

Primeros Auxilios Psicológicos e Intervención en Crisis

-

GUÍA BREVE



PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (PAP)

PAP ¿QUÉ SON?

Conjunto de estrategias puestas en marcha de manera inmediata por los intervinientes (sanitarios, bomberos o policías) tras un suceso crítico y que están orientadas a prevenir o disminuir consecuencias negativas en la salud mental de los afectados.

Características:

- Son intervenciones de *primera instancia*
- *Inmediatas y de corta duración*
- Dirigidas a *cualquier persona impactada por un incidente crítico*
- Los proporciona *cualquier persona suficientemente entrenada y formada*
- Se proporcionan *en el mismo lugar del suceso*

Primeros Auxilios Psicológicos

OBJETIVOS:

- **Proporcionar apoyo**, facilitando que la persona se sienta escuchada y comprendida, facilitando la expresión de sentimientos y la ventilación de emociones negativas.
- **Reducir la mortalidad**: al entender que el suceso estresor puede generar situaciones violentas hacia otros o hacia sí mismo.
- Proporcionar **recursos de ayuda**, dando información de recursos necesarios y orientación sobre qué hacer y cómo hacerlo.

Comunicación en Primeros Auxilios Psicológicos

- **Identifícate y mantén un estilo de comunicación y una actitud calmada.**
 - Acércate a las personas a las que desees transmitir un mensaje.
 - Evita tomar decisiones precipitadas.
- **Responde a lo que pregunten**, sin alarmar ni dar informaciones que provoquen miedo o ansiedad.
 - Si no sabes la respuesta, dilo y busca información para poder satisfacer las dudas y preguntas hechas.
- **Explicar lo que se hace o lo que se va a hacer** para tranquilizar.
 - No pierdas el contacto visual, verbal y táctil de las personas a las que estás atendiendo.
- **Escucha** para que la víctima pueda desahogarse, exprese sus emociones y sentimientos y comunique qué necesidades tiene.
- **Narrar lo ocurrido** es terapéutico **siempre que no se fuerce** y le ayude a ordenar su experiencia.
- **Estar alerta** detectando **necesidades** para reforzar o apoyar tanto a las víctimas como al resto de los miembros del equipo de emergencias.

Comunicación en Primeros Auxilios Psicológicos

Evita en todo momento frases hechas y lugares comunes:

- “TRANQUILO” “TIENES QUE ESTAR TRANQUILO”
- “NO LLORES, YA ESTÁ, YA HA PASADO”
- “AHORA TIENES QUE SER FUERTE”
- “NO PUEDES VENIRTE ABAJO”
- “TIENES QUE PENSAR EN TUS HIJOS Y SALIR ADELANTE” “HAZLO POR ELLOS”
- “NO LE DES MÁS VUELTAS, ESTO SON COSAS QUE PASAN”
- “TIENES QUE CUIDAR A TU MUJER/MARIDO/PADRES”
- “TENÉIS QUE PERMANECER UNIDOS PORQUE ESTAS SITUACIONES SEPARAN A LAS PAREJAS”
- “YA ESTÁ CON DIOS” “YA HA DESCANSADO”



COMPONENTES PAP

1. **Contacto.** Invitar a hablar, escuchando y demostrando un interés por comunicarse con él, para que la persona se pueda sentir comprendida y aceptada, lo cual reduce la intensidad del aturdimiento emocional logrando la reactivación de su capacidad de resolución de problemas
2. Dimensión del **problema**, qué ha pasado y cómo lo ha vivenciado, cuales son sus redes de apoyo.
3. Posibles **soluciones** para resolver necesidades inmediatas y posteriores. Asistencia en la ejecución de la acción concreta, ayudar a las personas a realizar una acción concreta para manejar la crisis.
4. Dar **seguimiento**, restablecer redes de apoyo y establecer contacto posterior. Derivar a profesionales de salud mental, en caso de ser necesario.

FASE 1: EVALUACIÓN

Debemos conocer las **características específicas del suceso**.

Identificar a las personas que requieren de nuestra ayuda.

Contacto inicial: nos identificaremos, disminuyendo en la persona la sensación de estar sola ante la crisis, facilitando la comunicación y confianza que necesitamos para nuestra intervención.

Trataremos de **separar a la persona** de la fuente de tensión y situarla en un lugar seguro.

Valoración física de la persona.

Valoración del estado emocional o psicológico, atendiendo a:

- Apariencia general
- Coherencia, fluidez y realidad de su pensamiento
- Razonamiento
- Habilidades motoras
- Coherencia entre lo que expresa y sus gestos
- Estado de ánimo
- Orientación

“TRIAGE” PSICOLÓGICO

Al igual que se realiza en otros ámbitos sanitarios, necesitaremos evaluar al paciente de forma que nos permita clasificarlo dependiendo de la **necesidad y urgencia** de ser tratado a nivel psicológico.

Este triage permite:

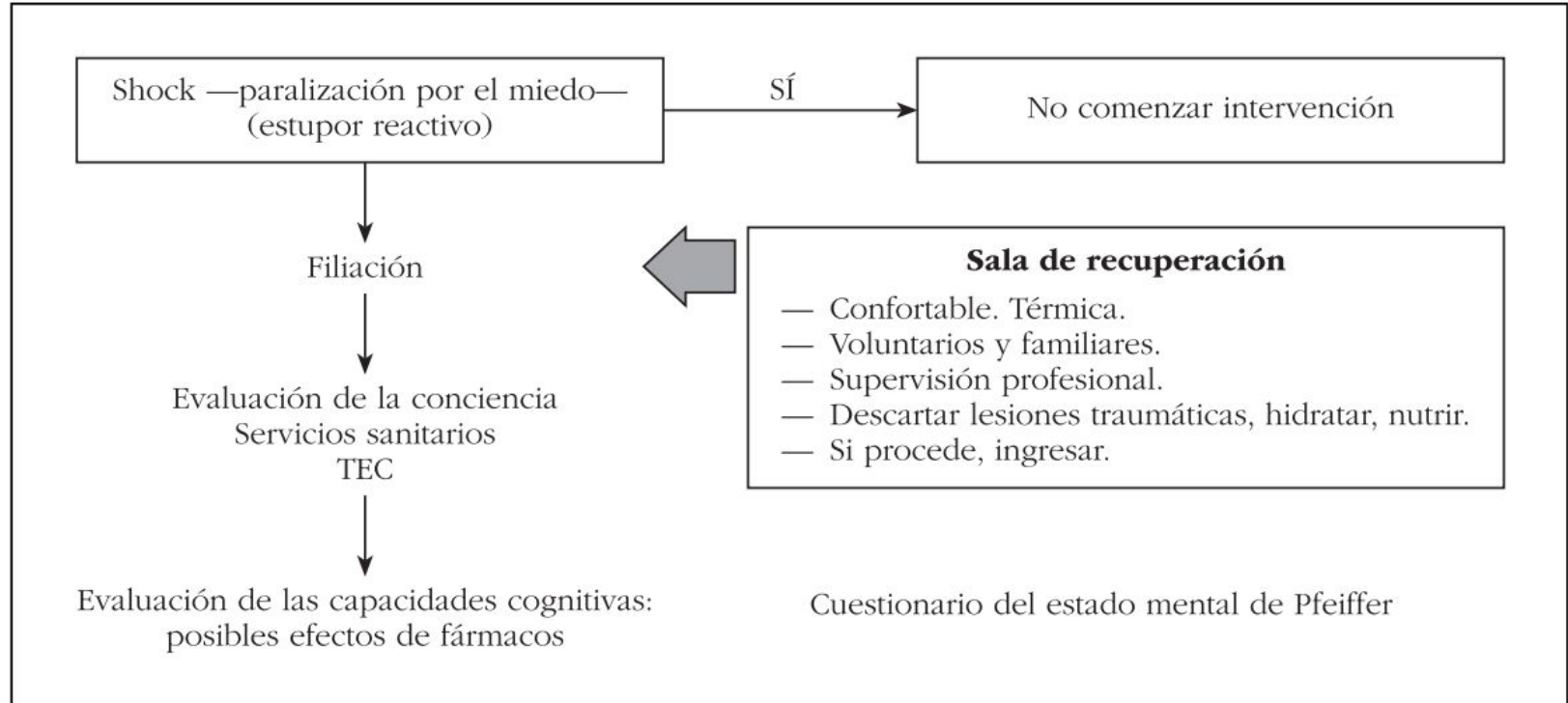
- **Optimizar los recursos** de personal
- **Evitar la «psicologización» y el síndrome del socorrista** (que corre en busca de alguien a quien salvar) que tanto se da en las catástrofes.

Habitualmente esta clasificación se realiza mediante sistemas de una escala de colores en función de la urgencia del tratamiento mediante una tarjeta que se le proporciona al afectado. Por ejemplo:

- **Rojo:** necesita **actuación inmediata**.
- **Amarillo:** la atención es diferible pero **necesita vigilancia** mientras se le puede atender.
- **Verde:** afectación leve, **no precisa medios especiales** de intervención.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INICIAL DE VÍCTIMAS DIRECTAS (PEIVD)

Desarrollado por Lorente (2003), **evalúa el estado de conciencia y las capacidades cognitivas** mediante la narrativa del suceso.



PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INICIAL DE VÍCTIMAS DIRECTAS (PEIVD)

1. **Evaluar si la persona está en shock** (“paralización por miedo”). Si se encuentra en este estado, **pospondremos la evaluación**, derivaremos al paciente a la **sala de recuperación** y trataremos de realizar la **filiación mediante los familiares** si es posible.

2. **Si no está en estado de shock** evaluaremos:

- **Conciencia: Escala Glasgow** de Teasdale y Jennet, 1974) para descartar traumatismos craneoencefálicos (TCE).

Escala de Glasgow

	1	2	3	4	5	6
OJOS	No abre ojos.	Abre ojos en respuesta a estímulos dolorosos.	Abre ojos en respuesta a voz.	Abre ojos espontáneamente.	N/A	N/A
VERBAL	No hace ningún sonido.	Sonidos incomprensibles.	Pronuncia palabras inadecuadas.	Confuso, desorientado.	Orientado, inversos normalmente.	N/A
MOTOR	No hace ningún movimiento.	Extensión a los estímulos dolorosos.	Flexión anormal a los estímulos dolorosos.	Flexión/retiro a los estímulos dolorosos.	Localiza estímulos dolorosos.	Obedece comandos.

TCE leve, 13-15 puntos; TCE moderado, 9-12 puntos; TCE severo, 8 puntos o menos.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INICIAL DE VÍCTIMAS DIRECTAS (PEIVD)

2. Si no está en estado de shock evaluaremos:

- **Capacidades cognitivas:** mediante el **Short Portable Mental State Questionnaire** (Pfeiffer, 1975). Se adjudica un punto por cada error, el **punto de corte es de 5 o más puntos**. Se permite **un error más** si el paciente **no tiene estudios primarios y uno menos si tiene estudios superiores**.

SPMSQ de Pfeiffer

PREGUNTA A REALIZAR	ERRORES
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)	
¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes y año)	
¿Cómo se llama el presidente del Gobierno?	
¿Cómo se llamaba el anterior presidente del Gobierno?	
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
Reste de tres en tres desde veinte	
Total	

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INICIAL DE VÍCTIMAS DIRECTAS (PEIVD)

3. **Triage psicológico mediante la narrativa del paciente** para valorar el posible diagnóstico de un **Trastorno de Estrés Agudo**.

Objetivo: Identificar indicadores de su estado y la existencia de **amnesias lacunares**, a la vez que sirve de **recapitulación** benigna para la víctima.

- **Principales indicadores:**

- Coherencia/incoherencia.
- Confusión.
- Estado emocional dominante.
- Autoculpa.
- Lagunas.
- Ideación autolítica.
- Identificación con las víctimas.
- Negación.
- Grado de exposición al desastre (muertes).
- Incidentes previos. Traumatización.
- Planes de futuro.
- Pérdidas materiales

- **Moduladores:** soporte social, persistencia de la percepción de amenaza y atribución de control interno del incidente y del futuro.

FASE 2: INTERVENCIÓN

Al ir saliendo del estado de shock y empezar a asimilar lo ocurrido son habituales las siguientes reacciones:

- **Ira:** contra alguien en concreto, algún organismo o Dios. Se considera normal (aunque no adaptativa) y es debida a la **necesidad de darle sentido a la tragedia**.
- **Culpa:** aparece sobre todo si el superviviente, de una forma u otra, pudo estar implicado en la causa del suceso (descuido, estado de intoxicación, conductas inadecuadas...).
- **Emociones contrapuestas:** p.ej. felicidad por salvarse vs culpa por ello.

Ante estas reacciones, además de aplicar los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos, es importante tener siempre presentes las siguientes indicaciones:

- **No minimizar los hechos.** Lo que para nosotros puede no tener importancia, puede que para la persona que tenemos enfrente sea un gran problema o un tema personal.
- **Evitar frases como: «sé por lo que está pasando»,** cambiarlas por «nadie puede ponerse en su lugar, aunque haya pasado por situaciones similares. Cada uno sentimos de forma diferente» o, simplemente, «supongo que debe ser durísimo».
- **No dramatizar, no «psicologizar», ni adoptar actitudes paternalistas:** las personas son más fuertes de lo que pensamos.
- **No juzgar** a la persona que tiene enfrente, ni juzgar por su actuación (por los fallos que crea que ha podido tener)

FASE 2: INTERVENCIÓN

Actuar con **calma y seguridad**. Hablar con tono de voz moderado y sereno, tratando de estar en todo momento junto a esa persona y preferiblemente sentados. Así mismo, debemos demostrarle que tenemos tiempo para estar con él/ella y escucharle, evitando siempre comentarios desestabilizantes.

Invitar a **hablar a la persona y escuchar activamente**. Se trata de facilitar que la persona ordene, asimile y acepte lo ocurrido.

Utilizar el **contacto físico**, una mano en el hombro o coger la mano, facilita la comunicación y la sensación de seguridad. Sin embargo debemos ser capaces de evaluar si la persona lo acepta o no.

Evitar curiosos y evitar agentes desestabilizantes. Debemos aislar a la persona respetando su privacidad.

Manejar reacciones emocionales que pueden aparecer. Debemos de permitir la expresión emocional y no intentar reprimirla por miedo a no saber qué hacer. Las reacciones de ansiedad, tristeza, miedo, agresividad, etc... son normales, lo anormal es la situación.

Facilitar la toma de decisiones

Apoyar en la ejecución de pasos concretos. La búsqueda de apoyo social será fundamental para toda persona que haya vivido un suceso crítico.

Facilitar información sobre los trámites a seguir o posibles recursos necesarios a corto/medio plazo.

INTERVENCIÓN EN EL RECONOCIMIENTO DE CADÁVERES

El reconocimiento de fallecidos habitualmente es una situación difícil en la que aparecen **reacciones emocionales intensas**. En algunos casos puede ser que se solicite el reconocimiento ocular por parte de algún familiar.

El psicólogo u otro profesional ajeno al derecho debe **saber y conocer el proceso legal** que rige el reconocimiento de cadáveres, ya que **nuestra labor y la información que podemos facilitar está sujeta a estas normativas y procesos** (levantamiento del cadáver, autopsia, toma de pruebas médico-forenses...). Por ello, el psicólogo debe estar **coordinado y en constante contacto con el equipo encargado de estas labores**.

Previo a este reconocimiento se debería solicitar a los allegados una descripción del familiar desaparecido para limitar la búsqueda.

Es importante **evitar colas, ayudar a la familia a elegir al encargado de realizar la identificación y organizar el espacio de forma que se evite el efecto dominó** de las manifestaciones emocionales.

P.ej. se pueden facilitar distintas puertas de entrada y salida al espacio de identificación y comunicando la salida con un espacio en el que el familiar que ha realizado la identificación pueda reunirse con sus allegados.

INTERVENCIÓN EN EL RECONOCIMIENTO DE CADÁVERES

En algunos casos el **reconocimiento** de cadáveres por parte de sus familiares **no es aconsejable** (cuando no imposible) y nuestra labor consistirá en **ayudar al familiar a aceptar esta decisión**.

La **preocupación** de la familia es la duda sobre la **autenticidad** de los restos que se le dan como de su familiar por lo que deberemos **empatizar, reconociendo sus deseos, pero advirtiéndolo de los efectos (recuerdo) a largo plazo y haciendo hincapié en las garantías científicas** (huellas dactilares, pruebas de ADN o de piezas dentarias, etc.) que aseguran la identificación.

P.ej.: «Entiendo su preocupación y que ustedes quieran estar seguros de que los restos que entierren y a los que lloren sean los de su familiar. En este sentido, les podemos asegurar que, gracias a la labor científica de los forenses, la identificación va a estar asegurada. Además, en caso de que quedase alguna duda, se les pediría que uno de ustedes hiciera un reconocimiento visual. Por otro lado, creo que es mejor evitar esta circunstancia y que en su recuerdo permanezca la imagen que ustedes tienen de su familiar cuando aún estaba vivo.

FASE 3: SEGUIMIENTO

Esta es la **fase más difícil** dentro del campo de emergencias, debido a que las personas atendidas por un Servicio de Emergencias no van a ser atendidas más y son otros recursos los que se harán cargo.

Sin embargo, sería conveniente (siempre que esto sea posible) realizar un seguimiento telefónico para propiciar una continuidad de la intervención a corto plazo, atendiendo a los siguientes objetivos:

- Valorar el estado y evolución posterior a la crisis.
- Derivar y asesorar sobre ayuda asistencial o profesional si es necesario.

CRISIS PSICOLÓGICA Y TRAUMA

Una crisis se convierte en traumática cuando:

- Desborda la capacidad adaptativa y quiebra la trayectoria vital de quien lo padece.
- Hay “un antes y un después”.
- Afecta a nivel biológico, cognitivo, emocional, conductual...



SUCESO
POTENCIALMENTE
TRAUMÁTICO

IMPACTO PSICOLÓGICO

- Temor
- Inseguridad
- Extraño. Confuso. Desintegrado
- Carece de sentido
- Demandas / Recursos insuficientes
- Desestructuración de soportes psicológicos
- Peligro + amenaza = pérdida de la sensación de control
- Crisis
- Ruptura de los habituales esquemas
- Cuestionamiento de creencias
- Significado de las propias experiencias
- Desconfianza
- Mecanismos habituales se tornan inadaptados o desbordados

FASES DE LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA

FASE DE IMPACTO O DE SHOCK

Es la que sigue de forma inmediata a la ocurrencia del incidente. Los afectados presentan en mayor o menor grado unas características cognitivas y comportamentales, siendo las más frecuentes:

- embotamiento
- negación de lo ocurrido
- percepción de enlentecimiento del tiempo
- vivencia “como espectador”
- hiperactividad/reducción de la movilidad
- reacciones fisiológicas: vómitos, temblor, hiperventilación
- apatía
- pánico

FASES DE LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA

FASE DE REACCIÓN

- Cuando los servicios de emergencia han tomado el control de la situación crítica y el peligro ha pasado, aquellos que se han visto implicados en el evento salen progresivamente de la fase de impacto y comienzan a comprender lo que ha pasado realmente.
- Puede ser tremendamente dolorosa, puesto que es aquí donde la persona es capaz de comprender todas las implicaciones que el suceso traumático puede traer a su vida.
- La persona comienza a centrarse, a enfocar el problema adecuadamente y, en cambio, es precisamente aquí donde la persona se siente más desorientada: ya es consciente de lo que ha ocurrido, lo ha asimilado, lo ha integrado como una vivencia que le pertenece y este suceso le golpea con toda su fuerza.

FASES DE LA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA

FASE DE RESOLUCIÓN Y/O ADAPTACIÓN

- Disminución en el modo de expresarse o compartir social sobre lo ocurrido. Las personas siguen necesitando hablar sobre sus propias dificultades, pero están “quemadas” para escuchar hablar a otros.
- En esta fase aumenta la ansiedad, los síntomas psicósomáticos y los pequeños problemas de salud, las pesadillas, las discusiones y las conductas colectivas disruptivas.
- Es un período caracterizado por actividades de organización social, en el seno de las cuales hay que subrayar la estructuración del duelo colectivo. En esta fase también se producen esfuerzos por el retorno a la autonomía y a la actividad social.

PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

PROXIMIDAD: La atención psicológica debe realizarse en los escenarios próximos al incidente.

INMEDIATEZ: Cuanto antes se intervenga, menor posibilidad hay de que se desarrollen psicopatologías futuras, como el TEPT.

EXPECTATIVAS: Es importante transmitir información positiva al afectado e insistir en la idea de que está sufriendo reacciones normales ante un acontecimiento traumático.

SIMPLICIDAD: Utilización de técnicas sencillas y breves.

AFECTADOS SUCESO TRAUMÁTICO

=

Personas normales en situaciones anormales

1. Exposición directa
2. Familiares más cercanos
3. Personal asistencial
4. Voluntarios
5. Comunidad afectada

¿REACCIONES NORMALES?

Se quiebra nuestro modo de percibir el mundo que nos rodea

Nos instalamos en el binomio lucha – huida

Experimentamos de modo diferente

Percibimos sensaciones, pensamientos y modos de comportamiento inhabituales

Podemos experimentar sentimientos de extrañeza y pensar que podrían no ser normales nuestras respuestas

¿REACCIONES NORMALES?

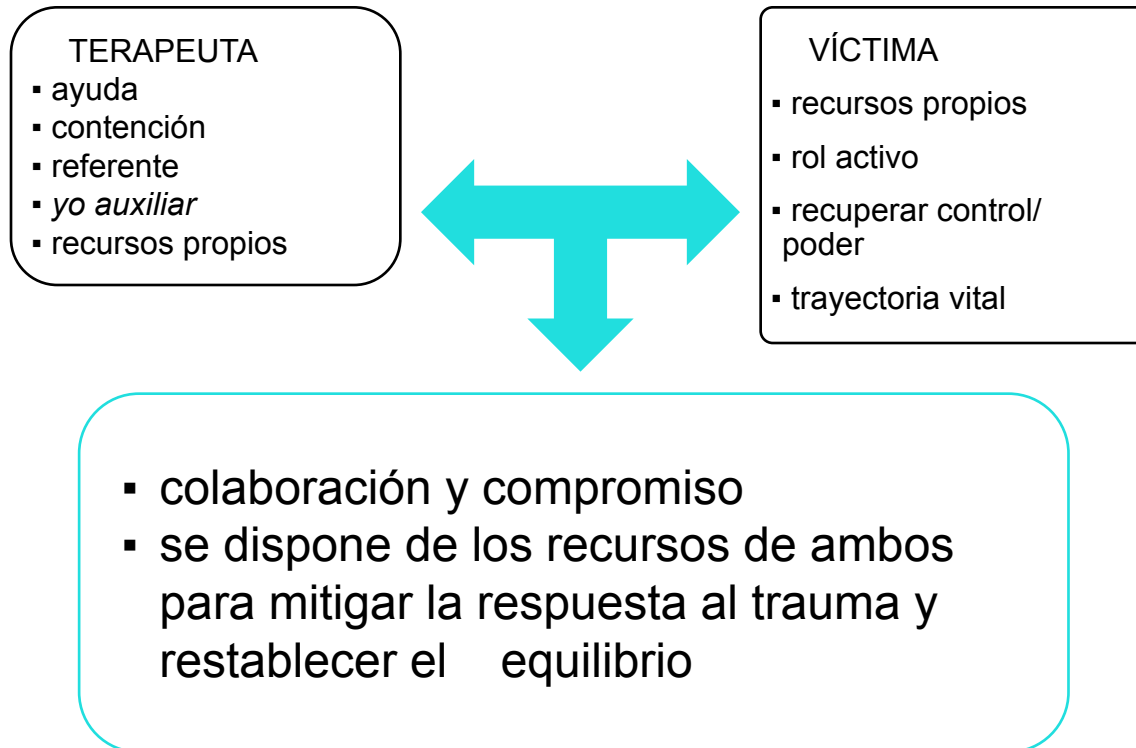
Cada uno se defiende como puede. El instinto de supervivencia se impone a cualquier otro planteamiento racional.

Esto hace que nos sorprendamos ante nuestras reacciones: negamos, disociamos, olvidamos, etc. ¿podríamos hacer otra cosa? ¿quién está entrenado para un suceso como el que estamos sufriendo?

Si se ha experimentado miedo, nos hemos sentido descontrolados, confusos, paralizados o no pudimos llevar a cabo conductas que hubiéramos deseado, se trata de comportamientos tan normales como cualquier otro.

Lo único anormal viene referido a la situación de riesgo sobrevenida.

INTERVENCIÓN EN CRISIS



Basado en Duque Colino, F.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

1. **VÍNCULO:** Mostrar interés, entendimiento y empatía. Contacto físico.
2. **EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN:** Conocer la magnitud del suceso y sus consecuencias. Escuchar el relato de la persona es importante para conocer los hechos y sirve, además, para devolver el control de la situación a la persona afectada, al enfrentarse a sus propios sentimientos y preocupaciones.
3. **VALORACIÓN DE LOS RECURSOS:** Importante conocer la existencia de recursos disponibles para poder normalizar su vida.
4. **DESARROLLO DE UN PLAN CON LOS AFECTADOS:** Lograr que la persona disponga de soluciones tanto a sus necesidades inmediatas como a las que puedan surgir a medio plazo. Hay que facilitar información y apoyo, pero *NO FOMENTAR EXPECTATIVAS IRREALIZABLES y ESPERANZAS INALCANZABLES.*
5. **SEGUIMIENTO**

AUTOCAUIDADO Y REFLEXIÓN PERSONAL EN LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

1. La Importancia del Autocuidado:

- Después de una catástrofe, el impacto emocional puede ser tan intenso que es necesario detenerse a reflexionar. **Recordar que cada reacción es válida:** el cuerpo y la mente están respondiendo a una situación extraordinaria

2. Reflexión Personal:

- ¿Estoy en condiciones de asumir esta intensidad emocional?
- ¿Qué necesito para procesar mi propia experiencia antes de continuar?
- La autorreflexión ayuda a **reconocer nuestros límites y a prevenir el desgaste emocional.**

AUTOCAUIDADO Y REFLEXIÓN PERSONAL EN LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

3. Estrategias de Autocuidado:

- **Tiempo de descanso:** Respetar el descanso para recuperar la energía.
- **Apoyo profesional y personal:** Buscar espacios de desahogo en equipos y redes de apoyo.
- **Ejercicio de aceptación:** Reconocer las limitaciones y la humanidad en nuestra propia respuesta emocional.