caso por medio de técnicas de boxeo, práctica deportiva ideal, ya que reúne actividades y técnicas de varias disciplinas físicas en una. Su esencia es la defensa, el equilibrio, la tolerancia, la resistencia, siendo además uno de los deportes de perfil conductual y psicológico por excelencia. Práctica deportiva desde su técnica, ideal para la salud y el bienestar de quienes se desempeñan en ámbitos de respuesta inmediata en emergencias, crisis, seguridad y diferentes Interventores/as sociales.

Por lo tanto la actividad física en dosis de moderada intensidad programada generará un efecto hormético que brindará una mejor resiliencia a nuestro organismo aumentando la producción de serotonina, dopamina, GABA y NPY, que participan todas en varios procesos fisiológicos como lo son la regulación del apetito, los procesos cognitivos, el equilibrio energético adaptativo (homeostasis energética. Para comprender el alcance y considerar la importancia del entrenamiento hormético, debemos incorporar todas las funciones que lo incluyen. Una de estas es la homeostasis. El término homeostasis deriva del griego "homos", cuyo significado es "similar, y de la palabra "estasis" que significa "estabilidad". En esta caso al hablar de homeostasis energética, me refiero a el mantenimiento de la ecuanimidad como constancia energética) y el ritmo circadiano, regulador natural de cambios físicos, mentales y de comportamientos que experimenta el cuerpo en un ciclo de 24 horas, cuya sede reguladora se encuentra en nuestro cerebro y es el hipotálamo. Todo este proceso también es fundamental en relación a la respuesta al estrés. Otras funciones a considerar son la de los neurotransmisores en este tipo de preparación. Con respecto a estos está presente la serotonina; neurotransmisor

cuyo nombre científico es 5-HT (5-hidroxitriptamina), y es producida en el cerebro, tracto gastrointestinal e intestinos. Nuestro organismo genera serotonina por medio de las células que usan la enzima triptófano hidroxilasa. El triptófano es un aminoácido esencial que el organismo obtiene por medio de los alimentos para la producción de serotonina. Desempeña un rol fundamental en el equilibrio de los estados de ánimo, emociones, apetito y funciones autonómicas, que son aquellas que se relacionan de manera directa al SNA – Sistema Nervioso Autónomo, que es el que regula el equilibrio – HOMEOSTASIS – de nuestro organismo, de manera directa a las funciones del sistema nervioso simpático, que es el que brinda la respuesta a los cambios en el entorno, cuya respuesta ecuánime es del tipo “lucha o huida” ante una amenaza, la cual también podemos denominar como reacción o réplica a la situación de estrés, y como antagónico al sistema nervioso parasimpático, que es el que establece y administra las funciones fisiológicas de nuestro organismo tales como, la digestión y el descanso entre otras. El incremento en su producción y acumulación en exceso puede generar síntomas perceptibles y observables del tipo físicos y cognitivos; P/E: percibirse desorientado/a, perder el conocimiento, alteración del ritmo cardíaco, temblores corporales, rigidez corporal, fiebre alta con mucha sudoración, entre otros. Esto puede generarse a través de sobremedicación o automedicación excesiva con antidepresivos (inhibidores), medicamentos para el dolor de cabeza, resfríos, del tipo analgésicos, drogas ilegales y en la administración de litio, utilizado para alteraciones en el estado de ánimo como así también para el desorden bipolar, y también en el consumo de ciertos tipos de alimentos del tipo suplementarios herbales, muy promocionados hoy en día en y para dietas y también como energizantes naturales para actividades físicas. Como así también la contracara es que llevando adelante una mala alimentación y una ausencia o falta de ejercicios, generará que nuestro nivel de serotonina comience a descender, lo cual puede generar trastornos en la salud del tipo sentimientos no positivos, ansiedad, depresión, falta de energía, alteración en el sueño, apatía y bajo deseo sexual entre otros.

El otro neurotransmisor protagonista es la dopamina. La misma se produce en las neuronas dopaminérgicas formando una cadena de procedimientos de neurotransmisores que se origina en la parte compacta de la sustancia negra, el área tegmental ventral (VTA) y el núcleo arqueado del hipotálamo. Realiza su desempeño en las funciones de la memoria, el aprendizaje, la motivación y también media el placer en el cerebro secretándose en las recompensas ante estímulos placenteros en conductas como la alimentación, el sexo y las drogas. Las investigaciones han demostrado que esto se relacionaría ante todo con la motivación o deseo wanting – querer, que con el placer liking - gustar. La dopamina contribuye a la memoria a corto plazo, la atención, el aprendizaje

y la concentración. Por el contrario, los desórdenes de la dopamina impactan negativamente alterando estas funciones neurocognitivas, asociándose estos niveles bajos de dopamina al déficit de atención y dificultad en la memoria, la apatía, el insomnio y la anhedonia. Esta última como síntoma y/o perturbación de la sensación como pérdida de placer expresando también disminución del interés y entusiasmo por las actividades que suele realizar y las posibles también. Como contracara la hiperactivación se relaciona a mayores niveles de dopamina. Finalmente para comprender la importancia del proceso de la HORMESIS como preparación en lo mental y físico para el acondicionamiento y disposición salutogénica en los estímulos de nuestras conductas, para el entrenamiento de los Equipos de Primera Respuesta, focalizamos en el GABA y el NPY. ¿Qué es el GABA y cuál es su función?. El GABA (*ácido gamma-aminobutírico*), al igual que la serotonina y la dopamina, es un neurotransmisor. También es un aminoácido no proteico que se encuentra en altas concentraciones en el sistema nervioso central de los mamíferos; en el caso de los humanos sobre todo en el cerebro y posee una acción relajante y antiestrés. Como neurotransmisor o neuromediador es del tipo inhibitor, logrando esta función, al unirse a receptores GABAérgicos, los cuales son medios-canales donde se transmiten valores que como efecto y consecuencia impactan positivamente en las respuestas de conductas y diferentes estados emocionales de diversas situaciones. Los receptores GABAérgicos según últimas investigaciones se desprenden en receptores GABA(A), GABA(B) y GABA(C). Los receptores GABA(A) y GABA(B) que son los de nuestro interés en este caso, generan acción inhibitor, pero es el receptor GABA(B) el que inhibe la recaptación de otros neurotransmisores (heteroreceptores), o sea, la liberación de la acción estimulante de neurotransmisores excitatorios como el glutamato monosódico, también conocido como GMS, aditivo E-621 o sabor unami (Potenciador y armonizador de sabores. Sal sódica del ácido glutámico). El ácido glutámico es un aminoácido no esencial vital en el cerebro humano tan relacionado en funciones importantes como el aprendizaje y la memoria. Si bien, no hay evidencia científica mas allá de testimonios que vincule al glutamato monosódico con afecciones, existen porciones poblacionales sensibles a su consumo. Es por esto que desde muchos sectores se anima a no realizarlo. El ácido glutámico es el resultado de un proceso químico con un alto contenido de sodio, grasas y químicos que puede llegar a afectar nuestro estrés homeostático. Esta es la evidencia en relación directa con el GABA y como se relacionan ambos en el sistema nervioso e inciden desde su ecuanimidad en reacciones emocionales y conductuales de manera directa en el estrés. Finalmente el NPY tiene por función la regulación y balance energético, y en el caso de la HORMESIS inducida por medio de dosis subletales de estrés, este regulador adquiere gran importancia en tanto la regulación del apetito,

aporte y gasto calórico. Ante situaciones agudas de estrés que comprometan la disponibilidad de energía tanto el sistema nervioso como el gastrointestinal, ajustarán sus funciones para evitar el sobrepeso o la pérdida en demasía de este. En tanto si también se encontraran disminuidas las reservas de nutrientes se regulará el gasto energético para preservar de esta manera las condiciones de salud y así mantener una homeostasis equilibrada junto a la acción del estrés alostático "(alo = cambio; estasis = estabilidad). Adaptarse al cambio. Establecer un nuevo orden)"Campillo Alvarez, J. E., adaptando así los depósitos y valores de energía.

Estas breves y necesarias definiciones como recurso pedagógico y técnico para la comprensión de las diferentes funciones en nuestro organismo frente a situaciones estresantes, nos redirigen, como ya lo he nombrado, al necesario entrenamiento mediante pequeñas dosis subletales de estrés, las cuales no generarán daño al organismo, pero por medio de los agentes horméticos lo prepararán para tolerar situaciones de alto impacto brindándole condiciones adaptativas.

Mucho del posible malestar como estrés residual que podemos acarrear luego de las intervenciones que realizamos como Personal Interviniente; "Son consecuencia de la discrepancia entre el diseño evolutivo de nuestro organismo y el uso que de él hacemos. La forma de nuestro cuerpo, la estructura de los huesos, el mecanismo de contracción de los músculos, el funcionamiento de los órganos digestivos, la manera en que los riñones forman la orina, la circulación de la sangre, la actividad del cerebro, el metabolismo, los enzimas que trabajan afanosos dentro de las células, el calcio que se acumula en los huesos, los procesos para metabolizar la glucosa, y por supuesto, los mecanismos que constituyen la respuesta fisiológica llamada estrés, todo ello es consecuencia de millones de años de evolución biológica; es el resultado de este proceso complejo que permite el cambio y la diversificación de los organismos a través del tiempo.

La historia de los tres mil millones de años de evolución biológica está escrita en nuestros genes. Toda esta información se encuentra codificada en una molécula singular denominada ácido desoxirribonucleico (ADN), que contiene alrededor de tres mil millones de letras que se llaman nucleótidos. Todo este texto molecular sirve como un manual de instrucciones para construir un ser humano y regular su funcionamiento. Esta información está agrupada en unos treinta mil capítulos, o genes, cada uno de los cuales contiene la información completa para fabricar una determinada proteína.

Esta proteína puede ser una enzima que cataliza las reacciones bioquímicas, una hormona que regula los complicados procesos que nos hacen

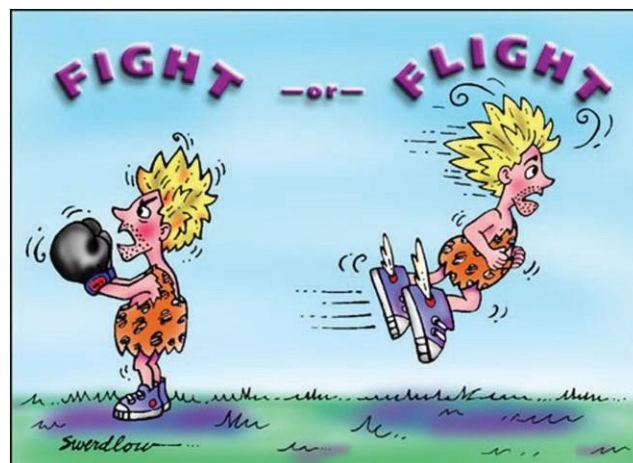
vivir y reproducirnos, un transportador que se encarga de llevar las diferentes sustancias de una parte a otra de las células o del organismo, un anticuerpo que nos defiende de cualquier amenaza o un receptor capaz de recoger la información que interesa para la supervivencia.

Cualquier función en nuestro organismo está controlada o sucede porque interviene una determinada proteína fabricada según los planos contenidos en un gen. Es decir, si a lo largo de la evolución de nuestra especie apareció una determinada característica morfológica o una nueva función, ello solo pudo haber ocurrido si previamente se hubiera introducido en nuestro genoma la información necesaria para fabricar la proteína que permitía que tal función fuera posible.

El genoma es como un libro al que se vá añadiendo continuamente párrafos, con una cadencia de miles de años. Ya que el propósito fundamental de los genes es almacenar la información acerca de las estructuras y de las funciones de cada ser vivo, cada nueva propiedad adquirida en el transcurso de la evolución requirió un nuevo gen (instrucciones) para codificar esa información. Los nuevos genes (mutaciones) que aparecieron fortuitamente en algún momento de nuestra evolución y que resultaron beneficiosos para el individuo y para la especie se fueron incorporando al genoma del siguiente ser en la escala evolutiva". Campillo Álvarez J. E. ¿Qué hace un cromañón como tú en un mundo como este?.21-23. El Mono Estresado. 2012.

PREACONDICIONAMIENTO CON PROPULSORES CONDUCTUALES-EMOCIONALES

- **Técnicas de Boxeo como medio preconditionador para el manejo y autoregulación del estrés.**



El boxeo es la práctica deportiva por excelencia para el manejo y reducción del estrés por diferentes características no solo del tipo físicas, sino también por su asimilación desde lo corporal por parte del cerebro con respecto al comportamiento de este frente a situaciones estresantes. Basándome en el trabajo de investigación realizado y la evidencia en relación a los resultados obtenidos hasta el momento, ante situaciones de entrenamiento para el afrontamiento al estrés, lo que no se pueda impregnar mediante el proceso mental, se lo hará mediante la actividad física y por medio de técnicas que posee en su estructura este deporte, ya que la misma es semejante al comportamiento de nuestra mente y sus funciones frente a las situaciones estresantes...defensa, lucha ó uída. "El estrés se refiere exclusivamente a la reacción que pone en marcha el organismo frente a una situación de emergencia, y no al suceso que la provoca". Campillo Álvarez J. E. De esta manera cuando la mente por diferentes situaciones se encuentre disociada "desconectada", "permaneciendo nosotros/as como pasajeros de nuestro propio cuerpo, pero no como quienes lo conducimos", lograr incorporar e impregnarse con respecto a la reacción y respuesta necesaria ante el estrés, se lo podrá incorporar a su cerebro mediante el cuerpo con la estructura técnica del boxeo. Dado que como lo he nombrado anteriormente, su esencia es la defensa, el equilibrio, la tolerancia, la resistencia, siendo además uno de los deportes de perfil conductual y psicológico por excelencia "La hormesis es un concepto general en fisiología y en terapéutica que se refiere a que algunos tratamientos mediante remedios físico, químicos o de conducta, pueden ser dañinos para nuestra salud, incluso mortales, si se aplican a dosis elevadas, pero que la exposición a dosis pequeñas desencadena en el organismo una respuesta que puede ser beneficiosa para la salud. De la misma manera, la exposición a una dosis subletal y controlada de estrés induce una respuesta del organismo de la que resulta una mayor resistencia a un estrés de la vida real. Gems, D. y Partridge, L. Stress-response hormesis and aging: "that wich does not kill us makes us stronger". Cell Metabolism. 7: 200-203,208.

El entorno y nuestros pensamientos nos desafían continuamente, nos conducen a estados altamente nerviosos que conocemos como estrés. El cerebro es el responsable de identificar los agentes estresores que desbaratan el tan anisado equilibrio del cuerpo. Frente a una situación de riesgo (estrés), la cual puede ser real o imaginaria, generada por nuestra mente a partir de la libre asociación que realiza de situaciones actuales de crisis o riesgo (reales o no) con situaciones pasadas, las cuales se encuentran almacenadas como recuerdos emocionales en la mente (en el cerebro , en la amígdala). Así ante la crisis o riesgo, las neuronas envían para que contacte con la glándula pituitaria un mensaje al hipotálamo (en sus muchas funciones se destacan las de producir diferentes hormonas. También afecta las conductas e influye en las

estados emocionales como ansiedad, enojo, angustia depresión y tristeza entre otras relacionados a la satisfacción; como así también en el ritmo circadiano y la temperatura corporal) Esta glándula estimula la liberación de una hormona, la corticotropina, un mensajero que viajará por el sistema nervioso central previniendo al cuerpo del inminente peligro. En cuestión de segundos la glándula suprarrenal recibe la llamada de auxilio. Para ello libera en el torrente sanguíneo dos hormonas, la adrenalina (neurotransmisor - hormona que libera nuestro organismo en situaciones de peligro, estrés y excitación influyendo positivamente en el bienestar de nuestro organismo mejorando la capacidad de nuestro sistema respiratorio, activa el sistema circulatorio entre otras funciones) y el cortisol (neurotransmisor – hormona que es producida por nuestro organismo ante situaciones estresantes para poder enfrentarlas. Su liberación a corto plazo brinda protección a nuestro cuerpo, sin embargo, una liberación elevada y cronificada en el tiempo debido a la vivencia continua de situaciones estresantes, es muy perjudicial en lo cognitivo, físico y afectará nuestro bienestar personal) Así, tanto la adrenalina como el cortisol trabajarán también junto a la noradrenalina (neurotransmisor – hormona que actúa en nuestro cerebro y organismo interviniendo en la transmisión de mensajes. Actúa en la atención, en el estado de vigilia y el nivel de conciencia, motivación, respuesta muscular como lucha/huída en situaciones de estrés, regulación del estado de ánimo, y sistema cardiovascular entre otros). La adrenalina aumenta la frecuencia cardíaca y respiratoria, con la ayuda de la noradrenalina los sentidos se agudizan, las pupilas se dilatan, los músculos se tensan. Así el cuerpo adquiere un estado de alerta que lo prepara para luchar o uir.

El efecto del cortisol es más prolongado y diverso; aumenta el nivel de glucosa en la sangre y promueve la liberación de dopamina, el mismo neurotransmisor que causa sensaciones tan placenteras como la del orgasmo. La secreción de dopamina responde a la sensación que sentimos cuando responde a la satisfacción que percibimos cuando nos enfrentamos a ciertos desafíos. Debemos tener en cuenta que aún nuestro diseño evolutivo (cuerpo) es paleolítico, y es por eso que este sistema defensivo y de adaptación tan útil hace tantos miles de años atrás, hoy en día nos genera estrés en este mundo en el cual vivimos. El problema surge cuando nuestro organismo se somete a situaciones prolongadas de estrés. La glándula suprarrenal libera cortisol en exceso, provocando daños irreparables. La abundancia de cortisol atrofia a las neuronas asociadas a la memoria, potenciando el estado de alerta generando ansiedad, inhibe la secreción de neurotransmisores como la dopamina y la serotonina, sustancias que en caso de déficit desencadenan depresión. Así nuestro cuerpo se adapta continuamente hasta que se encuentra desbordado en su posibilidad de adaptación, de equilibrio interno y con respecto al ambiente y situaciones que lo rodean.

La práctica física y técnica del boxeo, como sistema preacondicionador y preventivo nos ofrece una medida eficaz y de ayuda para neutralizar los efectos del cortisol antes nombrados, tan negativo cuando se mantienen elevados, ya que esta es la hormona causante del estado de estrés. La práctica del boxeo es un recurso esencial para liberar endorfinas y descargar adrenalina mediante sus técnicas, además de impregnarse con respecto a la reacción y respuesta ante el estrés desde lo físico y que sea asimilable a nivel mental por el cerebro. Estas son las cualidades que lo respalda como un regulador natural del estrés y la ansiedad. A esto se añade el efecto de superación personal como otro efecto antiestrés, al utilizar todo el cuerpo para la práctica y con respecto a lo mental focalizar la atención de manera constante, además de la importancia de acompañarlo de una dieta natural (paleolítica), sana y equilibrada y un buen descanso. Tras la práctica del mismo entre 45 minutos a 60 minutos, el estado de relajación aparece naturalmente. Un correcto manejo del estrés mediante esta práctica requiere realizarlo un mínimo de tres veces por semana, funcionando la misma como un sedante natural.

Otros Propulsores de Preacondicionamiento Conductual-Emocional

• Técnica de los dos objetivos

Esta es una técnica de integración y focalización con atención plena, en la cual se trabaja desde los cinco sentidos.

Todas las noches antes de ir a descansar, debés anotar en papel dos objetivos para realizar y cumplir al otro día. No deben ser ni menos de dos objetivos, ni más que dos objetivos. Obviamente deben ser objetivos posibles, alcanzables y realizables. En lo inmediato objetivos simples, ya que a nuestro cerebro no le interesa la magnitud de los objetivos, sino que los objetivos sean logrados, él solo tomará eso; el objetivo logrado y en caso contrario, el objetivo no logrado, lo que será no salutogénico para esta práctica. Al plasmar por escrito dos objetivos en un papel estamos comenzando a activar todos los sentidos en el mismo. El visual al observar lo que hago. El auditivo ya que el objetivo que me propongo puede generar recuerdo de sonidos o relacionarlos con alguno del momento. El kinestésico ya que desde lo motor al mover mi mano o alguna otra parte del cuerpo al escribirlos contacto con los mismos. El olfativo y gustativo, ya que al igual que con el auditivo, lo puedo relacionar a algún recuerdo, como así también o algún sabor o aroma del momento. Una vez

seleccionados y redactados los dos objetivos, la única condición es realizarlos si o si, en algún momento del otro día. Nos retiraremos a descansar con los dos objetivos incorporados en nuestro cerebro, y este estará esperando al otro día para obtener la respuesta de; objetivos cumplidos. En caso de que esto no sucediera así, la información que recibirá será "objetivos no cumplidos", lo que generará una sensación contraria a la buscada. También el hecho de cumplir uno solo de los dos objetivos elegidos generará la misma sensación. Al elegir realizar esta técnica en apariencia tan simple pero de resultados de cambios tan potentes, nos estamos comprometiendo con procesos de cambios internos y conductuales muy fuertes, los cuales nos aportarán cambios muy significativos.

Esta técnica debe ser aplicada diariamente y de manera ininterrumpida a lo largo de 90 días consecutivos, para que nuestra mente se impregne de este nuevo proceso de avanzar hacia diferentes objetivos de manera presente y concreta.

Diálogo empático integrativo sin utilizar las palabras "POR QUÉ", como generador preventivo de integración de los sentidos, focalizando en el momento presente como beneficio ante la desestabilización por disociación en personas que atraviesan situaciones críticas

• Técnica de Focalización.

Observo al día de hoy aún, que las palabras "por qué", tanto en la formulación de preguntas como utilizadas en una conversación junto a cualquier tipo de víctimas o personas damnificadas por alguna situación crítica, tiende a la disociación, dado que las palabras "por qué", no sólo brinda como resultado la interpretación (lo no concreto o real), sino también que; "El problema con los pensamientos es que la mente realiza aquello para lo que fue diseñada a través de la evolución; categorizar – predecir – explorar – comparar – preocuparse – juzgar - interpretar –. Brinda apreciaciones y valoraciones a modo defensivo, que mayoritariamente no tienen que ver con lo real, sino con el modo y proceso interpretativo al cual estamos acostumbrados a accionar en nuestro día a día, de acuerdo a la información que recibimos de nuestro cerebro. Recordemos que este proceso tan inadecuado actualmente, fue generado hace millones de años atrás, momento en el cual era utilizado como parte de la defensa dadas

las contingencias de supervivencia de ese entonces; categorizar – predecir – explorar – comparar – preocuparse – juzgar - interpretar para sobrevivir. Pero en la actualidad tan inadecuado como sistema de respuesta y adaptación. Es por estas razones que con esta Técnica de Focalización, suprimiendo las palabras “¿Por qué?, y/o porque” tanto en el modo interrogativo como en el modo conversación, y reemplazándolas con “lenguaje cognitivo”, aún en sus diferentes formas de preguntas, obtendremos la posibilidad de comunicarnos de manera focalizada y presente proporcionándole a nuestro cerebro la posibilidad de que integre en lo real y concreto. La utilización de esta técnica como práctica diaria al hablar, y junto a diferentes tipos de víctimas y personas damnificadas por situaciones críticas y quienes trabajen junto a estas, ofrece la posibilidad de integrar los sentidos, tomar contacto con los hechos de manera concreta y real, y focalizar en el momento presente, sin la tentativa de “tener que buscar” una respuesta, como acción automática defensiva. Ese inadecuado proceso que aún hoy ejecuta nuestro cerebro y nos genera tanto estrés, no solo a nivel orgánico – fisiológico y ambiental, sino también mental; “El hecho de recordar una y otra vez los sucesos estresantes, magnificándolos incluso, es una característica exclusiva de los seres humanos. El cerebro nos aporta ventajas extraordinarias de supervivencia, pero también es responsable de muchos problemas de salud aportados por el Estrés”. Campillo Álvarez J. E.

Brindémosle la posibilidad a nuestro cerebro de que se ejercite y obtenga los beneficios junto a esta técnica.

Lo Inadecuado : “...tendemos y consideramos nuestros pensamientos como si fueran una verdad inobjetable...y pueden tener efectos devastadores...”

La Solución : “...mirar hacia el pensamiento en lugar de hacerlo desde el pensamiento...”

Lenguaje Cognitivo:

¿Cómo utilizarlo?

Reemplazando el modo “¿Por qué?”, “¡Por qué!”, “...porque...”, “...por que...”; fonéticamente y en la escritura, al integrarlo en una conversación como introducción a la exclamación e interrogación y como causa, razón y/o motivo de; y sustituyendo a estos por el lenguaje cognitivo, también fonéticamente y por medio de la escritura : como interacción entre lo funcional y experiencial desde su relación con la realidad y el lenguaje, sucediendo esto dada la capacidad integradora en la cognición humana.

No establece el lenguaje una capacidad cognitiva autónoma, sino que este va a depender de otros medios de relación entre los cuales destacan los cognitivos de conceptualización, categorización, percepción, sensoexperienciales y su adecuación en la aprehensión, figura y símbolo de la realidad circundante como un fenómeno cognitivo y perceptivo integrado y relacional. El lenguaje cognitivo permite así la relación integrativa funcional en cuanto el lenguaje con la experiencia y el presente.

Aplicar el lenguaje cognitivo...

¿Cómo hacerlo?...de la siguiente manera: Al mantener una conversación o al escribir, reemplazando el modo "¿Por qué?", "¡Por qué!", "...porque...", "...por que..."

Y en su lugar utilizar el lenguaje cognitivo en sus siguientes modos...

Modo interrogativo: ¿Cómo...?, ¿Quién...?, ¿Cuándo...?, ¿Dónde...?, y ¿Qué...?

Modo conversación: ...Cómo..., ...Quién..., ...Cuándo..., ...Dónde..., y ...Qué...

Bibliografía

- Sahu A. Leptin signaling in the hypothalamus: emphasis on energy homeostasis and leptin resistance. *Front Neuroendocrinol.* 2003; 24: 225-53
- Mattson, M.P. & A. Cheng (2006) Neurohormetic phytochemicals: Low-dose toxins that induce adaptive neuronal stress responses. *Trends Neurosci.* 29: 632-39.
- Beglinger C, Degen I, Matzinger D, D'Amato M, Drewe J. Loxiglumide, a CCK-A receptor antagonist, stimulates calorie intake and hunger feelings in humans. *Am J Physiol.* 2001; 280: 1149-54.
- Harman D. Ageing: a theory based on free radical and radiation chemistry. *J Gerontol.* 1956;11:298-300.
- Brunello, N. & Ragacni, G. (1998). Rationale for the development of noradrenaline reuptake inhibitors. *Hum Psychopharmacol;* 13(supl 1): S13-S20.
- . Dimri GP, Basile G, Acosta M, et al. A biomarker that identifies senescent human cells in culture and in ageing skin in vivo. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1995;92:9362-7.
- Hall, J.E. & Guyton, A.C. (2006). *Textbook of Medical Physiology.* 11a edición. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier.
- José Enrique Campillo Álvarez. *El mono estresado.* Crítica 2012
- Heilbronn LK, Ravussin E. Calorie restriction and aging: review of the literature and implications for studies in humans. *Am J Clin Nutr.* 2003;73:361-9.
- Rang, H. P. (2003). *Pharmacology.* Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Kraft AD, Johnson DA, Johnson JA. Nuclear factor E2-related factor 2-dependent antioxidant response element activation by tert-butylhydroquinone and sulforaphane occurring preferentially in astrocytes conditions neurons against oxidative insult. *J Neuroscience.* 2004;24: 1101-12.
- Maldonado, R. (2012). *La gramática cognitiva.* Lingüística cognitiva. Barcelona, España: Anthropos.
- Barrows CH, Kokkonen GC. Dietary restriction and life extension, biological mechanisms. In: Moment GB, ed. *Nutritional approaches to aging research.* Boca Raton, FL: CRC Press Inc; 1982. p. 219-43

- Tanaka, M. et al. (2000). Noradrenaline systems in the hypothalamus, amygdala and locus coeruleus are involved in the provocation of anxiety: basic studies.
- . Brandt, K., L.P. Christensen, J. Hansen-Moller, S.L. Hansen, J. Haraldsdottir & L. Jespersen (2004) Trends Food Sci. Technol. 15: 384-93
- . Verdich C, Flint A, Gutzwiller JP, Naslund E, Beglinger C, Hellstrom PM. A meta-analysis of the effect of glucagon-like peptide-1 (7-36) amide on ad libitum energy intake in humans. J Clin Endocrinol Metab. 2001; 86: 4382-9
- Get Out of Your Mind and Into Your Life. Steven C. Hayes. 2013
- Baskin DG, Blevin JE, Schwartz MW. How the brain regulates food intake and body weight: The role of leptin. J Pediatr Endocrinol Metab. 2001; 14: 1417-29.
- Hilferty, et al. (2012). Semántica cognitiva. Lingüística cognitiva. Barcelona, España: Anthropos.
- Nakazato M, Murakami N, Date Y, Kojima M, Matsuo H. A role for ghrelin in the central regulation of feeding. Nature. 2001; 409: 194-8.
- Bollan K, King D, Robertson L et al. GABAA receptor composition is determined by distinct assembly signals within α and β subunits. J Biol Chem. 2003 Feb 14; 278(7):4747-55.
- Bettler B, Kaupmann K, Mosbacher J, Gassmann M. Molecular Structure and Physiological Functions of GABAB Receptors. Physiol. Rev 2004; 84: 835-867.

**“TÉCNICA DE CAVI - CIRCULO ACTIVO VITAL
INTEGRADOR”
TÉCNICA DE POST INTERVENCIÓN INMEDIATA
EN SITUACIONES CRÍTICAS**

Lic. Esp. Diego Núñez

Argentina

diego_on@hotmail.com - papeargentina@gmail.com

Neurobiología – Terapia Cognitivo Conductual - Medicina Evolucionista
Reorganización, Integración y Autoregulación Preventiva de los Sentidos y Emociones post Intervenciones en Emergencias-Catástrofes-Desastres, Situaciones Críticas y Sociales.

Este capítulo responde a la necesidad de aplicar esta nueva técnica para la intervención específica posterior inmediata a las labores de Crisis y Emergencias, con un enfoque específico en la prevención de los Trastornos Disociativos y el TEPT - DESNOS. Esta presenta un enfoque sustentado desde bases neurobiológicas cognitivas conductuales, tendientes a la reorganización, integración, autoregulación emocional mediante el entrenamiento de habilidades para nosotros/as, Personal Especializado de diferentes Instituciones de Emergencias, Seguridad, FF.AA., Voluntarias/os y Personal de Salud que intervenimos en Situaciones Críticas, Crisis Sociales, Emergencias-Catástrofes-Desastres y Situaciones Violentas generadas por el ser humano, o el mismo ciclo de la naturaleza. La Técnica de CAVI es también aplicable a diferentes tipos de víctimas. “Estas situaciones ocasionan consecuencias de todo tipo, como la muerte, secuelas físicas de invalidez parcial o total y el sufrimiento psíquico postraumático” Flannery – (Debriefing. Erste Hilfe durch das Wort Hintergrunde und Praxisbeispiele. Bern, Stuttgart; Wien: Haupt 2000. G. Perren Klingler). Esta técnica apunta a la necesidad de integrar las emociones y sentidos de la persona afectada directa o indirectamente que se encuentran en tránsito de sensaciones emocionales y fisiológicas a reacciones esperables relacionadas a los eventos vividos. CAVI se aplica como escaneo ante la posible presencia de TID, TDNE, TEPT y DESNOS. En estas circunstancias la mente posee la capacidad de relacionar cualquier situación con cualquier otra por cualquier

medio, es decir; las respuestas relacionales son “aplicables arbitrariamente”. Lo que hace la mente es justificar relaciones mediante la abstracción de características de estos hechos relacionándolos. Así, cualquier situación se puede relacionar arbitrariamente con el dolor, y siempre la mente encontrará para las relaciones, justificaciones. Así, con respecto a este vacío presente en la mayoría de las Instituciones, los equipos y las personas que laboran en crisis, emergencias y seguridad, basándome en lo recogido en la experiencia clínica más la evidencia científica de haber investigado el estrés postraumático y la disociación, he podido evidenciar a través de los años y de las verificaciones de mis hipótesis que lo que expongo en este capítulo, la “Reorganización, Integración y Autoregulación Preventiva de los Sentidos y Emociones post Intervenciones en Emergencias-Catástrofes-Desastres y Situaciones Críticas y Sociales”, es viable y de resultados favorables del corto al mediano plazo. La Técnica de CAVI- Círculo Activo Vital Integrador ha sido aplicada a más de 1500 personas, entre ellas; Rescatistas, Bomberos, Guardaparques, Personal Policial, Voluntarios/as, Personal de FF.AA., Personal de Salud, Docentes y Diferentes Víctimas, a lo largo de 5 años en diferentes países latinoamericanos, y nuestro país, Argentina, de modo preventivo, ante la exposición prolongada a diferentes situaciones traumatizantes, acompañando y orientando identificar grupalmente o de forma individual, recursos en la persona, como plataforma tendiente a la reorganización emocional para posteriormente restituir si fuera necesario, las partes internas disociadas y así sus capacidades de relación y coherencia volitiva-afectiva, integrando recuerdos traumáticos y estabilizando las emociones vivenciadas. Su objetivo es el de reintegrar sentimientos de control-percepción, comprensión y sentido sobre lo vivido de manera preventiva, e inmediata a la intervención o servicio realizado, apoyada en estrategias de anticipación, reorganización y reordenamiento. En este tipo de situaciones críticas en las cuales intervienen personas desde los diferentes roles nombrados anteriormente, la amígdala frente a instancias de TEPT, DESNOS y TID - TIDNE es afectada, y como responsable del recuerdo emocional pasa de la adaptación a la desadaptación, presentando así déficit en las respuestas, lo cual implica una pérdida en el contexto vivido, generando a partir de la emoción conductas relacionadas a estados contenedores de experiencias traumáticas de patrones cognitivos, afectivos, sociales y conductuales bien distinguidos entre sí, haciéndose presente muchos de estos conflictos cuando las fuerzas metabólicas, inmunológicas, hormonales y nerviosas se activan de manera cronificada Sin desconocer que la disociación y sus trastornos son una adaptación evolutiva al trauma originados muchas veces en la infancia que se desarrolla inmediatamente luego de un incidente que repercute como traumático. más allá de la edad, estamos preparados para una disociación estructural y adaptativa, aún más en la infancia donde prevalece la mielinización,

el almacenamiento de datos y la adquisición de habilidades, lo cual aportará recursos en la adultez. Toda esta información está agrupada en

30.000 genes que poseen data y en nuestro ADN que contiene 3.000.000.000 de nucleótidos que son nuestro manual de instrucciones humano, encontrándose todo inscripto en 3.500.000.000 años de evolución biológica en nuestros genes, que poseen cambios fenotípicos y genéticos” J.E.Campillo. Alvarez. Sin embargo nuestra capacidad de integración puede desequilibrarse de forma crónica si sufrimos un fuerte trauma y nuestros procesos evolutivos no han sido suficientemente sólidos. “La disociación es la principal insuficiencia de la integración, que interfiere y cambia nuestro sentido del yo y nuestra personalidad. También puede verse perturbada o limitada cuando estamos extenuados, estresados o gravemente enfermos. La disociación conlleva una especie de apropiarse y desapropiarse de la experiencia en paralelo; mientras que una parte de usted se apropia de la experiencia, la otra parte no lo hace. De este modo las personas con trastornos disociativos no se sienten integradas, sino fragmentadas, porque tienen recuerdos, pensamientos, sentimientos, comportamientos, etc., que viven como ajenos y no característicos, como si no les pertenecieran” (Boon S., Steele K., Van Der Hart O.)

ABORDAJE: El dolor psíquico mudado posteriormente en trauma a raíz de una experiencia vivida del tipo amenazante, repentina, inesperada, y de pánico-fobia, precipita a la persona a vivir en si misma respuestas físicas y psíquicas manifestadas en reacciones Cognitivas, Emocionales, Físicas y Sociales. Éstas reacciones actúan sobre los neurotransmisores de manera directa alterando sus funciones, tal el caso de la Serotonina ó Hidroxitriptamina, cuya concentración se verá reducida por un alto nivel de estrés alterando estados de ánimo (sentimientos de culpa del sobreviviente, miedo, entumecimiento emocional, shock, desesperanza, desamparo, impotencia, ansiedad); funciones fisiológicas (somatizaciones, insomnio, jaquecas, pérdida de apetito, líbido y energía alteraciones en el metabolismo, regeneración y la producción de leche a través de la hormona peptídica, conocida como prolactina, que variará según el aumento o disminución del estrés. En este aspecto de inhibición también se hace presente la dopamina D2, como efecto inhibidor). En estas funciones alteradas la oxitocina se presenta como neuromodulador involucrado en los comportamientos y relaciones sociales, patrones sexuales, conductas parentales y sentimentales. Así, al momento de su producción desde el hipotálamo por los núcleos supraóptico y paraventricular, se vería alterada al momento de su liberación a raíz de la situación crítica vivida o que se esté viviendo. En la misma línea, mediante la producción de la glándula pituitaria y el hipotálamo, la endorfina se presenta como péptido-neurotransmisor ante el dolor y todas las situaciones relacionadas con el mismo. Éstas reacciones

- alteraciones son normalizadas y nominalizadas de manera preventiva en la práctica del Círculo Activo Vital Integrador – CAVI-. A partir de su identificación mediante la elaboración de un kit de recursos tendientes a calmar todas estas partes y traerlas al momento presente, con la finalidad de que las personas implicadas puedan integrar sus sensaciones y emociones tras lo vivido, y “que le permita reconstruir la noción de control realista y coherente, restablecer contactos sociales y dar un sentido posible a estos acontecimientos” (Giselle Perren-Klingler). Mediante la Técnica de CAVI “Podemos diferenciar tres clases diferentes de estrés según el tipo de estímulo que lo desencadena; las diferentes respuestas fisiológicas que se ponen en marcha y las consecuencias patológicas que ocasionan”. José Enrique Campillo Álvarez.

Estrés Homeostático (homos=similar; estasis=estabilidad). Evitar el cambio, mantener la constancia del orden interno.

Estrés Alostático (alo=cambio;estasis=estabilidad). Adaptarse al cambio, establecer un nuevo orden.

Estrés Pantostático (panto=todo;estasis=estabilidad). Sobrevivir a una agresión global que pone en riesgo la vida o la reproducción.

De esta manera también se evita el riesgo del anclaje fisiológico a partir de emociones negativas residuales y de síntomas disociativos que conlleven pérdida de funciones. Estas pérdidas se pueden expresar mayoritariamente como incapacidad en sentir emociones, sensación de no voluntad, amnesia con respecto a aspectos vivenciales, amnesia del presente como síntoma TDNE, despersonalización, desrealización, distorsión temporal, amnesia por repetición-cronificada, disonancia cognitiva, dolor reprimido al presente con intrusión disociativa, entre otras.

CÍRCULO ACTIVO VITAL INTEGRADOR Emocinesis neurotransmisores + salutogénesis+reorganización+integraciónAutoregulativaneurocomunicación + cooperación + empatía-sentidos + bio-psico-social

Podemos llegar a vivenciar nuestras emociones como negativas (miedo – enojo), hasta varios días después, de manera pasiva indirecta y contra nuestra voluntad como consecuencia de los mediadores y sus efectos negativos que al liberarse durante el estrés pueden durar días, semanas y hasta meses, con el potencial riesgo del TEPT – Estrés Post Traumático asociado a algún tipo de disociación, con riesgo de cronificación. Esto genera cambios no deseados en nuestras conductas, las cuales de manera paulatina y continua elevan su intensidad hasta volverse difíciles de controlar, generando así una disrupción entre nuestros sistemas simpático y parasimpático, lo cual se expresa desde lo fisiológico también con consecuencias de desadaptación en nuestro

estrés homeostático, alostático y pantostático y también desde la disociación inmediata como "momentos perdidos".

OBJETIVOS Y APLICACIÓN:

La técnica de el CAVI – Círculo Vital Activo Integrador tiene como fin desde la prevención la reorganización, integración y autoregulación de las emociones y sentidos mediante la nominalización y normalización de las emociones y sus reacciones, escaneo de conductas de la persona y la observación y evaluación del grupo y cada uno/a de sus integrantes, como eje integrador y regulador de la identificación de recursos personales y grupales desde lo bio-psico-social para la reformulación de conductas mediante la práctica de la emocinesis, basadas en resultados surgidos del encuentro. En estas circunstancias post intervenciones inmediatas, en la cual se apunta al desbloqueo de anclajes emocionales-fisiológicos naturales y esperables a estas tareas, el lenguaje como instrumento del pensamiento, nos llevará a tomar o no acción mediando sus procesos receptivos y su proceso expresivos a través de los Sistemas Operativo, Semántico e Intermedio – Dr. Antonio Damasio. Pero también en los procesos de recuperación, "El lenguaje es sufrimiento porque conduce a la evitación experiencial, que es el proceso por el que uno intenta evitar las propias experiencias" – Steven C. Hayes. Sobre el total de 1.500 personas junto a las cuales he trabajado la Técnica CAVI, se obtuvo una gran efectividad, dado que al ser una técnica no intrusiva que propone identificar recursos para aliviar, con el fin de que sus posibles reacciones no desencadenen en efectos negativos traumáticos patológicos, las personas comprenden y aceptan orientadas adecuadamente, lo imprescindible y salutogénico de mostrar, contar, expresar lo vivido, mediante las posibilidades visuales, auditivas, kinestésicas, olfativas y gustativas con que cuenta en el momento.

- CAVI es una técnica protocolarizada y preventiva, inmediata a las tareas realizadas y única en el tiempo en su momento de aplicación. Se realiza en ronda, bajo confidencialidad y respeto mutuo, evitando el espacio a críticas.

- Vocabulario asertivo y cognitivo por parte de quien coordina. Esta persona no tiene que haber estado presente en la intervención/hecho/servicio, a fin de estar libre de cualquier efecto residual emocional en sus sentidos.

- Cantidad de personas por encuentro, 6 máximo. Tiempo total, 50 minutos.

- Evitar la proliferación de pensamientos del tipo no relacionados al hecho. La persona debe exponer en pocas palabras como se sentía antes de la labor desempeñada y como y que se siente ahora corporalmente y emocionalmente.

- Nombrar a la persona por su nombre de pila o seudónimo, según lo

prefiera la misma previamente consultada.

- No utilizar las palabras POR QUÉ, por parte de quien coordina y participantes para preguntar, responder, ni como parte de los diálogos, ya que puede generar interpretaciones en personas que atraviesen disociación. Utilizar lenguaje cognitivo.

- Si alguien no puede expresarse en su momento o el coordinador observa que alguien desea expresar algo más, abrir un tiempo posterior para desarrollarlo antes del cierre

- El cierre es dirigido, se proponen actividades a realizar a nivel grupal del tipo atención y conciencia plena, comunicación, autoregulación emocional empática y cooperación, las cuales debe realizar el grupo/equipo en un lapso no mayor a siete días. Finalmente cada integrante debe dirigirse a cada uno/a del grupo expresándole aspectos positivos del mismo/a misma, con asertividad, con la siguiente frase: Agradezco y reconozco de vos&.

- El cierre grupal del coordinador/a debe remarcar aspectos positivos del grupo.

- No debe haber seguimientos individuales por parte de ningún integrante ni coordinador, ya que esto evitaría el corte emocional y de los sentidos con la situación vivida. Durante el encuentro grupal NO se deben comentar situaciones críticas y/ó traumáticas personales ó grupales vividas con anterioridad no relacionadas al hecho, ya que la vivencia particular de cada uno/a podría retraumatizar a la otra persona y viceversa.

PROTOCOLO CAVI

CÍRCULO ACTIVO VITAL INTEGRADOR

Reorganización, Integración y Autoregulación Preventiva de los Sentidos y Emociones post Intervenciones en Crisis – Emergencias – Catástrofes – Desastres Situaciones Críticas y Sociales. Diego Nuñez

Fase 1. Escaneo:

a- Datos de la persona entrevistada (expresadas por la misma)

- Nombre

.....

- Edad

.....

- Función

.....

- Fecha, mes, año (actuales)

.....

- Ciudad / Área / Equipo / Institución de pertenencia

.....

b- PERSONAL INTERVINIENTE: ¿Qué actividad realizaba y cómo se sentía emocionalmente y físicamente (interior y exterior) antes de la intervención?

.....

.....

.....

c- VÍCTIMA: ¿Qué actividad realizaba y cómo se sentía emocionalmente y físicamente (interior y exterior) antes del evento?

.....
.....
.....

d- Breve relato de los hechos de intervención (personal)

Breve relato del evento (víctima)

.....
.....
.....
.....
.....

e- PERSONAL INTERVINIENTE: ¿Qué actividad realizó durante la intervención y cómo se siente ahora emocionalmente y físicamente (interior y exterior) luego de la misma?

.....
.....
.....

VÍCTIMA: ¿Cómo accionó durante el evento (ó sino lo hizo) y como se siente ahora emocionalmente y físicamente (interior y exterior) luego del mismo?

.....
.....
.....

Realizar preguntas en lenguaje cognitivo:

- ¿Cómo?
- ¿Quién?
- ¿Cuándo?
- ¿Dónde?
- ¿Qué?

Fase 2. Observación:

a- Identificar posibles emociones observables en el rostro / cuerpo de la persona.

- | | |
|---------------------|---------------------|
| Miedo | Culpa |
| Sorpresa | Vergüenza |
| Rabia | Satisfacción |
| Asco | Celos |
| Tristeza | Aceptación |
| Alegría | Resignación |
| Placer | Angustia |
| Incertidumbre | Preocupación |
| Nerviosismo | Desconcierto |
| Sobresalto | Admiración |
| Asombro | Exasperación |
| Odio | Cólera |
| Rencor | Irritabilidad |
| Enfado | Indignación |
| Repugnancia | Rechazo |

Disgusto

Pena

Placer

Pesimismo

Entusiasmo

Diversión

b- Observación corporal:

- Plasticidad / flexibilidad corporal
- Rigidez corporal

c- Palabras y/ó frases reiteradas:

.....
.....
.....
.....
.....

d- Procesos y patrones de pensamientos:

- Se expresa desde lo que siente
- Se expresa desde lo que piensa
- Expresa su pensamiento como emoción
- Actúa y acciona desde lo que piensa
- Actúa y acciona desde resultados

Fase 3. Emocinesis:

a- Tareas propuestas por coordinador/a para realizar de manera individual y/ó grupal durante los siguientes 7 días.

.....
.....
.....

b- Tareas individuales y/ó grupales propuestas durante el encuentro por los/as participantes

.....
.....
.....

c- Visión grupal en relación a la intervención/servicio realizado (desde lo oído y observado por el coordinador/a)

.....
.....
.....

Fase 4. Cierre

4.1 Cierre grupal del encuentro de cada participante hacia cada participante mediante la frase; " Reconozco y agradezco de vos..."

a- Segundo encuentro individual (solicitado por coordinador/a del encuentro grupal)

b- Derivación a Profesional de la Salud Mental (identificar motivos)

.....
.....
.....

Nombre/s y Apellido/s de Coordinador/a:

.....

Fecha

Lugar

Institución / Equipo / Área de pertenencia.....

Bibliografía

- Allen, J. G., Fonagy, P. y Bateman, A. W. (2008) *Mentalizing in clinical practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Bruce, S. McEwen, B.S. y Wingfield, J.C. What is in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress. *Hormones and Behavior*. 57: 105-111.2010.
- Fraser, G. (2003). Fraser 's Dissociative Table Technique revisited, revisited: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4 (4), 5-28.
- José Enrique Campillo Álvarez. *El mono estresado*. Crítica. 2012
- Krakauer, S. Y. (2001). *Treating dissociative identity disorder: The power of the collective heart*. Filadelfia: Brunner-Routledge.
- Mann, L. y Tan, C. (1933). The hassled decision maker: The effects of perceived time pressure on information processing in decision making. *Australian journal of Management*, 18, 197-209-
- Mitchell J. T., Everly G. S. *Critical incident stress debriefing and operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency service workers*. Baltimore. 1995.
- Mitchell J. T. Dyregrov A. *Traumatic Stress in disaster workers and emergency personnel*. In Wilson J. P. and Raphael B. (Ed) New York. 1993
- Pankseep, J. *Affective Neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York, Oxford University Press. 1998.
- Perren-Klingler G. – *Debriefing. Erste Hilfe durch das Wort Hintergründe und Praxisbeispiele*. Bern, Stuttgart; Wien: Haupt 2000.
- Raymond B. Flannery, Jr. *Assaulted Staff Action Programme. Debriefing – Erste Hilfe durch das Wort Hintergründe und Praxisbeispiele*. Bern, Stuttgart; Wien: Haupt 2000.
- Steele, K. Van der Hart, O. and Nijenhuis, E. R. S.. Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 79-116. 2001

“REDUCCIÓN DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD CON MINDFULNESS”

VIRTUD - CONCENTRACIÓN - CALMA - SABIDURÍA

Eleonora Koning

Argentina

lic.eleonorakoning@gmail.com

Mindfulness significa atención plena, consciencia plena, implica “prestar atención de una forma especial: a propósito, en el momento presente y sin críticas”. (Kabat Zinn Jon. Mindfulness En La Vida Cotidiana.Pág. 26).

La **respiración** es vida, es el ancla que nos amarra al momento presente, por lo tanto lo único que hace falta es conectar con la sensación de la respiración, como sale y entra del cuerpo (a su ritmo natural).

Beneficios En La Vida Cotidiana -Mejorar nuestra calidad de vida, al ser más conscientes podemos tener la opción de elegir. Elegir es como si la vida se iluminara, como si de golpe estuviéramos despiertos y todas las posibilidades se abrieran frente a nuestros ojos. Hay opciones que ni siquiera sabíamos que existían. -Al practicar la atención plena puedo mejorar mi foco atencional, elegir donde llevar esa atención, ampliando mi capacidad de concentración y memoria. -“Optimizar el proceso de toma de decisiones y resolución de problemas” (Badino Clara. Mindfulness En La Era Del Miedo y La Ansiedad. Pág. 23) -“Descenso en los niveles de ansiedad, miedo, la preocupación y la impulsividad” (Badino Clara. Mindfulness En La Era Del Miedo y La Ansiedad. Pág. 22) -“Mejora en la calidad de vínculos e interacciones sociales, especialmente en la calidad de la empatía” (Badino Clara. Mindfulness En La Era Del Miedo y La Ansiedad.Pág. 22). Al ser más consciente puedo entender más al otro, lo que siente, piensa, su dolor, su accionar y aunque no soy el otro tengo la capacidad de comprender con amabilidad el transcurrir de su acontecer. Inclusive si está dentro de mis posibilidades y elecciones colaborar con la reducción de su sufrimiento. -“Aumento de la felicidad y el bienestar” (Puddicombe Andy. Mindfulness Atención Plena.Pág. 96).

El **objetivo** es despertarnos para estar en el aquí y ahora. El objetivo y el recorrido son la misma cosa, porque a medida que practico alcanzo el objetivo de ser y estar consciente.

Modalidad Ser y Hacer. **Hacer** es el "hacedor humano" (Kabat Zinn Jon. Mindfulness Para Principiantes. Pág. 32), la acción, las metas, los objetivos, los pasos para alcanzarlas. **Ser**, es simplemente ser, "nuestra acción resulta mucho más integrada y eficaz porque brota de nuestro ser"... "aprendemos a encarar nuestro cuerpo y a habitar el único momento en que vivimos, es decir, éste". (Kabat Zinn Jon. Mindfulness Para Principiantes. Pág.32).

Dolor y Sufrimiento. "el dolor es un fenómeno complejo y multidimensional que surge por diversas causas" (Badino Clara. Mindfulness En La Era Del Miedo y La Ansiedad. Pág. 47). Todas las personas en alguna etapa de nuestra vida experimentamos dolor, el cual puede tener diferentes orígenes como ser físico, psicológico, espiritual, axiológico, social, etc. Ninguna persona está exenta del mismo, el dolor es algo ineludible en nuestra vida, pero la manera que tenemos de vincularnos con éste puede generarnos **sufrimiento**, que es el producto de la resistencia al dolor. El sufrimiento proviene de nuestra mente. Es "...una forma de sufrimiento que agregamos al sufrimiento que nos traen las circunstancias..." "...el dolor es inevitable, el sufrimiento que lo acompaña es opcional" (Kabat Zinn Jon. Mindfulness Para Principiantes. Pág. 124)

La **aceptación**, implica dejar de resistir la realidad, lo que nada tiene que ver con la resignación pasiva, sino con dejar de luchar contra lo inevitable. Si esto no se hace, sino hay consciencia de ello, tampoco hay acción posible. "...Es reconocer de forma clara que lo que está ocurriendo está ocurriendo..." (Kabat Zinn Jon. Mindfulness En La Vida Cotidiana. Pág. 36).

En relación a los **pensamientos**, tenemos *dos tipos*, el *voluntario* y reflexivo y el que *simplemente acude a nosotros*. "nuestra mente está siempre corriendo de un pensamiento a otro" (Puddicombe Andy. Mindfulness Atención Plena. Pág. 43) porque los pensamientos son algo pasajero, así como vienen, permanecen y se van. No hay que tomarlos como algo personal.

En relación a las **emociones**, no podemos elegir qué emoción sentir, pero podemos ser conscientes de cómo reaccionar a ellas y sí elegir dejarlas ir. Las emociones son un filtro de la realidad. No son ni buenas ni malas. Gestionar las emociones implica *cuatro pasos*: *reconocer* la emoción ni bien surge, la *aceptación*, es estar abiertos a cualquier emoción que surja sin identificarnos, *investigación* para observar la emoción con curiosidad y *no identificarnos* que implica comprender que nosotros no somos nuestras emociones.

Ahora...pasemos a la **práctica**. "No existe una forma de meditar correcta y otra equivocada, sólo tu forma de hacerlo" (Kabat Zinn Jon. Mindfulness En La Vida Cotidiana.)

Hay una práctica **formal** que es un tiempo dedicado exclusivamente a realizar la práctica de mindfulness, y una **informal** que es llevar la esencia del mindfulness a las acciones de la vida cotidiana, para estar conscientes de la unión de mente y cuerpo.

¿**Qué Necesitamos?** Nuestra *mente*, nuestro *cuerpo*, una *silla*, la *respiración*, un *lugar* con la menor cantidad posible de distracciones, la *ropa* que resulte más cómoda, la *hora* del día en la que te resulte más amena, para la *postura* si practicamos en una silla apoyar la planta de los pies en el suelo con la espalda a unos centímetros del respaldo, relajada, cómoda pero recta, las manos sobre el regazo y los ojos cerrados, con el mentón paralelo al piso (según Kabat Zinn una postura digna). En relación a la *duración* de la práctica, lo que permita incorporarla en la rutina por lo tanto va a ser variable. "es fundamental saber que la meditación tiene poco que ver con el tiempo del reloj" (Kabat Zinn Jon. Mindfulness En La Vida Cotidiana. Pág 130).

Algunas de las *dificultades* que se pueden encontrar en la práctica es la distracción, si eso ocurre, simplemente al notarlo llevamos la atención al foco de la práctica (siempre con amabilidad). Otro obstáculo puede ser fijarse demasiadas metas para la práctica, cuando en realidad, la práctica y el camino son la misma cosa.

Hay **actitudes mindfulness**, *no juzgar* es poner entre paréntesis la evaluación de lo lindo, feo, bueno, malo, etc, dejando que las cosas sean como son. *Paciencia*, es estar en aquí y ahora sin querer estar en otro tiempo y lugar. *Mente de principiante*, es cuando intentamos ver las cosas con curiosidad, sabiendo que estamos frente a una inmensidad que no conocemos. La *confianza*, tener la creencia de que podemos. *No esfuerzo*, "tiene que ver con la cualidad atemporal que llamamos ahora"..."moramos en el momento presente, no hay, en realidad, ningún lugar al que ir, nada que hacer, ni nada que obtener (Kabat Zinn Jon. Mindfulness Para Principiantes Pág. 163). *Aceptación*, "significa en última instancia, entender el modo en qué las cosas son y descubrir el modo más sabio de relacionarse con ellas y actuar, con esa visión clara" (Kabat Zinn Jon. Mindfulness Para Principiantes. Pág. 167). **Dejar ir**, es no identificarse, no aferrarse, soltar, "fluir con la corriente de momentos presentes a medida que estos se van desplegando" (Kabat Zinn Jon. Mindfulness En La Vida Cotidiana. Pág. 69).

Vamos a pasar a adentrarnos en la práctica formal de Mindfulness. Vamos a comenzar con la principal que implica anclar la mente al cuerpo, al aquí y ahora a través de la respiración. Armamos previamente la postura sentados dignamente en la silla, y comenzamos a practicar.

Práctica Esencial: Mindfulness en la Respiración

Comenzamos **despertando la consciencia del cuerpo**, con la superficie en la que nos encontramos sentados y registramos esas sensaciones.

Hacemos un breve **barrido por el cuerpo**, registrando en cada zona las sensaciones corporales, sino sentimos nada registramos la usencia, el vacío. Registramos sin cambiar nada. Vamos llevando la atención a los pies, los talones, las piernas, el torso, el brazo y mano izquierda, el brazo y mano derecha, cuello y cabeza.

Concentramos en la **respiración**, llevamos la atención a la respiración, tomando consciencia de como cambian las sensaciones físicas al inhalar y exhalar. Observamos las fosas nasales, el pecho o el abdomen de acuerdo a donde nos resulte más fácil sentir la respiración. Llevamos la atención a la respiración sin controlarla.

Frente a la **mente dispersa**, cuando la atención se desvía de la respiración y se va a imágenes, pensamientos, emociones, notamos que eso ocurre, es ahí que somos conscientes. Sólo volvemos a llevar la atención a la respiración, sin juzgar, con compasión.

Luego de algunos ciclos de respiraciones conscientes vamos abriendo los ojos.

Bibliografía:

- Kabat Zinn Jon. Mindfulness En La Vida Cotidiana. España. Paidón 2013.
- Kabat Zinn Jon. Mindfulness Para Principiantes. España. Kairós. 2017
- Badino Clara. Mindfulness En La Era Del Miedo Y La Ansiedad. Argentina. Grijalbo. 2015
- Penman Danny. El Arte De Respirar. Argentina. Paidós. 2017
- Salzberg Sharon. El Secreto De La Felicidad Auténtica. España. Oniro El Árbol De La Vida. 2011
- Puddicombe Andy. Mindfulness Atención Plena. España. Edaf. 2013

“INTERVENCIÓN BASADA EN LA ESCUCHA Y EN EL DIALOGO (IBED) EN CRISIS SUICIDA”

José Edir Paixão de Sousa

Brasil

edirpaixao@yahoo.com.br

Existen tres etapas importantes en relación al enfrentamiento de suicidio: **prevención, intervención y posvención**. Ellas componen una triada de vida, son pilares de fundamental importancia para que se pueda disminuir o eliminar los números de suicidios y tentativas de suicidio¹.

La **prevención** de suicidios será la etapa que reúne acciones y condiciones específicas materiales o inmateriales que objetivan evitar que una persona venga a sufrir una crisis suicida⁴. La prevención del suicidio que recomendamos es la por nivel de riesgo, siendo repartida en prevención universal (destinada a poblaciones generales donde se desconoce el nivel de riesgo de sus integrantes), la prevención selectiva (para grupos de integrantes con mediano y alto riesgo de suicidio) y la prevención indicada para individuos con alto riesgo o hasta los que intentaron el suicidio y sobrevivieron¹.

La **intervención**, tópico principal a que se destina el abordaje de este capítulo es el conjunto de acciones y condiciones que vengan a interrumpir el proceso de ejecución y de consumación del acto suicida. La intervención ocurre cuando la prevención no logra éxito.

La **posvención** es el conjunto de acciones que buscan evitar que los supervivientes indirectos de suicidio (aquellas personas que sufrieron el impacto de conocimiento sobre el suicidio, como familiares, amigos, compañeros de escuela, vecinos y profesionales de emergencia que actuaron en intentos de suicidio, puedan superar el trauma de suicidios o escenas y hechos presenciados de forma directa o indirecta en relación al tema. También es objetivo de posvención ayudar a las personas para que puedan elaborar y desarrollar su luto sin presentar trastornos de naturaleza mental y para que principalmente no vengan a contaminarse e imitar el acto suicida en el proceso llamado efecto Werther.

Todavía, es posible realizar trabajos de posvención con la propia víctima que intentó el suicidio, con el fin de que ella no vuelva a repetir el acto y pueda superar su crisis. Por su vez, la crisis suicida suele ser clasificada en nivel bajo, mediano o alto. Cuando el nivel de la crisis es alto, agudizado y señala inminente peligro para la víctima y para las personas que estén cercanas a ella, es necesario hacer intervención inmediata.

En estas circunstancias es esencial señalar que la crisis suicida no es necesariamente una tentativa de suicidio. En Brasil, existe el Curso de Atendimento a Tentativas de Suicidio (CATS), en el Cuerpo de Bomberos Militares del Estado de Ceará con el objetivo de capacitar profesionales de seguridad pública, salud pública y defensa civil para actuar en situaciones de tentativas de suicidio. Profesionales de Guayana Francesa, Portugal, Argentina y Brasil fueron capacitados presencialmente en este curso.

En el curso, se enseña que la tentativa de suicidio ocurre cuando la crisis suicida es agudizada y la víctima se pone físicamente en inminente riesgo de muerte o grave amenaza con instrumento que sea letal o que ella cree que es letal. Por lo tanto, la consciencia libre y las ganas de actuar contra sí mismo son dos presupuestos basilares para la realización de intento suicida. El objetivo de este capítulo es comentar sobre la intervención de crisis suicida cuando ella coexiste con la tentativa de suicidio generando una situación de emergencia. La intervención que será comentada es de acuerdo con los métodos de actuación de CATS Brasil, en la versión 2020.

Prosiguiendo con la explicación, se puede dar cuenta que en los intentos de suicidio existe siempre una crisis suicida, sin embargo, en la crisis suicida no existe necesariamente la tentativa de autodestrucción, porque cuando ocurre solamente la crisis las circunstancias pueden permanecer en el campo de las ideas o del planeamiento, sin que haya exposición física al inminente riesgo de muerte o grave amenaza a la vida.

En relación al comando y gestión de emergencias, la herramienta de gestión de crisis que más se recomienda para esas situaciones es el Sistema de Comando de Incidentes (SCI) ². E SCI se dedica a la coordinación de múltiples instituciones. En una tentativa de suicidio, generalmente encontramos varias instituciones que actúan simultáneamente.

Por ejemplo, una víctima sobre un puente, con mucho tránsito de coches, que quiere saltar abajo al río. Tendríamos en esta situación la necesidad de controlar el tránsito, aislar el área, utilizar bomberos o policías atados por cuerdas, equipos de primeros auxilios, profesionales de guardia costera o rescate

acuático. Se ve en este ejemplo, la multiplicidad de actores en emergencia que deben trabajar juntos.

En este sentido, se listan las etapas de asistencia que deben ser observadas en esta atención.

La **primera etapa es la preparación**. La actuación de personas sin preparación puede impulsar en vez de frenar el acto suicida de la víctima. Por lo tanto, se ve necesario un entrenamiento específico. Los primeros auxilios psicológicos no son intrusivos, así, no se debe pedir que los profesionales que solamente poseen entrenamiento en primeros auxilios psicológicos vengan a actuar en emergencia de tentativa de suicidio.

De esta forma, se enfatiza que en emergencia de suicidio se haga intervención a pesar de que la víctima no lo acepte. La víctima cuando ve la oferta de primeros auxilios psicológicos, puede rechazarlos, sin embargo lo mismo no sucede con la intervención en tentativa de suicidio que deberá ser conducida lo mismo sin el consentimiento de la víctima³. En Brasil y otros países, los profesionales que dejan de hacer intervención en tentativa de suicidio pueden responder penalmente por omisión de asistencia. Con eso se concluye que para actuar en tales ocurrencias es esencial entrenamiento específico y buenas condiciones profesionales, físicas y mentales.

En resumen, no se recomienda que los profesionales que no han recibido preparación específica para esos tipos de emergencias, los que tienen dificultad de locomoción, los que presentan problemas de salud física y mental actúen en intentos de suicidio.

La **segunda etapa de este tipo de emergencia es la llamada**. Un equipo de interaccionistas recibe el llamado de una central telefónica o vía internet para actuar. En esta etapa, ellos o ellas deben pedir y recolectar el máximo posible de informaciones sobre la víctima, el lugar y circunstancias de la operación junto a su central de llamadas de emergencias.

La **tercera etapa es el desplazamiento**. Existe la necesidad de que se llegue lo más pronto posible para dar asistencia a la situación y dentro del vehículo de emergencia es posible dejar a cargo de cada uno del equipo de interaccionistas las funciones correspondientes: comandante del incidente, aisladores del sitio, posibles inmovilizadores de la víctima, interaccionista principal y reserva para que actúen. Algunos equipos son pequeños y reducidos y, por eso, el trabajo de apoyo de otras instituciones es bienvenido desde que sepan actuar en conjunto, con respeto, delimitación de competencias y comunicación común integrada, terminología y objetivos comunes conforme orientado en el sistema de comando de incidentes (SCI)².

La cuarta etapa es la llegada al sitio de emergencia, de forma silenciosa y apagando las sirenas, con el fin de que no se cause más estrés a la víctima y para no sorprenderla.

La quinta etapa es el establecimiento del vehículo de emergencia y posicionamiento del equipo de intervencionistas. En esta etapa es necesario hacer el establecimiento del vehículo, observación y análisis del sitio para que se sepa actuar en el momento y si es necesario pedir algún material extra o personal de apoyo.

La sexta etapa es el aislamiento, con el fin de que ningún desconocido venga a molestar la emergencia o convertirse en otra víctima. Aislados y listos todos los materiales de protección colectiva y el sitio se puede hacer la intervención directamente con la víctima.

La séptima etapa es de comunicación. El método utilizado actualmente en el CATS BRASIL es el de Intervención basada en la escucha y en el diálogo (IBED). Sobre la conceptualización tenemos que la IBED es la intervención donde primero se realiza la escucha empática y activa, y luego, la comunicación asertiva y no violenta y la búsqueda de sentido de vida en el habla de la víctima para resolución pacífica de la tentativa de suicidio sin utilización de fuerza física.

Los teóricos que fundamentan la utilización de la IBED en el campo de la escucha activa y empática son McMains y Sullivan³. En el área de comunicación corporal son Weil y Tampakow⁷. En el área de comunicación asertiva es Vera Martins¹⁰, en la comunicación no violenta es Marshel Rosemberg⁸ y al final para mejor comprensión de la búsqueda de sentido aconsejamos la lectura de Viktor Frankl⁹.

En ese sentido, se señala que durante la escucha y el diálogo se busque sentido de vida en el habla de la víctima porque una vez que se encuentra un "por qué vivir" se puede orbitar y direccionar el diálogo para hechos que se conecten con ese sentido con el fin de producir esperanza y ganas de vivir, polarizando las energías involucradas en este campo de interacción para la creación de pensamientos de vida y permitiendo la reducción del estrés mental⁶.

La aplicación de la IBED debe respetar cinco principios de acción. Primer principio de preservación de la vida, tanto de la víctima como las vidas del equipo de intervencionistas y de personas cercanas o involucradas en la zona de acción. Segundo principio de la legalidad. Dependiendo del país, ciudad o sitio donde se actúe, hay leyes diferentes para marcar las acciones de emergencia. Tercer principio el respeto a la diversidad, porque los valores y creencias culturales, religiosas, políticas, entre otras, no deben causar conflicto en el diálogo, a fin

de evitarse el aumento del estrés mental. Cuarto principio de la moralidad, el diálogo debe ser hecho de forma ética y moral, con el objetivo de actuar en el campo seguro del habla sin favorecer desdoblamientos y malas interpretaciones. Quinto principio de la proporcionalidad. El intervencionista deberá estar todo el tiempo, alerta a las palabras, ideas, movimientos corporales, lenguaje no verbal y acciones de la víctima para no anteponer innecesariamente la acción de contención física, una vez que esa debe ser la última posibilidad de acción. Aún, es necesario estar alerta para posible agresión por la víctima y, en este caso, para que el intervencionista pueda defenderse, una vez que el potencial del suicidio, muchas veces, sufre redireccionamiento de la agresividad para otras personas cercanas al incidente.

Después de la aplicación de la etapa dialogada, téngase la **octava etapa, el cierre**.

La IBED puede ser aplicada solamente para la resolución pacífica de la tentativa. Si hay una entrega pacífica de la víctima a los cuidados del equipo de intervención, tenemos la mejor forma de cierre, una vez que no ocurrió el riesgo de que alguien se dañara o muriera, bien como la cooperación y la confianza de la víctima fueron conquistadas y preservadas.

Otro tipo de cierre es con la contención física. En la mayoría de las veces, las intervenciones con las contenciones físicas son arriesgadas. Se recomienda por lo menos tres profesionales previamente entrenados para efectuar una contención de víctima.

Con respecto a la conducción al hospital, una víctima en ambulancia debe ser conducida todo el tiempo observada para que no tenga una recaída en el clímax del estrés intentar saltar del vehículo en movimiento.

Por fin, es posible que la víctima ejecute la propia muerte. Cuando hay muerte o evento adverso en el escenario de emergencia se recomienda urgentemente que todo el equipo de intervención presente reciba cuidados y evaluación psicológica para prevención de trastorno del estrés postraumático, y el efecto contagio (Efecto Werther), entre otros tipos de consecuencias psicológicas adversas.

La novena etapa es la de desmovilización de los equipos para fuera de la zona de riesgo y con restablecimiento del estado de normalidad anterior. Se enfatiza que cuando ocurre muerte en el escenario de emergencia el sitio debe ser preservado y solamente la policía y las instituciones competentes y responsables deben decir el momento de normalización y liberación de tránsito libre en el sitio antes dañado.

La décima etapa ocurre cuando la víctima es entregada al hospital o, en

caso de muerte, cuando el cadáver es entregado en la morgue.

En resumen, podemos decir que la Intervención Basada en la escucha y en el Diálogo (IBED) es un método pacífico de resolución de la emergencia en intento de suicidio que vise el aumento de seguridad de los interaccionistas y de la víctima. Si todos salen en seguridad, tenemos la mejor solución, porque las vidas fueron preservadas.

Referencia Bibliográfica

- 1-Bertolote, J M. O suicídio e sua prevenção. – São Paulo: Editora Unesp, 2012.
- 2-Esteves, H S J. Manual do Sistema do Comando de Incidentes. Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF). Brasília: 2011.
- 3-Organização Mundial da Saúde, War Trauma Foundation e Visão Global internacional (2015). Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo. OMS: Genebra.
- 4-World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/>. Acesso em: 01 abr. 2020.
- 5-Mcmains, M. J., Mullins, W. C. Crisis Negotiations: Managing Critical and Hostage Situations in Law Enforcement and Corrections. New York: Routledge, 2015.
- 6-Shneidman, E. The Suicidal Mind. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- 7-Weil P. Tampakow R. O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. 68 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- 8-Rosenberg. M. Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. [tradução Mário Vilela]. São Paulo: Ágora, 2006.
- 9-Frankl, V E. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração/ Viktor E Frankl. Traduzido por Walter O. Schlupp e Carlos C Aveline. 45 ed. – São Leopoldo: Sinoda; Petrópolis: Vozes, 2019.
- 10-Martins, V. Seja Assertivo. – como ser direto, objetivo e fazer o que tem de ser feito: como construir relacionamentos saudáveis usando a assertividade/ Vera Martins. – Rio de Janeiro: Alta Books, 2017.

“NEGOCIACIÓN PURA EN INTENTOS DE SUICIDIOS”

José Edir Paixão de Sousa

Brasil

edirpaixao@yahoo.com.br

El objetivo general de este capítulo es describir el proceso de utilizar la negociación pura en un intento de suicidio.

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), la negociación es “el acto o efecto de negociar”. El verbo negociar es descrito como “tratar por la vía diplomática, de potencia a potencia, un asunto, como un tratado de alianza, del comercio”¹.

Según la Organización Mundial de Salud², el intento de suicidio es “todo comportamiento suicida que no causa la muerte y se refiere a la intoxicación autoinfligida, lesiones o agresiones intencionales”.

Por lo tanto, teniendo en cuenta las definiciones anteriores, así como la experiencia profesional en casos de intentos de suicidio, expresamos una síntesis.

La negociación pura en intentos de suicidio es el uso de comunicación con gestos y palabras, entre dos o más personas, pero donde una de ellas es necesariamente una persona potencialmente suicida que amenaza inminentemente con suicidarse y la otra u otras son personas que intentan evitar la consumación del suicidio en el escenario de emergencia, mediante reducción de las tensiones, sugerencias de resolución de conflictos e intentos de posibles intercambios materiales o inmateriales.

Por otro lado, la negociación táctica es aquella en la que utilizan técnicas de negociación para facilitar la entrada del equipo de restricción física de la víctima.

Cuando utilizamos primeramente la negociación pura y dejamos la negociación táctica como plan reserva, llamamos nuestra actuación de líneas paralelas³. Como nosotros no estamos seguros del resultado de una

emergencia, el método de líneas paralelas es la mejor forma de actuar que utilizar línea única.

Todavía, vale la pena mencionar que según Strentz (1979) el 78% de las intervenciones tácticas terminan en lesiones físicas o muertes. Por lo tanto, el uso de negociación pura es lo que probabilísticamente genera mayores ganancias para todas las partes⁴.

Además, es más aconsejable que un solo negociador se mantenga con la víctima y que los otros negociadores puedan estar en reserva para un posible reemplazo o estén observando, escuchando y posiblemente escribiendo detalles del intento de suicidio para subsidiar al negociador principal.

Hablar con más de una persona al mismo tiempo causará confusión en el diálogo y puede causar más estrés a la víctima. Al negociar un intento de suicidio, como se mencionó anteriormente, la intención es principalmente reducir las tensiones y descubrir otras posibles formas de salir de lo que la víctima está experimentando.

Así, Shneidman⁵, afirma que la mayoría de los pensamientos suicidas son ambivalentes. La víctima oscila entre querer vivir o querer morir, ya que de hecho quiere resolver un conflicto para soportar el dolor de la pérdida o necesidad no satisfecha material o inmaterial. Este conocimiento es muy benéfico para el negociador, ya que puede usar buenas estrategias de diálogo, especialmente cuando la víctima muestra un cambio en el pensamiento pasando a "querer vivir".

En este sentido, es necesario tener mucho cuidado en los intentos de suicidio porque la víctima no siempre dirige la violencia sólo para sí misma, a menudo puede dirigir la violencia al negociador y otras personas involucradas en el escenario de intento y rescate.

Por lo tanto, se considera que los siguientes supuestos son necesarios a un negociador de intentos de suicidio: entrenamiento básico teórico y práctico, conocimiento específico sobre el fenómeno de los intentos de suicidio, buen estado emocional y físico en el momento de la emergencia, actuación en equipo, uso de equipos de protección colectiva e individual, autorización legal de la ciudad y el país donde opera, buenas habilidades de comunicación e interés personal en la preservación de la vida humana.

Es importante tener en cuenta que hay otras formas diferentes de lidiar con emergencias en el intento de suicidio. Por ejemplo, alguien mira y ve que una persona quiere saltar de un puente, ella va a escuchar a la víctima cuidadosamente durante la emergencia, sin juzgar. Ella es cordial, manteniendo el vínculo y empatía. Es muy probable que el suicidio no ocurra.

A menudo, las personas quieren atención y esto se logra cuando alguien realmente escucha al otro. El poder de escuchar es de gran relevancia en tiempos de crisis. Mientras alguien está ocupado con su discurso, él o ella no está llevando a cabo su suicidio. Es importante recordárselo para que las víctimas sigan hablando siempre que sea posible.

Otro punto de suma importancia es el lenguaje corporal. Un buen consejo para tener un buen lenguaje corporal es tener en cuenta el bienestar de la víctima, la preservación de su vida y el deseo real de ayudar a resolver la situación de manera pacífica. Estos pensamientos y deseos se transmitirán a la expresión corporal de forma natural. Al contrario, al tratar de engañar o mentir, la boca hablará una cosa y el cuerpo demostrará otra⁶.

Obviamente, el entrenamiento es de suma importancia para incorporar más fácilmente las posturas que facilitan el vínculo con una víctima, como nivelar la velocidad del habla, postura física y el movimiento del cuerpo, haciendo que el cuerpo refleje simbólicamente igualdad entre el negociador y la víctima.

Por ejemplo, cuando una víctima está sentada y el negociador se arrodilla para que estén a la misma altura para mirar en sus ojos y acercarse a su dimensión corporal. Este mensaje verbal significa: soy solidario con usted, soy su igual y puede confiar en mí.

Otra herramienta efectiva es la escucha activa. La escucha activa, que es una técnica en la que un interlocutor hace que la persona con la que se habla se asegure de que se la escuche. Lo que es de fundamental importancia en la negociación. Un buen oyente activo podrá evitar intentos de suicidio incluso antes que se concluya cualquier contrato o acuerdo de resolución de conflictos, simplemente reduciendo la presión mental con su escucha estratégica. En un intento de suicidio es más importante escuchar que hablar³.

En este sentido, les recomendamos la incorporación de la escucha activa en estrategias de negociación pura, así como el uso de la comunicación no violenta en intento de suicidio⁷. Es necesario ser claro y objetivo ante una posible confusión mental.

Además, violencia genera violencia, al contrario, un lenguaje suave y pacífico ayuda a la víctima a calmarse. Más relajada, bienvenida y con su dolor psíquico reducido, es muy probable que abandone el escenario de intento de suicidio con la solicitud del negociador de que confíe en el equipo de seguridad y que la lleven al hospital.

Sin embargo, muchos otros escenarios se presentan con potencial de agresividad difusa, con el uso de armas de cortar o armas de fuego, con amenazas de homicidio y suicidio en presencia de rehenes. En estos escenarios

más serios, generalmente se sugiere el uso de negociación pura, ya que es necesario hacer algunas concesiones, contratos y negociaciones para que el tiempo sea favorable para el equipo de negociación³.

Es muy importante enfatizar que un negociador no está negociando con vidas, pero negociando por las vidas. Por lo tanto, no se recomienda llevar a las personas al escenario de negociación en un intento de suicidio. Así, quien da la autorización es el responsable por las personas en la zona de actuación que pueden convertirse en otras víctimas en el teatro operativo.

Otro detalle importante en la negociación pura es nunca desafiar a una víctima, como tampoco dar ultimátums o plazos que puedan llevar a la víctima al extremo de la presión y así consumir su propia muerte. El alivio mental y la despresurización del escenario de emergencia son dos herramientas fundamentales para ayudar a ejecutar la negociación pura.

En relación con la negociación pura en sí, se sugiere utilizar la pirámide de Maslow³ que puede ayudar a realizar intercambios importantes y positivos para la resolución de conflictos. Por lo tanto, la satisfacción de las necesidades básicas puede dar lugar a intercambios relevantes.

Los alimentos, el agua y la ropa contra el frío y el calor excesivo son ejemplos de bienes de intercambio materiales que el negociador generalmente puede utilizar respetando la legalidad, la moral y la ética de las acciones.

Sin embargo, el negociador debe utilizar el principio *quid pro quo* en el que un bien de intercambio debe cambiarse por otro bien material o inmaterial. Si un negociador cede a intercambios en mayor cantidad y calidad con la víctima, ella puede sentirse más poderosa y comenzar a pedir más y más, dañando el equilibrio de la negociación³.

Un intercambio viable, por ejemplo, respetando el principio *quid pro quo* es que el negociador haría un acuerdo en darle agua (bien material) a la víctima si ella pone las piernas dentro de una ventana (bien inmaterial). En esa situación aumenta a la seguridad de la operación.

Otro punto, según el Psicólogo y Coronel Dave Grossman⁸, se observa que una persona cuando tiene hambre o cuando tiene miedo se pone a pensar de forma confusa o agresiva. Así, hacer con que la víctima beba agua o coma algún alimento va a ayudar a que él o ella piense mejor y con más calma.

Otro detalle importante en la negociación según enseñan McMains y Mullins³ es poner cuidado para la utilización de factores de riesgo y de protección en el escenario de intento de suicidio. Los factores de riesgo son aquellos que darán sensación de estrés y aumento de dolor mental en la víctima, mientras los factores de protección tendrán efecto contrario, produciendo alivio y sensación de deseo de vida.

Un cuidado especial que se debe tener en esos momentos es que los factores de riesgo o de protección deben ser descubiertos, caso a caso, pues lo que es protección para una persona puede ser riesgo para otra y al revés. Un ejemplo son las relaciones familiares. Para algunas familias los parientes protegen y acogen, para otras los parientes son agresivos y repulsivos. De esa forma, el negociador no puede ser sólo un simple conocedor de estrategias de comunicación y negociación, más allá de eso, alguien que conoce bien la esencia humana, tiene compasión e infunde esperanza en la víctima.

Concluimos este capítulo resignificando lo que muchos negociadores aprendieron, que una víctima de intento de suicidio es solamente un causador de evento crítico (CEC).

Con eso, invitamos a los negociadores a que miren a una persona en intento de suicidio como alguien que necesita de una trinidad de la vida, pues la abreviatura debe acordarnos que esas víctimas necesitan de compasión, esperanza y conexión (CEC).

Si actuamos con más humanidad, paciencia y diplomacia maximizaremos los beneficios y minimizaremos las pérdidas en emergencias de intentos de suicidio. El éxito de la ocurrencia depende también de la víctima dejarse adherir por la negociación que le ofrecemos con el objetivo de preservar su vida.

Referencia bibliográfica

- 1 Real Academia Española. <<https://dle.rae.es/negociar?m=form>>. Aceso en 02 ago 2020.
- 2 World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/>. Aceso em: 01 abr. 2020.
- 3 McMains, M. J., Mullins, W. C. Crisis Negotiations: Managing Critical and Hostage Situations in Law Enforcement and Corrections. New York: Routledge, 2015.
- 4 Srentz, T. (1979). Law Enforcement Policies and Ego Defenses of the Hostage. FBI. Law Enforcement Bulletin. 48, 1-12.
- 5 Shneidman, E. The Suicidal Mind. Oxford: Oxford University Press, 1996.
- 6 Weil P. Tampakow R. O corpo fala: a linguagem silenciosa da comunicação não verbal. 68 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- 7 Rosenberg. M. Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. [tradução Mário Vilela]. São Paulo: Ágora, 2006.
8. Grossman D. On Killing, The psychological coast of learning to kill in war and society. Back Bay Books, New York, 2009.

“FACTORES A LOS CUALES NOS ENFRENTAMOS COMO BOMBEROS”

Carlos Alberto Cardona Ruiz

Colombia

carlosbom49@hotmail.com

Conociendo cuáles son los factores a los cuales se enfrentan los bomberos día a día (No sólo enfrentarse a las razonabilidades laborales sino, lo que éstas representan cuando terminan dichas labores), es de suma importancia resaltar primero que al ser un trabajo



de vocación, compromiso y responsabilidad social éste representa un riesgo muy alto tanto para la vida de las personas que los necesitan como para ellos mismos; es decir, no sólo la persona que está atrapada bajo un edificación colapsada, un incendio o un rescate de otra índole, sino también, este personal profesional y humano está en un riesgo potencial y alto donde su integridad física y psicológica también son de sondeo constante, atención y acompañamiento por parte del departamento de bomberos.

Estando involucrados con este personal y desde la misma experiencia; la formación académica, profesional y psicológica son la base principal para mantener un estándar saludable en la vida psicológica de los bomberos y el personal de primera



respuesta por ello, se hace necesario que los bomberos profesionales cuenten con el apoyo de un departamento de psicología en donde sea posible invertir en programas de seguridad y salud ocupacional.

Por ser una labor que es técnicamente altruista, se corre el riesgo de criticar al bombero cuando este "falla", nos preocupamos por el interés personal y no por el de ellos; cuando ellos son quienes están dando pecho y frente a nuestras problemáticas y urgencias.



Allí es donde no solo debemos tener un poco de paciencia, cordura, comprensión por el otro; ya que somos egoístas y no observamos que pasa con estas personas desde el mismo momento en el cual comienza su proceso de intervención, se

marchan en la máquina (camión de bomberos) qué es lo que hacen al llegar a la estación, cómo se sienten, qué está pasando por sus cabezas, quiénes los esperan en casa... o simplemente si están solos en estos instantes de sus vidas.

Por eso el norte no debería estar fijado únicamente en el hecho de fomentar las capacitaciones, representaciones, sino también promover el acompañamiento para enfrentarse a las situaciones que surgen día tras días; es un llamado para apoyarnos como equipo, ser líderes de todas nuestras acciones y decisiones, tener sentido de pertenencia por lo que somos y lo que hacemos y sobre todo contar con un apoyo psicológico, profesional, humano que nos escuche. Por que los bomberos respiramos, sentimos y vivimos en pro de los demás sin muchas veces mirar que pasa por nuestros corazones y nuestras vidas.

Emergencias psicológicas desde lo operativos

Conocer nuestra capacidades físicas y psicológicas hacer parte de la vida de un socorrista sabemos que no es fácil entrenarse como rescatista que para ser uno de los mejores se debe de tener un entrenamiento previo y mucho kilómetros por recoger cada día estamos en un aprendizaje por eso quiero hablar de cómo estamos atendiendo las tentativas suicidad al interior de nuestras instituciones si bien sabes que para él años 2020 este tipo de emergencias viene en aumento la pregunta es qué hacemos nosotros por formarnos en este tipo de emergencias para entender que es un suicidio y por qué las personas pasan por esto voy a describir alguna conceptos básicos

IDEACIÓN SUICIDA (IS):

Pensamientos o cogniciones frecuentes sobre el cese de la propia vida y/o elaboración de planes para acabar con la propia vida, con diversos grados de intensidad y elaboración. La ideación suicida suele ser un paso previo de la conducta suicida, aunque no se sigue de esta necesariamente.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que se plantee el



suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se define como la "aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia". Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte.

CONDUCTA SUICIDA (CS):

Todo comportamiento, determinado o no, de autoagresión potencialmente lesivo y autoinfligido con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza. En la conducta suicida hay evidencia implícita o explícita de un deseo aparente o intención de morir con alguna finalidad. La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas con diferente gravedad, e incluso, producir la muerte.

INTENTO DE SUICIDIO (IDS):

Conducta potencialmente lesiva, autoinfligida, no habitual, deliberadamente realizada por el sujeto con evidencia implícita o explícita de intencionalidad de causarse daño o provocarse la muerte, que tiene un resultado final no letal, aunque puede ocasionar lesiones o secuelas, independientemente de la letalidad del método utilizado. Engloba todos aquellos actos deliberados con diferente grado de intención de morir.

SUICIDIO (S):

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 define el suicidio como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Se refiere a la muerte por lesión autoinfligida, con evidencia implícita o explícita, deliberadamente iniciada por la persona, intencional y consciente, en la que se obtiene un resultado deseado como es, el morir. El suicidio es fruto de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales, religiosos y ambientales. Es decir, es un hecho multicausal que requiere tener en cuenta diferentes consideraciones metodológicas al momento de implementar un plan preventivo o psicoterapéutico.

Entendiendo esto hay una pregunta que como socorrista podemos hacernos son suficientes mismo competencia para intervenir a una persona que tiene una **tentativa suicida** estoy preparado para realizar una negociación son pregunta que nos hacemos cuando vamos en un carro de bomberos o ambulancia pero lastimosamente solo me acuerdo cuando nos reportan este tipo de emergencia

Mi intención es poder llegar a todos ustedes y poderles decir capacítense en este tipo de emergencia.

Desde algunos departamentos de bomberos se trabaja por unos procedimientos en tentativa suicida

Pero para llegar a esto podemos primero capacitarnos en este tema:

1. **Primeros auxilios psicológicos para personal de primera respuesta**
2. **Negociación**
3. **Primeros auxilios físicos**
4. **Manejo de cuerdas**
5. **Defensa personal**

Esto sería algunos curso que usted como rescatista podría implementar en su departamento

Que se busca con esto que seamos un personal operativo , técnico en estas emergencia de salud mental vamos a tener muy claro que no vamos hacer el trabajo de un psicólogo y si vamos a poder ayudar emocionalmente a la víctima y esperando que lleve de profesional

Este tipo de formación ayudara a hacer las profesionales y recuerden que es enesial poder instalar el sistema comando de incidentes para cada emergencia

Bibliografía:

- ACOSTA NODAL C. Glosario cubano de la clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas. Rev Hosp Psiqu La Habana, 1983:220-3.
- ALEJO, Henry. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS. Guía Operativa. Área de Vigilancia de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, Área de Vigilancia en Salud Pública, Bogotá D.C. 2011. Consultado en http://saludpublicabogota.org/wiki/images/c/c1/GO_SISVECOS.pdf
- AMARO GONZÁLEZ G. El intento suicida: formas clínicas presentes en 100 pacientes. Rev Hosp Psiqu La Habana 1981; 22(3):412-3.
- ANCINAS Ancinas, M.P. y Muñoz Prieto, F.A. (2008). Gestión de emergencias por intento de suicidio. Enrique Parada Torres (Ed.). Psicología y emergencias: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- BERNSTEIN, D. & Nietzel M. (1994). Introducción a la Psicología Clínica. México: Mac Graw Hill.
- BLUMENTHAL SJ. Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clin Norteam 1988; 4:999-1036.
- CALZADILLA Fierro L. Valoración del riesgo suicida en el paciente deprimido. Rev Hosp Psiqu La Habana 1983; 24(2):292-3.
- CASTANEDO, C; Brenes, A; Jensen, H; Lucke, H; Rodríguez, G; Thomas, P. (1999). Seis Enfoques Psicoterapéuticos. México: Manual Moderno
- FORTES Álvarez JI, Ramos Fuentes MI. El suicidio y sus circunstancias. Jano, Med Hum 1999; 56(1296):28-34.
- FREEDMAN A, Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. La Habana: Editorial CientíficoTécnica, 1982; t.3:1956.
- GARCÍA Allande, J.; Gallego Pérez J.F.; Pérez Delgado, E.; (2007). Depresión, desesperanza, neurosis y suicidio. Interpsiquis. <http://www.psiquiatria.com>
- GARCÍA Ullán, L; Pérez Rodríguez, J; Paniagua Calzón, G; Sánchez Iglesias, S. Protocolo de atención al paciente con ideación suicida. Publicado en Medicine. 2007;09:5497-9. - vol.09 núm 85.
- LEGIDO, Teresa. Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos. Tesis Doctoral, 2012. Universidad de Alcalá. Consultado en http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS_2012_TERESA_LEGIDO.pdf?sequence=1

- LOZANO Ramírez, Diana Alcira. Suicidio en Colombia. Generalidades y Acciones desde el sector salud. Minsalud. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan Nacional de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida.
- MACANA N. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis.; 2011.
- MARTÍNEZ Carlos y Novas Sandra. Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. 2012
- PACHECO, A. E. (1996). Flujograma y tareas en el proceso de intervención clínica en salud mental comunitaria [Flowchart and tasks in the clinical intervention process in community mental health]. Revista Dominicana de Psiquiatría, 8(2), 18-23.
- PÉREZ Barrero, Sergio A. El Suicidio. Comportamiento y Prevención. Edit. Oriente. 1997.

“BLINDAJE PSICOLÓGICO INSTITUCIONAL” GENERACIÓN DE ESPACIOS PSICOLÓGICAMENTE PROTEGIDOS

Luis Velázquez

México

psicmedics@gmail.com

Estrategia de Gestión del Riesgo Psicológico global

Introducción

Independientemente del origen del estrés (ambiente familiar, laboral, social, situación personal)

La probabilidad de que una persona bajo niveles muy elevados de estrés cometa errores, tenga accidentes, caiga enfermo o intoxique a otros, es muy alta...

Psic. Luis Velázquez (Seminario de Intervención en Crisis GDL 2018)

Tradicionalmente en el mundo de las instituciones dedicadas a la emergencia intra y extra hospitalaria, así como la protección civil y la seguridad pública, la preocupación acerca del bienestar y seguridad psicológica de los y las colaboradoras, ha sido francamente relativo.

Habrán quienes pre asuman prestar servicios psicológicos, pero al no contar con una política de prevención oficial y profesional en este rubro, difícilmente se lograrán objetivos positivos de contar con un capital humano psicosocialmente saludable. En principio, pareciera que tradicionalmente las políticas para el recurso humano dictan que mientras seamos eficientes, eficaces y participativos, tendríamos interés relativo de jefes y líderes, pero si algo nos pasara y dejáramos de ser eficientes, también hay la impresión de que simplemente seríamos castigados, desplazados, capacitados, relevados,

despedidos, incapacitados, jubilados etc... Sin apenas importar las causas psicológicas, aun aquellas derivadas del trabajo y producto por ejemplo de las relaciones humanas, y las que van más allá de lo operativo

Pero en esta etapa de pandemia, de avances tecnológicos y presiones sociales, están afectando a la organización, sus procesos y condiciones de las empresas, por lo que más que en ninguna otra época cobra especial importancia un mejor conocimiento y manejo de los factores psicosociales que ponen en riesgo a las instituciones

Pongamos por ejemplo el caso de México donde Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), México tiene un 75% de prevalencia de estrés en su fuerza laboral, lo que lo coloca en un primer peldaño por encima de las primeras economías del mundo, como China (73%) o Estados Unidos (59%)

Esto es a consecuencia de nuestro contexto sociopolítico económico contemporáneo, con una competitividad y feroces problemáticas sociales como la violencia, adicciones, delincuencia, epidemias etc. Lo que obliga al sector empresarial privado, e institucional gubernamental a ejercer mayor presión a sus colaboradores en general para poder ofrecer mejor rendimiento, solo que las consecuencias no se han hecho esperar (enfermedad laboral, accidentes, ambientes tóxicos, error humano etc.)

Por lo que pactar reformas laborales en pro de la productividad y bienestar psicosocial, es imperante. Hoy por hoy se están generando normatividades para tratar de humanizar a la grandes, pequeñas y medianas empresas e instituciones, en cuestiones de prevención del riesgo laboral psicológico.

- Un empleado puede ver afectada su productividad hasta de 2.5 horas en su jornada de 8 horas según Lockton si se encuentra estresado... 2,5 horas en las que el potencial de error humano es elevada...Imaginemos el costo de un error médico, el de un bombero, paramédico, policía...

Un colaborador bajo estrés elevado, como trabajador tiene derecho a esperar de sus líderes y de los mandos intermedios, la creación de condiciones necesarias para tener lugares de trabajo mentalmente saludables, si bien

también se debe acotar que los colaboradores tenemos la responsabilidad de nuestra propia salud mental, cuidando de nosotros mismos y más aún; de nuestros compañeros. Psic. Luis Velázquez (Congreso de seguridad GDL 2017)

La European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP, 'Red europea de promoción de la salud en el trabajo') está trabajando con organizaciones de toda Europa para desarrollar una campaña de promoción de la salud mental en el trabajo llamada «Trabajar en sintonía con la vida. Move Europe»

Esta organización comparte que el trabajo digno o decente es aquél en el que se respeta plenamente la dignidad humana del trabajador; no existe discriminación por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, **condiciones de salud**, religión, condición migratoria, opiniones, preferencias sexuales o estado civil; se tiene acceso a la seguridad social y se percibe un salario remunerador; se recibe capacitación continua para el incremento de la productividad con beneficios compartidos, y se cuenta con **condiciones óptimas de seguridad e higiene para prevenir** riesgos de trabajo.

- Hoy día, las empresas proactivas se preparan para manejar un número creciente de emergencias y un tanto diferentes, con respecto a las que ya han enfrentado (como las internas).

Silva y Mc Gann (1995) recomiendan no tratar todas las crisis de la misma forma tradicional y proponen evaluar las crisis a partir de tres aspectos:

1. Por el grado de anticipación,
 1. Por la medida en que comprometen la existencia de la organización y a las personas
 2. Y por la urgencia con que deben tomarse las medidas de recuperación.

Por otra parte, en cuestión de las crisis humanas.

El estado emocional de las personas también depende del momento del ciclo vital en que se encuentran, por lo que el momento Psicosocial en que se encuentren los líderes, afectará sus capacidades para enfrentar las crisis

actuales y venideras.

Es diferente tomar decisiones y enfrentar una crisis cuando se está en la adultez joven, que cuando se ha llegado a la edad media de la vida pues las características psicológicas de cada uno de esos estados mentales son muy distintas, y esto influye en la eficacia y eficiencia en el afrontamiento

Por supuesto lo mismo ocurre con las organizaciones, en organizaciones con madurez psicológica se afrontan de manera diferente los retos, en relación con aquellas empresas donde se soslaya la parte mental.

Edgar Yeman García (México), "Apuntes sobre teoría y fenomenología de las crisis". Edgar señala que se ha abusado del término "crisis", destacando la necesidad de distinguir entre "crisis" y "situación especial". Cuando la situación, por grave que parezca, puede ser controlada por la organización, se le llama situación especial; sin embargo, cuando el problema se convierte en "público" e involucra directa o indirectamente a actores como el gobierno, el poder judicial, la opinión pública, etcétera, en ese momento ya no podemos controlar la situación exclusivamente por nuestros propios medios, ahí es cuando surge la crisis.

Un paramédico voluntario en época del Covid asignado extraoficialmente e indebidamente a una ambulancia Covid y resultado contagiado...

Recordé que cuando hice mi especialidad, rote por un hospital de psiquiatría.

Entrábamos al pase de visita con el psiquiatra, psicología, trabajo social y enfermería.

Siempre los pacientes hasta cierta hora, estaban confinados al área común o su dormitorio. Y hasta cierta hora los dejaban salir al jardín.

Siempre yo veía a un señor de aproximadamente 65 a 70 años sentado en el jardín, solo en una banca, y al pasar nos saludaba sonriente. Yo pensaba que era algún cuidador.. Siempre estaba limpio, era corpulento, alto más de 1.80, de ojos azules y tenía cara de bonachón, hasta llegué a pensar que se parecía a mi señor padre.

Un día pasamos toda la comitiva y saludo muy específicamente a la psiquiatra, la llamo por su nombre y solo vi la expresión de disgusto de la psiquiatra.

Caminamos unos pasos y me dice.. Ay como me estresa y molesta que me dirija la palabra.. Yo le contesté, ahh pero se ve amable ese señor, Dra.

Me dijo.. Cuidado no te confundas.. Es un asesino serial.

El caso es que el señor asesino a varias personas y las descuartizo. Tenía una cueva donde las partes, estaban como ofrenda. Hasta que lo detuvieron.

La familia era muy rica, por lo que no fue llevado al penal. Si no declarado enfermo mental. La familia pagaba su estancia ahí. Lo dejaban salir hasta la misa de los domingos. La Dra decía que el señor sabía perfectamente los nombres de todos ahí.

Era el día 14 de diciembre del 2012, a las 13:20 aproximadamente, nos avisaron de un incendio en casa con un menor atrapado, un menor de nueve años, al menos eso fue lo que reportó 066, en la calle de Agustín Olachea y Luis M. De Rojas en la colonia construcción, acudimos el Teniente Víctor Medrano y tu servidor en la unidad 1722, a lo lejos veíamos el humo negro muy intenso, cuando llegamos el incendio estaba en su apogeo, policías y gente abarrotando el lugar para prestar el pobre apoyo que podían, me coloqué el equipo de aire para ingresar al incendio, recuerdo a una mujer joven gritando, llorando y pataleando por la desesperación y la impotencia, ingrésanos a la casa en llamas el compañero Federico que venía de la central y yo, logramos sofocar el fuego y algunos compañeros abrieron un hoyo en el techo, el aire ya estaba claro, pero la temperatura rebasaba los quinientos grados Celsius porque sentía que mis oídos y mis hombros ardían aún y con el equipo contra incendio, comenzamos a mover muebles y camas para encontrar al supuesto niño de nueve años, cuando no encontramos rastros de él sentí un gran alivio, vi que mi compañero Federico se regresaba para tomar un porta bebé en el que estaba una pequeña muñeca, tal vez fue mi negación de la realidad, pero desgraciadamente era el cuerpo sin vida de una pequeña bebe de nueve meses; a veces la mente nos desgarrar el alma con ideas como: si hubiera llegado antes? que sintió la madre cuando se enteró?, y aquella mujer que lloraba y gritaba era la tía a la que habían encargado a aquella bebé, que fue de ella? Si no hubiera muerto esa bebé que sería de ella? Son sucesos que no deberían pasar, y que dejan más que un recuerdo, dejan una herida que siempre dolerá

Psicología de la Emergencia

Fue un evento de Pemex eran aproximadamente 1500 personas adultas se llevó a cabo en la explanada donde hicieron una comida tipo buffet habían colocado toldos se habían fijado de acuerdo a norma y todo transcurría con normalidad a las 8 de la noche se esperaba que tocará el mariachi Vargas de Tecalitlán dentro del auditorio Telmex por lo que la gente que estaban los toldos tendría que ir pasando a sus lugares dentro del recinto.

Pasa que se ve que empieza a llover del lado de la zona norte y posteriormente se ve una lluvia de lado de la zona Sur pensamos que todo iba a ocurrir con normalidad alrededor de las 7:30 de la tarde se le da la indicación a la gente que empiece a pasar al recinto.

En eso la lluvia arrecia por ambos lados formando una culebra que así se le llama al fenómeno y comienza a llover y a ver ráfagas de viento inesperadas, fueron tales las ráfagas de viento con tal fortaleza que desprendieron los toldos de donde estaban anclados la gente empieza a gritar se va la luz dentro de los toldos y a su vez vuelan los toldos la gente empieza a correr desesperadamente gritando y corriendo por su vida, la lluvia nos hace que perdiéramos visión de lo ocurrido ya estaba inundada la zona ya que es una zona de inundación se empieza a meter a la gente al auditorio Telmex la que se pudo la que nos empezó a rescatar de entre los toldos una persona desafortunadamente de nacionalidad venezolana pierde la vida prensado entre los toldos, los encargados piden el apoyo para que lleguen más unidades empiezan a llegar las demás unidades se aplica el sistema comando de incidentes del trias médico para la atención de las víctimas pero está nos rebasó en cantidad de personal que atendemos emergencias

Al principio estábamos todos desubicados sacados de onda , pero después que bajo la lluvia nos comenzamos a organizar

ya pues llegaron todas las unidades ahí estaba inundado se empezó a meter a la gente la mayoría eran extranjeros empezamos a pedir los camiones de turismo para que abordaran y se fueran a sus respectivos hoteles la mayoría de la gente quiere sus pertenencias ya que era gente empresaria.

Hubo aproximadamente 80 lesionados de regulares alevés tres grave y el fallecido al momento de que se presenó en los toldos

Ya dentro del auditorio con el sonido local se empezó a pasar el mensaje de como si va atender la emergencia que los que tuvieran familiares A dónde

iban a llevarse a los lesionados para que ellos lo esperaran los respectivos hospitales

Fue muy impactante el vernos rebasados por la naturaleza, algunos no supimos cómo actuar y teníamos por nuestra vida ya que la lluvia y los vientos eran indescriptibles

Y de eso nunca se hizo desactivación emocional para el personal

Y sabes en realidad se necesitan rescatistas o psicólogos en emergencias en el área de urgencias por normativa

¿Cuántas situaciones especiales se manejan en las instituciones, que manejo se les dará y con qué eficacia se actúa?

Edgar presenta un triángulo para la prevención y manejo de crisis, destacando que para la exitosa gestión de situaciones de crisis es fundamental regirnos por tres elementos conceptuales: **relaciones con los medios y las audiencias selectas, responsabilidad social corporativa y asuntos públicos**. Edgar concluye su texto con una interesante relación de recomendaciones para la adecuada gestión de situaciones de crisis

<http://editorialrazonypalabra.org/pdf/ryp/Crisis.pdf>

Hay de crisis a crisis que varían en severidad, gravedad y alcance. En las instituciones, basados en innumerables casos de problemáticas psicosociales, pareciera que mientras una situación de riesgo, no trascienda al exterior de la institución, las medidas de prevención serán relativas y por tanto no se resuelven adecuadamente; afectando nocivamente a miles de colaboradores anualmente. Es necesario blindar psicológicamente a las instituciones y su población para evitar pérdidas de vidas y de calidad en los servicios, que a su vez pueden provocar más pérdidas al afectar a usuarios de nuestros servicios...

Sustento teórico justificante

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental positiva como «un estado de bienestar en el que cada individuo desarrolla su propio potencial, tiene capacidad para afrontar al estrés normal de la vida, puede trabajar de

forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad».

Los trabajadores con una buena salud mental obtienen mejores resultados en su trabajo. Se trata, por lo tanto, de la forma de pensar, sentir y comportarse. Muchas personas no se sienten cómodas expresando sus sentimientos, pero es sano compartirlos con los demás y ayuda a comprenderlos. También hay otras medidas que pueden tomarse para promover la salud mental positiva y reducir el estrés. http://www.sanamenteresponsables.es/wp-content/uploads/2019/03/23_2-Guia-Trabajadores.pdf

Previsión, prevención

La previsión es la cualidad de conocer un hecho o una situación, por medio de las señales que observamos o deducimos derivados de estos y que debemos utilizar para tomar posturas, decisiones a fin de generar beneficios

Utilizada para detección de riesgos, evaluar su probable afectación y en que rubros a fin de priorizar nuestras atenciones.

Con los datos obtenidos por la previsión podremos diseñar estrategias de prevención, a la medida de las circunstancias reales que nos permitan anticipar o bien atender nuestras problemáticas

La prevención por su parte, es la toma de medidas, decisiones y acciones para afrontar una problemática

Cabría pensar toda empresa en cierta medida está enterada sobre los riesgos que existen en su medio ambiente laboral y que pudiesen convertirse en urgencias Médicas y Psicológicas. Pero en la realidad, se sobre estima el riesgo físico y las cuestiones técnicas de riesgo producidas dentro de la empresa en detrimento de la parte correspondiente al factor humano (lo mental y social) y las situaciones de estrés externo que entra todos los días por sus puertas, por tanto, suele ser la parte psicosocial externa, donde más descuidos se comete, al desestimarle siendo que es la principal productora de error humano, accidentes, climas laborales tóxicos, mal manejo de información, etc.

El sentido de invulnerabilidad juega en contra en las empresas, el hecho

de creerse invulnerables, al riesgo psicológico les lleva a un estado temerario de riesgo, potencial, donde cualquier amenaza latente se puede manifestar, elevando la probabilidad de afectaciones de costo incuantificable en el ámbito empresarial, Producción, administración, ventas, finanzas

Detectar estados psicológicos de riesgo, no es un lujo o algo de lo que se pueda prescindir, es una necesidad, es una obligación bioética y de sentido común para la sobrevivencia económica

Si se toma en cuenta la visión experta, su lógica nos indica que niveles tóxicos de estrés, darán por resultado niveles extremos de riesgo.

Los expertos acotan que Independientemente de su fuente (intra o extra laboral), la toxicidad psico-fisiológica del estrés, afectará la salud, y eficacia de quien lo padece, por lo que un trabajador estresado a niveles extremos padece un riesgo potencial de error, accidentalidad, enfermedad y contagio social, que genera millones de dólares anuales perdidos por este motivo. Las empresas sin saberlo juegan todos los días a una ruleta rusa, como esperando el momento en que a ellos les toque el problema

Siendo reiterantes, el riesgo psicológico a nivel laboral se traduce, por ejemplo: En índices altos de accidentalidad por errores humanos, (impericia, dolo o negligencia), fallos administrativos como liderazgos tóxicos. Fallos de comunicación, Capacitaciones deficientes (no en cuanto a estas en sí, sino por la predisposición y actitud de quien la recibe). También puede traducirse en problemáticas interpersonales (violencia, acoso, coerción), enfermedades, incapacidades, tiempos muertos, alta rotación, desperdicio material y de talento, disminución de la calidad laboral, perdida de negocios, etc.

Cabe hacerse la pregunta

¿Cuántos casos de riesgo están latentes en este momento en una institución X?

Tomando en cuenta que los factores de riesgo, son aquellos condicionantes

de naturaleza interna y externa, que pueden provocar o facilitar la ocurrencia de un suceso catastrófico durante el desarrollo de un proceso, se hace necesario su monitoreo a fin de prever y prevenir su materialización para reducir sus efectos negativos en productividad, calidad y finanzas

Los factores de riesgo psicosocial, potencialmente pueden afectar en las instituciones su productividad, economía, ambiente y seguridad. Pudiesen ser externos o internos, es decir, producto del ambiente y personalidad del individuo o bien ser derivados del ambiente laboral, independientemente de su origen se constituyen como riesgo latente

Traducidas a un lenguaje cotidiano, situaciones tales como: El Riesgo suicida, la Violencia física y/o psicológica, Adicciones, Enfermedades Crónicas Degenerativas, Somatizaciones, Depresión, Ansiedad, Manejo de conflictos, Comunicación deficiente o toxica, Estrés etc... Afectan de manera significativa tanto nuestra capacidad como la calidad de nuestras acciones

Establecer procedimientos para profundizar más en el estudio del riesgo y su prevención, en nuestros centros laborales, permite definir con anticipación la probabilidad de que ocurra y su intensidad.

Se requiere entonces del diseño y establecimiento, de estrategias de prevención que engloben todas aquellas medidas y actividades, basadas en la predicción y la previsión poniéndolas en práctica, como política interna de ambientes empresariales favorables...

Objetivo general:

Blindar psicológicamente a una organización y su población en general, mediante la Implementación de una política de prevención psicosocial integral, para la prevención de riesgos psicosociales de tres niveles:

Objetivos parciales

- ◆ Programa de Monitoreo y evaluación del estado psicológico de riesgo en el personal de la empresa (Perfil psicológico)

- ◆ Programa de detección de riesgos psicosociales internos y externos, que sean evaluados por un sistema de triage psicológico para instituciones, a fin de elaborar un Mapa de riesgo Psicológico institucional y priorizar la atención.
- ◆ Programa de diseño y aplicación de estrategias de intervención inmediata psicológica, en el personal vulnerable identificado (Terapéutico, Psicoeducativa, Individual, Grupal, en línea o personal)
- ◆ Programa para el establecimiento de una cultura de la seguridad psicosocial interna en la población institucional en general, para la prevención primaria, secundaria y terciaria, de situaciones y estados problema que lleven a cualquier colaborador a estados de estrés agudo y por ende a riesgo para la institución por error humano
- ◆ Primaria – Educativas y capacitación
- ◆ Secundaria - Manejo de contingencias y emergencias
- ◆ Y terciaria – procuración de una correcta rehabilitación del personal sujeto a emergencias

- ◆ Programa para el diseño de estrategias de intervención psicológica oportuna a emergencias psicosociales (situaciones de crisis humanas de riesgo) en los colaboradores, que también afecten negativamente el ambiente, seguridad y recursos de la institución.
- ◆ Programa de intervención psicológica inmediata a situaciones especiales de manejo estratégico y alta confidencialidad
- ◆ Programa de revisión periódica de los resultados de las políticas de prevención psicosocial, análisis, correcciones, actualizaciones

Campo de aplicación

Para su aplicación en la generalidad de empresas del sector privado y público, sean del sector primario, secundario y terciario.

“MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS”

Dra. Cecilia Cánepa - Médica Emergentóloga

Argentina

cccanepa69@gmail.com

PRIMEROS AUXILIOS

Son los cuidados inmediatos, adecuados y provisionales prestados a las personas lesionadas o con enfermedad antes de ser atendidos en un centro asistencial.

OBJETIVOS

Los objetivos de los primeros auxilios son:

- a.: Conservar la vida.
- b.: Evitar complicaciones físicas y psicológicas.
- c.: Ayudar a la recuperación.
- d.: Asegurar el traslado de los accidentados a un centro asistencial.

NORMAS PARA PRESTAR PRIMEROS AUXILIOS

Ante un evento que requiere la atención de primeros auxilios, usted como auxiliador debe recordar las siguientes normas:

1. Actúe si tiene seguridad de lo que va a hacer, si duda, es preferible no hacer nada, porque es probable que el auxilio que preste no sea adecuado y pueda agravar al lesionado.
2. Conserve la tranquilidad para actuar con serenidad y rapidez, esto da confianza al lesionado y a sus acompañantes. Además contribuye a la ejecución correcta y oportuna de las técnicas y procedimientos necesarios para prestar un primer auxilio.

3. De su actitud depende la vida de los heridos; evite el pánico.

No se retire del lado de la víctima; si esta solo, solicite la ayuda necesaria (elementos, transporte, etc.)

4. Efectúe una revisión de la víctima, para descubrir lesiones distintas a la que motivo la atención y que no pueden ser manifestadas por esta o sus acompañantes.

PRECAUCIONES GENERALES PARA PRESTAR PRIMEROS AUXILIOS

En todo procedimiento de primeros auxilios usted como auxiliador debe hacer lo siguiente:

- Determine posibles peligros en el lugar del accidente y ubique a la víctima en un lugar seguro.
- Comuníquese continuamente con la víctima, su familia o vecinos.
- Afloje las ropas del accidentado y compruebe si las vías respiratorias están libres de cuerpos extraños.
- Cuando realice la valoración general de la víctima, evite movimientos innecesarios; NO trate de vestirlo.
- Si la víctima está consciente, pídale que mueva cada una de sus cuatro extremidades, para determinar sensibilidad y movimiento.
- Coloque a la víctima en posición lateral, para evitar acumulación de secreciones que obstruyan las vías respiratorias (vómito y mucosidades).
- Cubra al lesionado para mantenerle la temperatura corporal.
- Proporcione seguridad emocional y física.
- No obligue al lesionado a levantarse o moverse, especialmente si se sospecha fractura, antes es necesario inmovilizarlo.
- No administre medicamentos, excepto analgésicos, si es necesario.
- No dé líquidos por vía oral a personas con alteraciones de la conciencia.

- No dé licor en ningún caso.
- No haga comentarios sobre el estado de salud del lesionado, especialmente si éste se encuentra inconsciente.

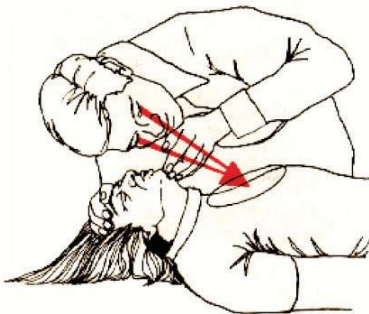
Para tomar el pulso



Cómo tomar el pulso

Se colocan dos dedos en las arterias de la muñeca o del cuello. Deben sentirse aproximadamente 60/100 latidos por minuto en adultos, 100/120 niños.,

Para verificar que el paciente respira



Acerque su oído a la nariz del lesionado, para oír y sentir el aliento. Acerque el dorso de su mano a la nariz para sentir el aliento. Si es posible, coloque su mano bajo el tórax para sentir el movimiento.

El número de respiraciones normales es de 15 a 20 por minuto.

Decálogo prohibido

1. No metas las manos si no sabes
2. No toques las heridas con las manos, boca o cualquier otro material sin esterilizar. Usa gasa siempre que sea posible.
3. No laves heridas profundas ni heridas por fracturas expuestas, únicamente cúbrealas con apósitos estériles y transporta inmediatamente al médico.
4. No limpies la herida hacia adentro, hazlo con movimientos hacia afuera. Nunca soples sobre una herida.
5. No toques ni muevas los coágulos de sangre.
6. No intentes coser una herida, pues esto es asunto de un médico.
7. No coloques algodón absorbente directo sobre heridas o quemaduras.
8. No apliques tela adhesiva directamente sobre heridas.
9. No desprendas con violencia las gasas que cubren las heridas.
10. No realices apliques demasiado flojos ni apretados.



CONDUCTA P.A.S.

PROTEGER

Retire el peligro inmediato, no interviniendo cuando su seguridad está en peligro, en este caso esperaremos a los servicios de emergencia.

Aleje a la víctima lo más lejos posible del lugar del peligro y/o señalice la zona impidiendo que se repita o agrave la situación.

ALERTAR

Llamar a los servicios de socorro y especificar lo siguiente:

- Lugar y dirección del suceso.
- Quien somos y desde que N° se está llamando.
Descripción de lo ocurrido: N° de afectados y Estado de la/s víctima/s.
- Asistencia que está recibiendo (Indicando nuestra titulación)



Teléfonos de emergencia

- 100 Bomberos de la policía
- 101 Policía de la Provincia
- 105 Bomberos voluntarios
- 107 Emergencias médicas

SOCORRER

No mover al herido

Establecer prioridades

Extremar precauciones

Revalorar periódicamente

Usar la presión social (Disponer de las personas cercanas al suceso)



HERIDAS

Se llama así a la pérdida de la continuidad de la piel, que causa la comunicación entre el exterior y el interior.

Clasificación:

1. **Herida incisa:** Domina la extensión frente a la profundidad causada por un instrumento cortante.
2. **Herida contusa:** Causada por un elemento contundente, los bordes no son nítidos ni definidos.
3. **Herida punzante:** Predomina la profundidad frente a la extensión.
4. **Herida en colgajo:** Esta unida la piel por un pedículo (también llamada SCALP).
5. **Herida por arrancamiento o desgarro:** Afecta a todas las capas de la piel similar al anterior pero sin unión.



Signos y síntomas: Dolor

Hemorragia

Separación de los bordes

Modo de actuar:

1. Asegurar buena ventilación de aire
2. Ver tipo de Herida
3. Limpiar a chorro (Agua y Jabón) en las lesiones pequeñas
4. Con alguna gasa limpiar la herida de dentro a fuera (No usar algodón)
6. Cohibir la hemorragia, en las lesiones grandes (Si hubiera mucho sangrado). Usando telas limpias o vendas.
6. No intentar sacar un objeto clavado, se debe inmovilizar y fijar para que sea retirado en quirófano.

HEMORRAGIAS

Es la salida de sangre por una rotura de los vasos sanguíneos.

Clasificación de Hemorragias

¿Cómo es?	¿Dónde se produce?
1. -Internas: Se produce en el interior del organismo y se acumula en él	A.-Arterial: La sangre proviene de una arteria, es muy roja, saliendo a borbotones
2. -Externas: Se produce en el exterior, es visible	B.-Venosa: La sangre sale de una vena, es oscura y sale babeante
3. -Exteriorizadas: Hemorragias internas que se toma contacto con el exterior por orificios naturales	C.-Capilar: Sangre proveniente de la rotura de un capilar, se extiende en sábana



Modo de Actuar:

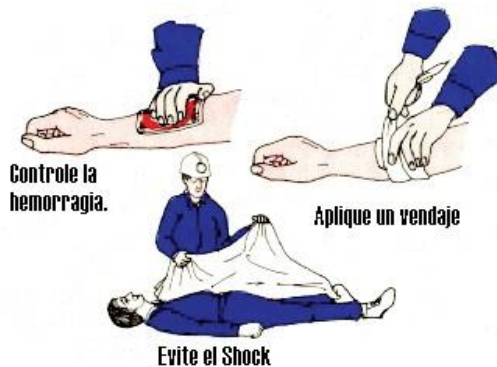
- Asegurar buena ventilación de aire
- Recostar a la víctima
- Evitar pérdidas de calor abrigando al afectado
- No darle de comer, ni beber
- Trasladarlo urgentemente

HEMORRAGIAS EXTERNAS

Hemorragia donde la sangre sale al exterior por un orificio no natural

Modo de Actuar:

1. Recostar a la victima
2. Aplicar presión directa sobre la herida con un pañuelo, con una gasa seca, la cual más adelante podemos sustituir por vendaje compresivo.
3. Elevar la extremidad afectada por encima del nivel del corazón.
4. Presionar la arteria de donde proviene la sangre.



CONTUSION

Se trata de traumatismo directo donde no se rompe la continuidad de la piel.

Signos y síntomas

1. Enrojecimiento
2. Hematoma
3. Lesión de partes blandas

Modo de actuar:

1. Aplicar frío local (no directamente)
2. Mantener la zona en reposo
3. No pinchar los hematomas

TORNIQUETE

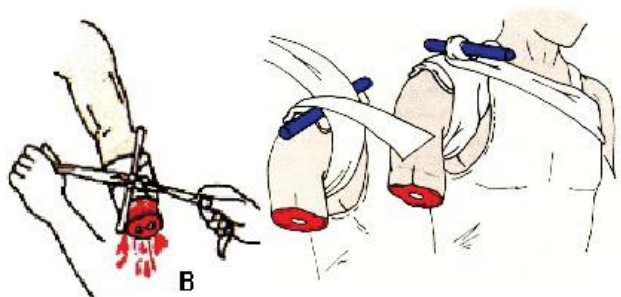
Es un tipo de compresión de los vasos sanguíneos donde no pasa nada de sangre a partir del punto de compresión hacia adelante.

El torniquete sólo se hará en amputaciones traumáticas, 5 cm por encima de la amputación. Se hará con una tira ancha (5 cm aprox), se pone la tira y hacer 2 nudos, a continuación se pondrá una barra rígida y otros dos nudos. La barra se girará hasta que la hemorragia pare. Se fijará la barra para que no se afloje. Debemos marcar un "T" con la hora en que puso el torniquete.

Se tapará y vendará la parte de la amputación, la parte seccionada se meterá en una bolsa y que a su vez, la meteremos en otra con hielos y agua, para su mejor conservación.

Hacer torniquete sólo en amputaciones traumáticas.

No sustituir las gasas empapadas, sólo hay que poner más encima.



TRAUMATISMOS OSTEOARTICULARES

Hay tres tipos:

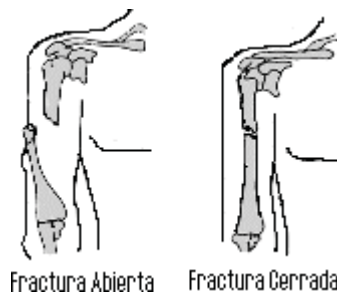
- **Fracturas:** sub-divididas en completas e incompletas
- **Luxaciones**
- **Esguinces**

FRACTURAS

Es la rotura o pérdida de la continuidad de un hueso. Producida por un traumatismo directo

Se clasifican en:

- **Abierta:** son aquellas que salen al exterior y producen rotura de la piel
- **Cerradas:** son aquellas que no salen al exterior y no producen rotura de la piel



Signos y síntomas:

- Dolor intenso
- Deformidad y acortamiento de la extremidad
- Inflamación
- Tumefacción (amoratamiento)
- Incapacidad de movimientos (impotencia funcional)
- Herida y hemorragia consecuente
- Crepitación

COMPLICACIONES

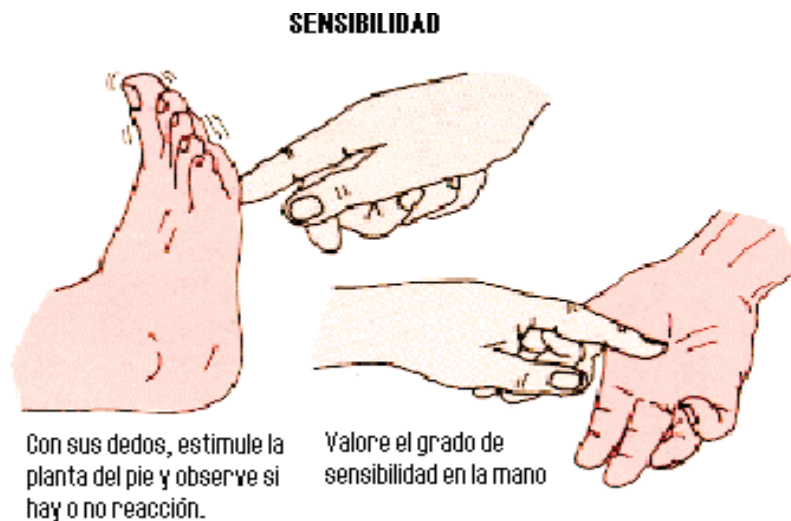
Lesiones de los vasos sanguíneos adyacentes
Infección en abiertas

Modo de actuar:

1. Asegurar una buena ventilación.
2. Valoración del resto del cuerpo

EVALUAR

Pulso periférico
Relleno capilar en la zona
Temperatura de la piel
Explorar sensibilidad y motricidad



Especial para Fracturas abiertas

- 1.- Controlar hemorragia
- 2.- Retirar lo que pueda comprimir el riego sanguíneo
- 3.- Inmovilizar el foco de la fractura y luego la articulación
- 4.- Elevar la zona
- 5.- Aplicar frío local (indirectamente)

LUXACIONES

Separación permanente de las superficies articulares

- A. Completa: pérdida de contacto
- B. Incompleta: no pérdida total del contacto

Hay posibilidades de lesión de nervio y vasos sanguíneos

Signos y síntomas:

- Dolor
- Inflamación
- Hematoma
- Deformidad manifiesta
- Impotencia funcional

Modo de actuar:

- 1.- ABC
- 2.- Valoración del resto del cuerpo
- 3.- Prestar atención a:
 - Pulsos periféricos
 - Relleno capilar
 - Temperatura
 - Sensibilidad y motricidad

Retirar lo que comprima el riego sanguíneo.
Inmovilizar en la posición en que se encuentre.
No intentar reubicarla.

ESGUINCE

Es la separación momentánea de las superficies articulares

Signos y síntomas

- Inflamación
- Dolor

- Impotencia funcional +- grado

Modo de actuar:

1. Asegurar buena ventilación
2. Valoración del resto del cuerpo
3. Inmovilizar o mantener en reposo
4. Frío local
5. Elevar la extremidad

“No aplicar pomadas ni nada”

QUEMADURAS

La mayoría responde a incendios forestales, residenciales. Además los accidentes domésticos con quemaduras con agua o vapor caliente (frecuente en niños) y quemaduras por electricidad o químicos (frecuente en adultos).

La gravedad varía según tamaño de la lesión en piel, edad del paciente y lesiones por inhalación.

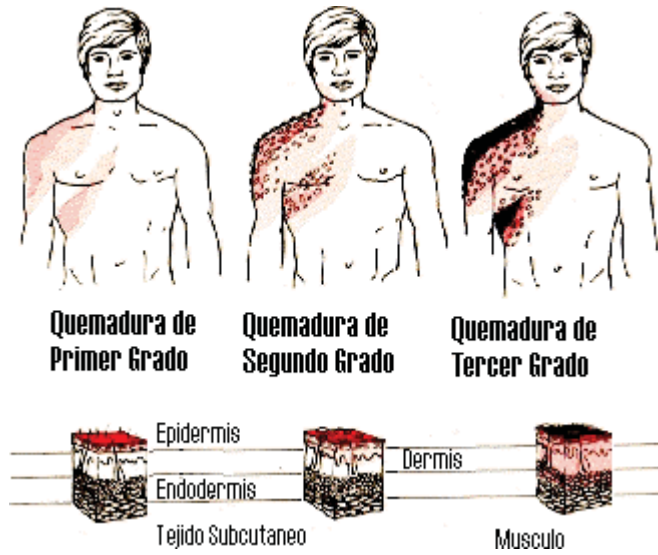
COMO EVALUAR LA LESIÓN

● **Según la profundidad de las quemaduras:**

De **Primer grado** (tipo A): con enrojecimiento y dolor

De **Segundo grado** (tipo AB): con enrojecimiento, inflamación, ampollas, dolor intenso.

De **Tercer grado** (tipo B): de color blanco, sin dolor y casos extremos aparece de color negro acartonado.



COMPROMISO RESPIRATORIO: QUEMADURA DE LA VÍA AÉREA

Determina gravedad del cuadro por afectar la vía aérea y alto riesgo de inflamación y asfixia. Alto riesgo de muerte. Necesita atención médica urgente.

QUEMADURA QUIMICA

En caso de quemadura por caústicos, NO NEUTRALIZAR

Aplicar abundante agua tibia y cubrir con ropa limpia.

Necesita atención médica urgente.

¿QUÉ HACER EN CASO DE QUEMADURAS?

- Retire el paciente de la fuente de calor y vierta abundante agua fría sobre la piel quemada, aún antes de sacar la ropa.
- Retire la ropa sobre la piel quemada, coloque la zona quemada bajo la llave de agua fría por 10 minutos. Cubra con una toalla o tela limpia sin pelusas. Retire cinturones, pulseras o cintas las que se incrustarán al inflamarse la piel quemada.
- No aplique ungüentos, desinfectantes, ni aceites. No rompa las ampollas que se forman en la piel.
- Lleve al paciente al Servicio de Urgencias, lo antes posible.



¿QUE HACER EN CASO DE INFLAMACION DE LAS ROPAS?



- Bote el paciente al suelo, hágalo rodar rápidamente y cúbralo con una manta o abrigo grueso, comprimiendo las zonas en llamas para apagarlas.
- Vierta abundante agua fría sobre las quemaduras, cubra las heridas con una tela limpia y trasládalo al Servicio de Urgencias.

***Retirar la ropa excepto en los lugares en que la ropa esté pegada a la piel de la víctima, en ese caso se deberá de cortar esa parte.**

***No pinchar ampollas**

***No poner apósitos adhesivos**

***Cubrir a la víctima si son quemaduras extensas**

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICA (RCP)

- La Reanimación Cardiopulmonar, es una serie de maniobras que se realiza para salvar la vida de una persona que se encuentra inconsciente. Mantiene el flujo de sangre y oxígeno hacia el cerebro y el corazón.

- Cadena de supervivencia



La cadena de supervivencia establece una serie de pasos a seguir desde la atención básica, la llamada al servicio de emergencia y le llegada del soporte médico o de avanzada para la atención del paciente.

PROTOCOLO EN ADULTOS: secuencia CAB

CAB- CIRCULACION, VÍA AÉREA Y VENTILACIÓN

Determine la Ausencia de Respuesta



Si evalua que No está consciente:

Gritar O USAR CELULAR PARA PEDIR ¡¡¡AYUDA!!!

1. CIRCULACION

EVALUAR PULSO (Carotídeo) en el cuello.

P Sin pulso. DAREMOS 30 COMPRESIONES

Localizar el punto de compresión:

- Poner al paciente en una superficie plana y dura.
- Trazar línea que une ambas tetillas y su intersección con el esternon
- Colocar talón de ambas manos entrelazadas. Apretaremos con el talón y entrelazaremos los dedos.
- Para apretar cargar nuestro peso sobre la víctima con los brazos rígidos
 1. Respetar el tiempo de compresión
 2. Respetar el tiempo de descompresión
 3. No despegar las manos del tórax de la víctima, en caso de que esto se produzca volveremos a buscar el punto de compresión
 4. El tórax deber comprimirse 5 a 6 cm de su pecho
 5. 120 compresiones por minuto

2. VÍA AÉREA

Abrir vía aérea

No hay traumatismo

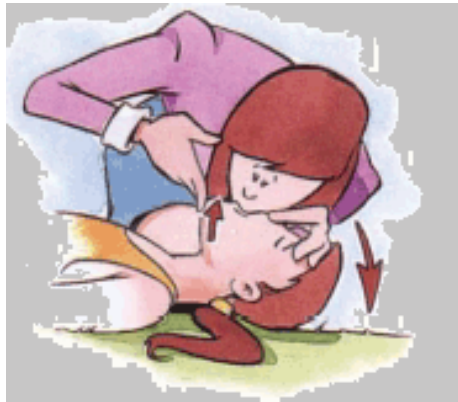
. Hiperextensión del cuello

. Retirar dentadura móvil

3. VENTILACION:

P No respira:

Dos insuflaciones CON DISPOSITIVO CONECTADO AL OXIGENO SUPLEMENTARIO SELLANDO LA BOCA



HACER 5 CICLOS DE 30 COMPRESIONES Y 2 VENTILACIONES

En caso de riesgo de enfermedades infecto contagiosas se puede realizar solamente las compresiones torácicas.

REEVALUAR: después de 5 ciclos o después de 2 minutos de reanimación, se evalúa nuevamente el pulso y la respiración. En caso de no haber respuesta, se continúa con la reanimación.

ÍNDICE

Agradecimiento	5
Introducción	7
Psicología en emergencias y desastres - Henry Povea Cadena Breve reseña histórica	15
Entrenamiento Psicológico para la resistencia y resiliencia en emergencias - Natalia Lorenzo Ruiz	23
Manejo de situaciones específicas - Natalia Lorenzo Ruiz	47
Intervención Psicológica en situaciones traumáticas - Natalia Lorenzo Ruiz	75
El impacto psicológico en personal de emergencia - Dagny Castañeda.....	93
Psicología de la emergencia - Lic. Esp. Diego Núñez	101
Protocolos de Auxilio Psicológico y Técnicas de intervención en crisis - PsCl. Juan Diego Carpio Espinoza Mgs. PsCl. Erika Daniela Piedra Andrade.	109
Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales - Floencia Rosa Cafarelli.....	123
Una mirada desde el Acompañamiento Terapéutico - Sergio Suárez Sardón.....	161
Atención en Emergencias I: Niños, Niñas y Adolescentes - Elsy Acosta Pérez	169
Atención en Emergencias II: Trastornos de la Personalidad y Personas Bajo los Efectos de Drogas - Elsy Acosta Pérez	179
Síndrome de Burnout y Resiliencia en Personal de Emergencia y Desastres - Elsy Acosta Pérez	189
Emocinesis - Propulsores Emocionales Conductuales - Diego Núñez	197

Psicología de la Emergencia

Técnica de CAVI - Círculo Activo Vital Integrador	
Técnica de Post Intervención inmediata en Situaciones Críticas	213
Reducción del Estrés y La Ansiedad con Mindfulness	
Virtud – Concentración – Calma – Sabiduría - Eleonora Koning	227
Intervención basada en la escucha y en el diálogo (IBED) en crisis suicida - José Edir Paixão de Sousa	233
Negociación pura en intentos de suicidios - José Edir Paixao de Sousa	241
Factores a los cuales nos enfrentamos como Bomberos - Carlos Alberto Cardona Ruiz	247
Blindaje Psicológico Institucional (Generación de espacios psicológicamente protegidos) - Luis Velázquez	255
Manual de Primeros Auxilios – Cecilia Cánepa	267