

emergencias
112 
REGIÓN DE MURCIA



Manual de Emergencias Psicológicas

Grupo de Intervención
Psicológica en Emergencias
y Catástrofes (GIPEC)

Colegio Oficial de Psicología
de la Región de Murcia



Contenidos

00 Introducción

01 Psicología de Emergencias. Legislación básica y justificación teórica

02 Protocolos de actuación

- 02.1 Primeros auxilios psicológicos
- 02.2 Duelo y comunicación de malas noticias
- 02.3 Comunicación a niños y niñas
- 02.4 Comunicación con personas con déficit específicos
- 02.5 Intervención con personas en crisis

03 Medidas de autoprotección del interviniente

04 Bibliografía

Colaboradores:

José Miguel Navarro Cascales	Francisca María Giner Valverde
Armando Galián Carrillo	Antonio Varón Molina
María Padilla Rodríguez	Francisco Jesús Hidalgo Palop
María de la luz Soletto Lira	Milagros Santa Díaz
Francisco José Costa Moreno	María Eulalia Caballero Aragonés
María Velandrino Guirao	Ángel Ruiz Ramírez
María Carmen López Castillo	Jesús Leandro Pérez
Paloma Rodríguez Élez	José Antonio Navas Botrán
Francisco Javier Mínguez Vargas	Pablo Alemán Capel
Francisco Romero Teruel	



“Estás de guardia...!”

“Suenan las alarmas, es el momento que estas esperando, notas activación en tu cuerpo fruto de lo que pasa dentro de tu organismo, experimentas una serie de emociones e intentas recabar datos de lo que sucede en función de la tarea a desempeñar en la intervención, donde es, de que se trata, cuántas víctimas hay, no te has dado cuenta, pero tu cuerpo ya está preparado para la intervención. Te montas en el vehículo y sales lo más rápido posible, el mero hecho de ir con las sirenas te activa más aún, pero sin embargo mantienes la calma, te imaginas lo que te vas a encontrar y repasas mentalmente lo que tienes que hacer paso a paso, de pronto informan que ya no es necesaria la intervención, cesa el ruido de las sirenas, el vehículo va más despacio y tu cuerpo se apaga de golpe, vuelves al estado de calma.”

00

Introducción

La Psicología de emergencias y desastres es la rama de la psicología que abarca el estudio del comportamiento y el modo de reacción de los individuos, grupos o colectivos humanos en las diferentes fases de una situación de emergencia o desastre (Acevedo y Martínez, 2007).

El psicólogo es uno de los profesionales especializados que intervienen en una situación de catástrofe o emergencia, y su papel es de suma importancia para normalizar las vivencias y las reacciones de la persona o grupos de personas antes, durante y después de la situación límite que se experimente.

Existe evidencia empírica de que los afectados por un desastre “pueden tener experiencias psicológicas que afectan a su salud personal y a la salud de la comunidad”, de ahí la necesidad del profesional experto en emergencias.

Una atención temprana en cualquier situación de emergencia “disminuye” el riesgo de aparición de una patología posterior favoreciendo la restauración del funcionamiento psicológico normal de las víctimas con el fin de prevenir futuras secuelas debidas a la exposición a experiencias críticas.

Ante una situación de emergencia, las personas necesitamos el contacto interpersonal para mantener un equilibrio emocional saludable. Es esta disponibilidad de contacto con otro ser humano el factor decisivo para que la experiencia no llegue a convertirse en trauma, incluso es más importante que la propia naturaleza o intensidad de la situación traumática. La valoración del suceso traumático está mediatizada por la presencia o ausencia de una correcta relación de apoyo con otro ser humano (Payas, 2010).

01

Psicología de Emergencias. Legislación básica y justificación teórica

Legislación básica

La Psicología de Emergencias debe considerarse como una disciplina de intervención especializada, dentro de la atención psicosocial de los Planes de Protección Civil. La Protección Civil en España, es un Servicio Público, así lo dispone el artículo 1 de la Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil, además, en su artículo 5, establece el derecho a la protección en caso de catástrofe a todas las personas que residan o se encuentren en nuestro territorio. Esta misma Ley, en el Capítulo IV sobre respuesta inmediata a las emergencias, en el artículo 16, incluye específicamente la atención sanitaria, psicológica y social de urgencia.

Según la Norma Básica de Protección Civil aprobada por Real Decreto 407/1992, de 24 de abril, los Planes de Protección Civil son: la previsión del marco orgánico-funcional y los mecanismos que permiten la movilización de los recursos humanos y materiales necesarios para la protección de personas y bienes en caso de grave riesgo colectivo, catástrofe o calamidad pública, así como el esquema de coordinación entre las distintas Administraciones públicas llamadas a intervenir. El apartado 8.2 del Capítulo III de dicha norma establece que las Comunidades Autónomas elaborarán y aprobarán sus correspondientes Planes Territoriales, así como los Planes Especiales cuyo ámbito territorial de aplicación no exceda del de la propia Comunidad Autónoma. En el ejercicio de esta competencia, el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia aprobó el Plan Territorial de Protección Civil de la Región de Murcia (PLATEMUR), en agosto de 2002, Plan que a su vez fue previamente homologado por la Comisión Permanente de la Comisión Nacional de Protección Civil.

El PLATEMUR establece el marco organizativo general que permite, entre otras cosas, activar los mecanismos adecuados para una rápida y eficaz respuesta del sistema de Protección Civil ante la materialización de riesgos. A tales efectos, crea una serie de Grupos de Acción, uno de los cuales es el Grupo de Acción Social; que es el encargado de establecer la infraestructura necesaria para atender a los damnificados en todos los aspectos sociales derivados de la emergencia; tiene asignada como función específica, entre otras, la de prestar atención psicológica a las personas afectadas

por la emergencia y sus familiares. Entre los integrantes de ese Grupo de Acción Social están, entre otros, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM), a través de personal de su propia Administración General y de algunos de sus organismos autónomos, así como Colegios Profesionales.

El artículo 7 del Real Decreto 632/2013, de 2 de agosto, de asistencia a las víctimas de accidentes de la aviación civil y sus familiares, indica que se designará una persona de contacto (en adelante PECO) con las víctimas y sus familiares que será la encargada de:

A Informar a las víctimas y a sus familiares sobre las diversas cuestiones relacionadas con el accidente, (identificación de las personas a bordo, asistencia a las víctimas y a sus familiares, ...).

B Actuar como enlace entre el operador de la aeronave siniestrada y los familiares.

C Establecer la coordinación necesaria con los responsables designados por otros Estados para atender a las víctimas y sus familiares de tal nacionalidad.

D Poner a disposición de las víctimas y familiares el folleto informativo y el dossier sobre legislación aeronáutica aplicable.



La Resolución de 14 de mayo de 2014, de la Subsecretaría del Ministerio del Interior, aprueba el Protocolo de Coordinación para la asistencia a las víctimas de accidentes de aviación civil y sus familiares. El artículo 6 de la Resolución habla de la designación, funciones y equipo de apoyo del PECO, entre los que se encuentra el Colegio de Psicología de la Región de Murcia para el territorio regional.”.

El Colegio Oficial de Psicología de la Región de Murcia (COPRM), además de otros cometidos, colabora en la protección de la salud, del bienestar psicológico y de la calidad de vida de la población. Para llevar a cabo lo anterior, el COPRM, entre otras medidas, ha creado diversos Grupos de Trabajo, uno de los cuales es el Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes (GIPEC). Los Estatutos del COPRM, otorgan a esta corporación la facultad de suscribir convenios de colaboración con la CARM, a través de sus distintas Consejerías, para la realización de actividades de interés común. A través de convenios de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y el COPRM se establecen líneas de colaboración entre ambas partes en el desempeño de sus respectivas funciones y competencias, a fin de cubrir la asistencia psicológica a personas afectadas por situaciones de emergencia y/o catástrofes.

Como resultado de estos convenios se elabora este manual de activación e intervención profesional psicológica en desastres y situaciones de emergencia, que permita una actuación ágil, coordinada y eficaz de estos profesionales en las situaciones en las que están llamados a intervenir (Decreto 99/2016 BORM).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, con esta definición toma relevancia dentro de la ciencia psicológica, la Psicología de Emergencias, como forma de protección y recuperación de la salud y bienestar mental de las personas, después de vivir una situación traumática.

El Proyecto Esfera (2011), iniciado por distintas ONGs de ámbito internacional y basado en los derechos humanos, mantiene dos ideas fundamentales, la primera, que se deben adoptar todas las medidas posibles para aliviar el sufrimiento humano producido por calamidades y conflictos; y segunda, que las personas afectadas en los casos de desastre tienen derecho a vivir con dignidad y por lo tanto, a recibir asistencia humanitaria.

La Guía del IASC, Inter-Agency Standing Committee (2007) sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, apunta que las situaciones de emergencia crean muy diversos problemas en el plano del individuo, de la familia, de la comunidad y de la sociedad, además, los efectos psicológicos y sociales de las emergencias pueden ser agudos a corto plazo, pero también pueden deteriorar a largo plazo la salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones afectadas.

Ambos proyectos-guías, Esfera e IASC describen según la OMS (2012) la “Primera Ayuda Psicológica como “una respuesta humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda”.

El estudio de las áreas de actuación permitirá definir mejor la intervención del psicólogo. Se trata de tres parámetros que nos ayudaran a delimitar su participación: tiempo -antes, durante y después de la catástrofe-, sujetos -afectados de diferente tipos- y lugar -escenarios de intervención-. (Losada Fernández, 2004; Taylor y Frazer,1981).




02

Protocolos de actuación

02.1

Primeros auxilios psicológicos

Comenzamos este capítulo, con un fragmento de un artículo de actualidad de la revista INFOCOP (2016), que puede perfectamente hacer de introducción y resumen:



“Los primeros auxilios psicológicos, que cuentan con el respaldo de diversas asociaciones como el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) o el Instituto Nacional para la Salud Mental (National Institute for Mental Health), hacen referencia a un marco de trabajo de los intervinientes en situaciones de crisis y emergencias basado en la escucha activa, la prestación de ayuda y apoyo prácticos de manera no invasiva, la ventilación emocional, la atención de necesidades básicas de los afectados y el acceso a la información, servicios y apoyos sociales. Según los resultados de estudios científicos y el consenso de las principales entidades de ayuda humanitaria, los primeros auxilios psicológicos facilitan la recuperación posterior de las personas afectadas por una situación crítica, gracias a que promueven la sensación de seguridad y de conexión con los demás, el acceso temprano a apoyo social, físico y emocional y la capacidad de resiliencia individual y de la comunidad”. (“Primeros auxilios psicológicos y primeros auxilios de salud mental para todos” INFOCOP, Consejo General de la Psicología de España, número 75, octubre-diciembre 2016).

Cuándo ocurren catástrofes ambientales, resultan sumamente importante que las víctimas reciban una asistencia adecuada, esto supone resguardarlas del peligro ambiental y brindarles una correcta atención psicosocial que las proteja de los posibles daños psicológicos que pudieran estar experimentando.

En muchas ocasiones estos procesos continúan, pudiendo dejar una huella emocional o aprendizaje disfuncional que podría ser la causa de diversas patologías mentales, como, trastornos como el desorden de estrés postraumático, trastorno adaptativo, trastorno de angustia, (ataque de pánico), fobias, trastorno de depresión mayor, abuso y dependencia de sustancias, entre otros

Por estas razones, es importante que se realicen las intervenciones adecuadas, inmediatamente después de este tipo de eventos.

Por todo lo expuesto, se remarca la importancia de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), por un lado, como parte central de la Psicología de Emergencias y por otro, como necesarios dentro de una atención integral a víctimas y afectados por un suceso traumático.

Existe un sencillo protocolo de actuación para quienes, con unos conocimientos básicos, puedan suministrar los primeros auxilios:



Estas actuaciones en primeros auxilios, realizadas de forma correcta, pueden beneficiar mucho la salud de la persona que las recibe, hasta el punto de salvarle la vida. Haciendo un paralelismo (Parada, 2008), desde la Psicología de Emergencias, queremos dejar patente la importancia que tiene para la salud de las personas afectadas por un evento crítico, la atención psicológica inmediata tras una crisis, y en concreto los Primeros Auxilios Psicológicos, pues van a facilitar la recuperación posterior de la persona y la estimulación de la resiliencia.

La OMS editó en 2012 un guía sobre PAP, “Primera Ayuda Psicológica: Guía para trabajadores de campo”, dejando constancia de lo importante que resulta la correcta administración de los PAP para el bienestar de las personas víctimas de eventos críticos. Definió la “Primera Ayuda Psicológica” como “una respuesta humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda”.

Vamos a desarrollar el capítulo, apoyándonos en la Guía de Operaciones Prácticas de Primeros Auxilios Psicológicos (PFA) creada por la National Child Traumatic Stress Network (Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil) y National Center for PTSD (Centro Nacional de TEPT) en EEUU (2006). Este formato, ha sido adaptado con éxito en cursos sobre PAP, como el desarrollado por el Centro de Crisis de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona (2015).

¿Qué son los Primeros Auxilios Psicológicos?

Los PAP son intervenciones organizadas básicas, basadas en evidencias científicas, destinadas a ayudar a personas afectadas por un evento traumático, dicho de otro modo, son las primeras atenciones psicosociales que reciben los afectados en situaciones de crisis. Se aplican para lograr tres objetivos importantes:

1. Reducir el nivel de estrés inicial causado por la situación crítica, evitando así el avance del deterioro psicológico.
2. Valorar y fomentar la capacidad de adaptación a corto, medio y largo plazo, tras la nueva situación creada.
3. Estimular y potenciar las estrategias de afrontamiento y la resiliencia, así como la conexión con redes de apoyo.

¿Cuándo o en qué momento se facilitan los PAP?

De la propia definición surge el momento de la ayuda psicológica, los PAP constituyen una intervención de apoyo proporcionada inmediatamente después del evento crítico, dependiendo del suceso pueden aplicarse hasta las 48-72 horas. En determinadas situaciones como guerras o grandes catástrofes, pueden aplicarse hasta semanas después, puesto que lo primero es la seguridad de las personas y salvar vidas.

¿Quién puede aplicar los PAP?

Para suministrar los PAP será necesaria la intervención de profesionales de la psicología con formación específica en desastres y emergencias. Siempre hay que tener en cuenta que, en el entorno de una emergencia, hay distintos niveles de atención y apoyo psicológico (Parada, 2008).

Se puede beneficiar de los PAP, desde niños, adolescentes, adultos, familias, grupos, profesionales que trabajan con los afectados y los intervinientes en la situación de crisis.

Para explicar cómo desarrollar los PAP, nos guiaremos de las fases establecidas en la Guía de Operaciones Prácticas de Primeros Auxilios Psicológicos (PFA) de EEUU (2006) mencionada al principio del capítulo, dejando constancia de que, en la literatura sobre la temática, hay diversas guías y manuales, aunque con fases diferentes, persiguen los mismos objetivos. Fases o acciones básicas a aplicar en los PAP:

Contacto y acercamiento:

Presentarse de manera no intrusiva, explicar para qué estamos ahí, intención de ayuda y conocer necesidades, respetar rechazo haciendo saber que seguimos a su disposición.

Seguridad y alivio:



Garantizar la protección física para que recuperen la sensación de seguridad, cubrir necesidades básicas, ayudar en la reagrupación familiar, prestando especial atención a las personas con familiares fallecidos.

Estabilización:

Si fuese necesario, hacer contención emocional y orientación temporal y espacial, para calmar y orientar a los sobrevivientes que estén abrumados emocionalmente, en shock o desorientados.

Recopilar información:

Identificar necesidades y preocupaciones inmediatas, recoger información sobre las personas afectadas, incluidos acontecimientos vitales estresantes previos, para poder ir adaptando los PAP a las personas.

Asistencia práctica:

Analizar las necesidades y preocupaciones más inmediatas, reordenar y priorizar las necesidades, planificar acciones a llevar a cabo, consensuar un plan de acción.

Conexión con redes de apoyo social:

Fomentar la conexión con su red de apoyo social (familia, amigos y recursos de ayuda comunitaria), ayudar en la búsqueda de recursos de apoyo.

Pautas de afrontamiento:

Informar sobre reacciones de estrés esperables, normalizar síntomas de estrés agudo (transmitir que son reacciones normales ante una situación anormal), informar sobre manejo de adversidades, dar pautas de comunicación de malas noticias a niños y otras personas vulnerables, dar pautas sobre higiene del sueño, respiración profunda y relajación, advertir sobre consumo de alcohol y sustancias, promover el funcionamiento adaptativo y la resiliencia.

Enlace con servicios externos:

Informar sobre tiempos para pedir ayuda a un especialista si persiste la sintomatología (4-6 semanas aproximadamente), dejar información y conexión con la red de salud pública u otros servicios adicionales en caso necesario.

Directrices prácticas y éticas

* Lo que debe hacerse



- Ser honrado y transmitir confianza.
- Respete el derecho de la persona a tomar sus propias decisiones.
- Sea consciente de sus propios prejuicios y preferencias, y manténgalo al margen.
- Deje claro a la gente que incluso si rechaza la ayuda ahora, podrá recibirla en el futuro.
- Respete la privacidad y mantenga la historia de la persona confidencial, salvo imperativos.
- Comportese de forma adecuada teniendo en cuenta la cultura, edad y género de la persona.

* Lo que NO debe hacerse



- No se aproveche de su relación como persona que ayuda/cooperante.
- No pida a la persona dinero o favores a cambio de ayudarle.
- No haga falsas promesas o provea información no contrastada.
- No exagere sus habilidades.
- No fuerce ayuda en la gente, y no sea entrometido o prepotente.
- No presione a la gente para que le cuente su historia.
- No comparta la historia de una persona con otras personas.
- No juzgue a la persona por sus acciones o sentimientos.

*Extraído de la Guía de PAP de la OMS (2012)

Objetivos básicos al aplicar los PAP

01 Seguridad física y emocional

- a. Ofreceremos un lugar seguro y apartado de situaciones estresantes.
- b. Atenderemos las necesidades básicas tales como comida y bebida, aseos, atención médica, etc.
- c. Estabilizaremos a las personas que se encuentren desorientadas, en shock o alteradas.
- d. Facilitaremos información sincera y veraz acerca del suceso, la situación actual, etc. pues la falta de ella, incrementa la incertidumbre.
- e. Jamás hacer falsas promesas.
- f. No dramatizar, pero tampoco restar importancia a lo ocurrido.

02 Procurar la calma

- a. Conseguiremos confort físico y emocional.
- b. Realizaremos una comunicación pausada, tranquila, usando palabras adecuadas para no dramatizar.
- c. Mantendremos una escucha activa con quien desea hablar, respetando a quien no quiera hacerlo.
- d. Con las personas más exigentes, demandantes e irritantes y en general con aquellas con comportamientos complicados, seremos amables y comprensivos.
- e. Proporcionaremos información constante, simple y exacta, tanto de lo que está ocurriendo como de cualquier tipo de ayuda.

03 Conectar con su red social de apoyo

- a. Mantendremos a las familias unidas siempre que sea posible, especialmente procurar reunir a los niños con sus más allegados.
- b. Ofreceremos información y ayudaremos a contactar con fuentes de ayuda psicosocial.
- c. Respetaremos las normas culturales sobre género, edad y estructuras familiares o sociales.
- d. Prestaremos especial atención a personas o colectivos vulnerables.
- e. Si hay posibilidad, ofreceremos atención religiosa.

04 Promover la autoeficacia individual y grupal

- a. Normalizaremos síntomas, sensaciones y sentimientos, lo anormal es la situación.
- b. Animaremos a formular las necesidades propias.
- c. Ayudaremos a las personas en la toma de decisiones y la priorización de problemas, sin tomarlas o resolverlos por ellas.
- d. Promoveremos la recuperación del control de sus vidas.
- e. Estimularemos iniciativas y apoyos grupales.

05 Facilitar el afrontamiento

- a. Conectaremos a las personas con sus propios recursos personales.
- b. Indagaremos sobre sus conductas resilientes en el pasado.
- c. Facilitaremos el inicio del duelo.



06 Conectar con posibles ayudas

- a. Informaremos sobre recursos disponibles de las administraciones públicas, ONGs, etc.
- b. Ofreceremos y derivaremos a servicios de ayuda disponibles (sanitarios, sociales, etc.) para que puedan elegir.
- c. Ofreceremos pautas psicoeducativas y, si es posible, folletos con información.



El duelo psicológico

Podemos considerar el duelo psicológico como un proceso normal que se da en una persona que ha sufrido una pérdida significativa. Dicha pérdida puede haber sido el fallecimiento de algún ser querido, pero también puede suceder tras la pérdida del hogar, del empleo, de una relación, de una función física o psíquica (perder la visión o la movilidad de alguna parte del cuerpo) y en general, cualquier pérdida que sea importante para el sujeto.

El duelo puede presentar diversos síntomas como la sensación de ahogo, agotamiento, falta de ilusión con respecto al futuro, insomnio o hipersomnia o sintomatología somática.

Es importante tener en cuenta que no se trata de una enfermedad, sino que es un proceso normal y necesario para la adaptación de la persona al nuevo ambiente tras la pérdida. Es importante no confundirlo con la depresión, la cual es un trastorno grave que debe recibir atención especializada. Dicha diferenciación la realizarán aquellos profesionales cualificados para ello.

Por último, cabe señalar que el duelo psicológico es un proceso que en la gran mayoría de los casos se resuelve favorablemente sin necesidad de una intervención especializada. No obstante, los profesionales deben de estar atentos ante los signos que indiquen que el duelo se puede estar complicando y que la persona necesita de una atención psicológica más continuada en el tiempo.



Procedimiento para notificación de muerte

- a.** Que un profesional determine legalmente la identidad de la persona muerta.

- b.** Notificar siempre en persona. No hacer llamadas telefónicas. Si la llamada telefónica es absolutamente necesaria, arreglar con un amigo o vecino del/la pariente que va a recibir la llamada, para que se encuentre junto a esa persona. No llevar pertenencias de la víctima a la notificación.

- c.** Que alguien le acompañe (de preferencia quien esté entrenado en manejo de shock y/o soporte básico de vida).

- d.** Antes de la notificación, habla acerca de tus reacciones ante la muerte con tus compañeros de equipo, pues esto te permitirá concentrarte mejor en la familia del fallecido.

- e.** Identifícate y pide permiso para pasar.

- f.** Siéntate cerca del familiar más cercano a la víctima (primero hay que notificar a esposos/as y padres). Nunca le notifiques a un niño, habla con el psicólogo. Si el familiar no habla tu idioma, nunca le pidas a un niño que traduzca.

- g.** Usa el nombre de la víctima... “Son ustedes los padres de...”

- h.** Informa simple y directamente, con calidez.

- i.** No uses expresiones como “expiró”, “pasó a mejor vida” o “perdimos”.

- j.** Simplemente di: “Me temo que tengo malas noticias”. Haz una pausa para permitirles que se preparen. “Di el nombre del fallecido... se vio involucrado en... (accidente, catástrofe, robo, etc.) y murió. Haz otra pausa. “Lo siento mucho”.

- k.** Continúa usando las palabras murió o está muerto/a, a través de la conversación. Continúa usando el nombre de la víctima. No digas el cuerpo o el fallecido.

- l.** No culpes a la víctima por lo que sucedió, aunque haya sido parcial o totalmente culpable.

- m.** No discutas sus sentimientos o los tuyos. Las reacciones intensas son normales. Espera confusión, ira, huida, shock. Si entran en shock, acuéstalos, eleva sus pies, mueve su cabeza hacia atrás, mantenlos calientes, monitorea su respiración y llama a los servicios médicos.
-
- n.** Acompaña a los sobrevivientes en su dolor. No permitas que el dolor te inunde.
-
- p.** Responde honestamente a todas las preguntas (para ello deberás conocer los hechos). No des más detalles de los que te pregunten.
-
- q.** Ofrecete para hacer llamadas telefónicas. Entrégales una lista de las personas a las que llamaste.
-
- r.** Si murió un niño y solo un padre está en casa, notifícale a él/ella y ofrecete para notificarle al otro padre.
-
- s.** No hables con los medios de comunicación, sin el permiso de la familia.
-
- t.** Si la identificación del cuerpo es necesaria, transporta al pariente más cercano al depósito de cadáveres. Para prepararlo/la psicológicamente, infórmale de cómo es el depósito y de que “Decir el nombre”, estará pálido por la muerte o describe las condiciones en que se encuentra el cuerpo.
-
- u.** No dejes solos/as a los sobrevivientes. Si viven solos/as, arregla con un vecino o amigo/a, para que les haga compañía.
-
- v.** Pregunta si hay algo más que puedas hacer por ellos/ellas.
-
- w.** Pregunta a la familia si están preparados/as, para recibir las pertenencias de “Di el nombre”. Respeta sus deseos. Las posesiones se deben intentar entregarse en una caja y no en una bolsa de basura. Cuando la familia reciba los objetos, explícales qué contiene la caja y las condiciones de los objetos, para que ellos/ellas, sepan qué esperar cuando decidan abrirla.
-
- x.** Muéstrales a los sobrevivientes de tu preocupación. Comparte con ellos el dolor de la pérdida.
-
- y.** Lleva a cabo un debriefing con tus compañeros/ras de equipo o con profesionales en salud mental. No intentes cargar tu solo/a el dolor emocional.
-



Recomendaciones

Greenstone y Leviton (1993).

- Establecer un sentimiento de confianza, apoyo y seguridad.
- Escuchar atentamente, no sólo lo que se dice, sino también lo que no se está diciendo.
- Animarle a que te cuente qué es lo que le preocupa.
- Respetar el silencio, deja que esos espacios de silencio se produzcan.
- Ser honesto. Si no sabes una respuesta o no puedes proporcionar la información requerida, dilo.
- Permitir que hable libremente. No interrumpas mientras esté hablando a menos que sea absolutamente necesario. Si necesitas más detalles, espera a que haya terminado y después vuelve atrás y pide la información necesaria.
- Respetar y acompañar a la persona sin expresar acuerdo o desacuerdo. El modo en que interpreta lo sucedido es como lo vive en esos momentos.
- Ayudarle a elaborar/integrar lo sucedido.
- Empatizar con la persona afectada, dejar que ventile sus emociones de enfado, hostilidad, impotencia, etc.
- Respetar los sistemas de valores y las creencias religiosas de las personas.
- Reconoce tus limitaciones como profesional de emergencias, admite que la persona puede necesitar otro tipo de ayuda. Derívalo cuando sea necesario.
- Animarle a que te cuente qué es lo que le preocupa.
- Pedir feedback, para asegurarte de que estás realizando una correcta intervención. Ayúdate de los compañeros de equipo.
- Establecer y mantener el contacto contigo mismo y lo que estás sintiendo como trabajador de líneas de emergencia.
- Separar tus necesidades, implicaciones y valores de los de la otra persona.
- Desahogarte con un compañero de la línea de trabajo cuando lo necesites.
- Recordar que el trabajo en líneas de emergencia es estresante. Tómate tiempo para cuidarte como cuidas de los demás.

La comunicación de malas noticias

La tarea de comunicarlas no es fácil y no es algo que agrade realizar. Aprendiendo una serie de estrategias podemos hacer que el impacto psicológico será menor.

Un primer paso sería ponernos en el lugar de la persona que ha de recibir la mala noticia. ¿Cómo nos gustaría que nos lo dijeran? ¿Cómo nos gustaría que nos trataran? Debemos ser cuidadosos con lo que decimos, eligiendo el lugar adecuado y lo que queremos comunicar, intentando minimizar el impacto de la comunicación dentro de lo posible. Por todo ello es importante aprender habilidades y técnicas adecuadas de comunicación, para este tipo de situaciones.

Aparentemente, la transmisión de información de una persona a otra es un proceso sencillo, sin embargo, es variable y compleja. Comunicamos sentimientos, pensamientos, percepciones e insinuaciones. Comunicamos con la palabra hablada y escrita, así como con los gestos, el cuerpo y el tono de voz. Todo lo que puede ser percibido por otra persona contiene un mensaje.

Las personas necesitamos comunicarnos, es imposible no hacerlo, la “no comunicación”, no existe. (Watzlawick, 1993). Las palabras son neutras. Influirán dependiendo de los términos que usemos, el tono, la forma, del cariño con que las digamos. Las podemos decir de manera fría, distante, llena de emoción, etc., por ello debemos tener especial cuidado en la elección de palabras y frases. Son necesarias habilidades que, en muchos casos, o no se han aprendido o bien se han olvidado demasiado fácilmente. De hecho, los problemas de comunicación son la causa fundamental de muchos desajustes en las relaciones humanas, por ellos, el aprendizaje de formas constructivas de comunicar hechos, deseos, opiniones, sentimientos y necesidades se hace imprescindible en situaciones de relación interpersonal.

A lo largo del proceso de comunicación la información es susceptible de ser deformada. Aunque el código de comunicación verbal será común, el receptor contrastará el



mensaje que recibe con la información que tiene almacenada y organizada en su memoria. A la luz de este contraste, el mensaje es completado, interpretado y valorado.

Debemos tener presente que la incapacidad para comunicarse con los demás acarrea en los afectados por un desastre consecuencias como imposibilidad de acceder a la información y aislamiento social. En el proceso de comunicación intervienen una serie de factores fisiológicos y psicológicos que están presentes tanto en el emisor como en el receptor, y que estos elementos pueden entorpecer dicho proceso; y más aún en el caso de situaciones de emergencia y desastres. Pero también existen otras interferencias de tipo ambiental que pueden desvirtuar nuestras interacciones comunicativas.

Actuación y procedimiento en la comunicación de malas noticias

Fase de intervención psicosocial

Establecer contacto con las personas:

- Identificación de la persona/s que nos recibe.
- Presentación y valoración de la escena.
- Identificar posibles riesgos en el lugar de la actuación.

Comunicar la noticia:

- Se comunica la noticia del fallecimiento a familiares de primer y segundo grado.
- No se informa del suceso a menores.
- Preferentemente no informar del suceso a grupos de más de dos personas a la vez.
- Evitar la ansiedad de la espera en el momento.
- Manejar la comunicación no verbal.
- El mensaje verbal debe contener una breve descripción de lo ocurrido. En ningún caso se utilizarán términos dramáticos y detalles morbosos.

Inicio del proceso del duelo:

Amortiguar el impacto psicológico:

- Ayudar a identificar, expresar y manejar emociones
- Controlar los pensamientos distorsionados.
- Considerar los síntomas como respuesta normal ante situación excepcional.
- Evitar contagio emocional.
- Indagar el sistema de apoyo social y gestionar la localización de otros familiares.

Ayudar a aceptar la realidad de la pérdida:

- Hablar del fallecido en pasado.
- Formular preguntas abiertas
- Facilitar información y apoyo a la toma de decisiones.
- En caso de tener que comunicar la noticia del fallecimiento a niños, el psicólogo dará pautas para que realice esta tarea.

Resolución de la intervención:

- Localizar al menos a un familiar que asuma las tareas de asistencia
- Verificar que:

Se ha podido poner en marcha acciones derivadas de la toma de decisiones.

Se les ha informado sobre potenciales recursos de ayuda.

Despedida afectiva.



02.3

Comunicación a niños y niñas

Etapas evolutivas



Según, Abengoza (1994), el National Child Traumatic Stress Network (2006) y Mesquida (2015), las diferencias en la comunicación de malas noticias a tener en cuenta según el momento evolutivo del menor son:

01

La muerte en la primera infancia:
del bebé al niño de dos años

Para un bebé, la muerte sólo es una palabra. No hay comprensión cognitiva de su significado. Sin embargo, sí perciben la ausencia de esa figura de referencia, sienten la no presencia de la persona fallecida. Perciben los cambios en su entorno físico y en sus rutinas como consecuencia del fallecimiento de un familiar. A medida que crecen, son sensibles al estado de ánimo negativo que puedan experimentar sus cuidadores como consecuencia de la muerte de un ser querido.



¿Qué podemos hacer y decir?

Mantener sus rutinas, horarios, ritmos, espacios físicos por la persona que vaya a ser el cuidador/a principal del bebé/niño, en definitiva, dar continuidad a su mundo cotidiano.

Los niños de estas edades conciben la muerte como un estado temporal, reversible, como si estuvieran durmiendo y se pudiera despertar en cualquier momento, imaginan que la persona fallecida sigue viva de alguna manera: puede comer, sentir, pensar, hablar o mirarnos desde donde esté.

¿Qué podemos hacer y decir?

Debemos ayudarles a entender que la muerte es irreversible y que nunca volveremos a ver a las personas que fallecen, que cuando cualquier ser vivo muere (se puede poner ejemplo de algún animal que haya visto muerto), el cuerpo detiene su funcionamiento por completo y ya no puede ver, respirar, sentir, caminar, comer, hablar...y finalmente, desaparece. Ante su pregunta de si nosotros también vamos a morir, les explicaremos que moriremos cuando estemos “muy, muy, muy enfermos” por alguna enfermedad o accidente. Es importante recalcar los “muy, muy, muy...” para diferenciar los niveles de enfermedades y ayudarles a que comprendan que, cuando se está “malito”, no existe riesgo de muerte. Es importante asegurarles que él, sus herman@s o el otro progenitor están bien, sanos y le van a cuidar: “Yo estoy a tu lado, estoy bien y voy a cuidar de ti, puedes apoyarte en mí porque voy a estar contigo”.

Debemos evitar términos metafóricos para explicar la muerte como “El abuelo se ha ido” o “Se ha sumido en un profundo sueño” o “Nos está viendo desde el cielo”, porque estos argumentos serán tomados de forma literal, lo que alimentará más aún su confusión y puede darse la situación de que pregunten cómo pueden ir ellos también al cielo con su ser querido.



03 La muerte en los preadolescentes: de diez a trece años

Ya conocen que la muerte es irreversible y universal, las consecuencias emocionales, sociales, educativas, familiares, económicas derivadas de la misma. Toda esa toma de conciencia de lo que puede acarrear la muerte, puede hacer que en ocasiones no quieran hablar de ello por lo sobrecogedora que puede ser. Comprender la muerte no es lo mismo que tener recursos para abordarla: poner palabras y verbalizar sus miedos o inquietudes puede ser difícil.



¿Qué podemos hacer y decir?

Es importante hacerles ver que, aunque su mundo cambie, no va a desmoronarse, aunque la muerte duela, podemos seguir adelante. Facilitar que compartan sus sentimientos con nosotros o con otros amigos o familiares sobre experiencias de duelo cuando éramos más jóvenes, que no van a estar solos y que somos el ejemplo de que se puede vivir con normalidad a pesar de las pérdidas. Sería conveniente la participación en los rituales funerarios, a título de despedida del ser querido.

04 Los adolescentes

Predomina la ambivalencia y la confusión, de pronto puede mostrarse irritado, eufórico, depresivo o insensible a consecuencia de su propia inestabilidad interior, pudiendo presentar provocaciones, o conductas de riesgo.



¿Qué podemos hacer y decir?

Ahora más que nunca necesitan sentir que no se les oculta la verdad y que se confía en ellos, necesitan dar su opinión y expresarse a su manera. Es importante integrar al adolescente en todos los ritos de despedida que vayan a tener lugar y ofrecerle la posibilidad de participar activamente en ellos. Los jóvenes necesitan sentirse parte activa de la familia, dar su opinión y ser tenidos en cuenta. Es necesario animar al adolescente a que retome su vida y sus relaciones sociales.



Pautas generales

Podemos establecer las siguientes pautas generales a la hora de comunicar malas noticias a menores (National Child Traumatic Stress Network (2006), Kennedy y Lloyd-Williams (2009) y Kroen, 2011):

- Es conveniente que el menor esté permanentemente acompañado por una figura parental o un familiar/cuidador/a de la absoluta confianza del menor en un entorno que le sea familiar, desde el transcurso de la emergencia hasta pasados, al menos, unos días.
- La noticia de la muerte de un ser querido debe ser transmitida al niño lo antes posible, pero sin precipitarse, y siempre por medio de una persona en la que confíe y sienta cercana, a ser posible sus propios padres, hacerlo en un sitio tranquilo y sin interferencias, hablarle con cariño y suavidad, poniéndose a su altura y mirándole a los ojos. Debemos dejar que se exprese, que pregunte, que nos cuente lo que ha entendido, lo que se imagina o fantasea, tantas veces como sea necesario, porque sólo así podremos ayudarle en el comienzo y elaboración de su propio duelo. Responder a todas las preguntas que plantee adaptando las respuestas a su edad evolutiva y evitando detalles escabrosos que son innecesarios y contraproducentes para la elaboración de su duelo. Recordar que no siempre tendremos respuestas a todas sus preguntas “¿Por qué tuvo que enfermar mamá y morir?”.
- Los menores observan el comportamiento de los adultos de referencia, sus expresiones verbales y/o corporales. Decir la verdad “ha ocurrido un accidente a papá, aunque no abemos aún el alcance”, ayuda a que organice y entienda lo que está pasando a su alrededor. Mentir sólo consigue confundir al menor y que este desconfíe de los adultos de su alrededor. Si lloramos, aprenden que llorar no es malo y que la tristeza

aparece en forma de llanto. Si negamos nuestros sentimientos, si no dejamos que nuestros hijos vean nuestro dolor, si fingimos que estamos bien, ellos sentirán que es así como hay que estar ante una pérdida. No habrá entonces permiso para estar triste o llorar, lo que hace que el dolor no pueda “salir” y expresarse de forma sana y reparadora. “¿Por qué lloras, mamá?”- “Estoy llorando porque la abuelita ha muerto y la echo de menos. Cuando alguien al que queremos muere y ya no le vemos más, le echamos de menos y por eso lloro, pero estoy bien, llorar me hace sentir mejor, me acuerdo de ella.”

- La escuela y su equipo docente y psicopedagógico deben de ser informados para que tengan en cuenta la nueva circunstancia del menor.
- Si aún no ha sido iniciado en la religión, la muerte de un familiar no es el mejor momento para hacerlo, ya que podría confundirles. En esta línea también es importante evitar expresiones como “Dios quiso que mamá fuese con Él” o “Dios se ha llevado al abuelito, está en el cielo”, porque podría crearle miedos o el deseo de reunirse con el fallecido a través de conductas peligrosas.
- Si el niño o niña está iniciado en una religión y el papá o la mamá decide comunicárselo en base a las creencias religiosas, esta puede ser una manera: “el papá ha muerto y su cuerpo ya no piensa, ni siente, ni ve,... ha sido colocado en un ataúd y enterrada o incinerada como se hace en nuestra cultura para despedirnos de las personas, pero su cuerpo ya no siente nada..., nosotros pensamos que la persona tiene una parte especial, que no vemos ni se puede tocar, llamada alma o espíritu, y que esta parte va a un lugar llamado cielo al que nosotros no podemos ir, ni tocar, ni ver, y que es en nuestro recuerdo donde seguiremos estando con ella.”
- Hablar de que siempre vamos a recordarla, contar cosas sobre ella, tener objetos suyos o fotos de recuerdo, etc., ayuda a que los niños no confundan la muerte con el olvido o la desaparición total (como si la persona que ha muerto nunca hubiera existido).



02.4

Comunicación con personas con déficit específicos

Normas para establecer comunicación efectiva en personas con déficit específicos

Déficit visual

- Las deficiencias visuales obligan a las personas que las padecen a utilizar la información táctil, auditiva y propioceptiva para acceder al mundo.
- Utilizar un vocabulario rico y variado que permita describir los problemas y situaciones.
- No sustituir el lenguaje verbal por el gestual, ya que los gestos pueden no ser percibidos.
- Ante la imposibilidad de utilizar el lenguaje no verbal, deberemos verbalizar todos aquellos gestos con los que solemos expresar interés y atención.
- Usar un tono de voz normal, sin alzar la voz.
- Mirar al usuario mientras se habla para poder interpretar sus gestos.
- Identificarse a uno mismo antes de iniciar la comunicación para que la persona puede saber con quién se encuentra.
- Informar de la estructura y distribución de los espacios desconocidos.
- Usar términos orientativos como “delante de ti”, “a tu izquierda”,... en lugar de “allí” o “aquello”, ya que indican situaciones que no pueden ser visualizadas.
- En situaciones de peligro, utilizar expresiones informativas como, por ejemplo, “alto” en lugar de exclamaciones que puedan provocar alarma o inseguridad.
- Informar al usuario si abandonamos un entorno o de nuestro regreso.
- No evitar el uso de términos comunes en el lenguaje como “ver” o “mirar”, y utilizarlos con normalidad dentro de la conversación.

Déficit motor

- Las alteraciones en la movilidad suelen afectar en mayor o menor medida a las funciones fonadoras y respiratorias; esto conlleva un deterioro cuantitativo y cualitativo de las capacidades y posibilidades comunicativas.
- La persona con discapacidad motora puede mostrar unos ritmos diferentes en las interacciones comunicativas: necesitar más tiempo para expresar la información, pausar la conversación o tardar en responder, etc. Estos tiempos deben ser respetados y asumidos con naturalidad, evitando mostrar impaciencia; además, es importante no confundir estas limitaciones en la pronunciación o el habla con déficits intelectuales.
- Resulta conveniente conocer el medio comunicativo que utilizan las personas para expresarse y esforzarse por entender los mensajes que emite. Si la comprensión de los mensajes resulta imposible hay que hacerlo saber a la otra persona, transmitiéndole nuestras dudas.
- En caso de mantener una conversación con una persona en silla de ruedas, situarse frente a ella y a su altura facilita la interacción, sentándose si la situación lo permite.



Déficit auditivo

- La deficiencia auditiva redundante fundamentalmente en dificultades cognitivas y lingüísticas.
- La persona debe recurrir a la lectura labio-facial o al lenguaje de signos para acceder a la información proveniente del entorno.
- Hablar a la persona de frente, articulando correctamente y haciendo uso de los gestos, sin caer en la exageración.
- Evitar aspectos que dificulten la vocalización o la lectura labial, como hablar mascando chicle o con un cigarrillo en la boca; en un entorno carente de buena iluminación o una distancia inadecuada.
- Es conveniente hablar con naturalidad y tranquilidad. Evitar gritar y, en caso de no entendimiento, recurrir a la gestualización, a la repetición, al uso de sinónimos, a dibujos o al lenguaje escrito. En caso de no comprender el mensaje el interlocutor, lo más adecuado es pedir que lo repita.
- Dejar que el usuario termine su discurso ni interrumpirlo.
- Evitar hacer gestos que dificulten la visibilidad de nuestra boca.
- Comprobar que el usuario nos mira antes de empezar a hablar.
- Intentar utilizar el sistema de comunicación que la persona domine con mayor destreza.
- Verificar que el interlocutor ha comprendido.
- Utilizar un lenguaje sencillo, con oraciones concisas y bien estructuradas.
- No evitar el uso de términos comunes en el lenguaje como “oiga” y utilizarlos con normalidad dentro de la conversación.

Déficit intelectual

- El término déficits intelectual agrupa una gran diversidad de trastornos, pero en relación a la comunicación todos ellos dificultan en diferente grado la captación, procesamiento y comprensión de las informaciones que la persona recibe, lo que conlleva a una incorrecta adaptación social.
- Debe establecerse una comunicación directa, con un trato apropiado a la edad de la persona y utilizando un vocabulario directo y sencillo y un lenguaje claro, con una organización gramatical simple, evitando el uso de tecnicismos y verificando la interpretación del mensaje.
- Hacer uso de un lenguaje no verbal comprensible y que no dé lugar a diferentes interpretaciones por parte del usuario.
- Resulta eficaz el uso de adelantar información sobre las acciones que se van a realizar, ya que minimiza la ansiedad y facilita la colaboración.
- Evitar transmitir sensación de prisa; se debe dar tiempo a la persona para expresarse, para decidir entre alternativas y para tomar sus propias decisiones.
- Exponer el mensaje repetidamente, utilizando palabras diferentes para facilitar su entendimiento. Resulta útil apoyarse en material gráfico.
- Evitar interactuar en entornos en los que nuestro interlocutor puede distraer su atención a causa de ruidos ambientales.
- Mantener un correcto contacto visual.
- Centrarnos y transmitir la importancia del contenido del mensaje más que de la forma.
- Evitar evaluar al usuario, aunque sea positivamente, después de sus intervenciones.

02.5

Intervención con personas en crisis

Personas en estado de agresividad

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que causa o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

La Real Academia de la Lengua Española (1992) entiende por agresión: “ Al acto de acometer a alguno para matarlo, herirlo o hacerle daño, especialmente sin justificación”. Esta definición olvida la connotación que tiene la agresión desde un punto de vista interaccional, especialmente en situaciones de crisis donde la agresión tiene siempre un componente comunicativo que consiste en que alguien quiere decir algo, no siendo capaz (provisionalmente) de expresarlo de una forma adecuada. El sentimiento de esta imposibilidad de comunicar origina impotencia y en este estado de impotencia la agresividad no es más que un arma, un escudo. El círculo impotencia-agresión se repite (Teijeiro, 2004).

La persona alterada emocionalmente o violenta se encuentra en un estado de agitación dando lugar desde agresiones verbales (insultos, amenazas...) hasta suponer un riesgo grave para sí mismo/a (autoagresión) como para el resto de las personas que se encuentran alrededor en estas situaciones (heteroagresión). Por tanto, se necesita de una intervención inmediata, siendo los factores y condiciones que nos rodean poco favorables: presión del medio, estado emocional y psicológico de la persona afectada, temor y miedo en la población inmediata, presión en la toma de decisiones, etc.

Aunque la agresividad parece originarse solo de la experiencia personal, en realidad forma parte de una cadena más larga de acontecimientos. La mayoría de personas suelen culpabilizar al mundo exterior de su agresividad, sin embargo, la agresividad es provocada por la combinación del desencadenante de la agresividad y la interpretación que se hace del mismo, junto con las consecuencias reforzantes a corto plazo que ocasiona la manifestación externa de la agresividad.

Este modelo que explica de manera gráfica y gradual la aparición de un acto agresivo (Kassinove, H.; Tafrate, R., 2005), consta de cinco partes:

Desencadenantes

Son los estímulos externos o internos que sientan las bases de la reacción agresiva.

Valoraciones

De las situaciones experimentadas, están condicionadas por las creencias, formas de ser, estado emocional y sentimientos que nos genere el desencadenante

Experiencias

Se refieren en este modelo explicativo de la agresividad, al conocimiento interior de la agresividad por parte de la persona

Estilos de expresión

La experiencia subjetiva de la agresividad suele conducir a unos estilos de expresión verbal y motriz observables

Consecuencias

O los resultados constituyen un aspecto crucial en las respuestas agresivas



Recomendaciones en la intervención con personas violentas o alteradas emocionalmente

- Recoger la mayor información posible sobre el suceso
- Dar prioridad a nuestra seguridad personal
- Procurar no darle la espalda en ningún momento
- Es conveniente alejar a espectadores de todo tipo. Sobre todo, si la persona está muy nerviosa.
- El personal uniformado debe estar cerca, por si se necesita ayuda en la contención física si fuera necesario.
- Mantener la calma es primordial, o al menos aparentarlo.
- No se culpe por sentir miedo, en situaciones críticas todos/as nos sentimos asustados.
- Cuidar los mensajes no verbales
- Escucha activa y atenta, sin evitar el contacto visual y dejando que exprese su irritación antes de responder.
- Intentar desarrollar una relación de empatía con la persona.



¿Qué hacer en estas situaciones?



- Escucha activa y utilizar los silencios.
- Proporcionar mensajes de aceptación y comprensión.
- No interrumpir el discurso de la persona.
- No juzgar ni avergonzar a la persona por su comportamiento.
- Dar tiempo para que la tensión disminuya.
- No romper la comunicación ni el respeto.
- Remitirlo a otras instancias.

¿Qué no hacer en estas situaciones?



- Provocar a la persona que se encuentra en un estado de agitación.
- Utilizar un tono excesivamente autoritario.
- Rechazar la irritación.
- Perder la calma.
- Utilizar expresiones que puedan alterarla.

Personas con comportamientos suicidas

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como acto suicida “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y cualquiera que sea el nivel de conocimiento del verdadero móvil”. (OMS, 1969). En relación con este comportamiento diferenciamos entre:

Suicidio frustrado

Acción de suicidio que no ha conseguido su fin, teniendo el paciente auténtica intención de llegar a él.

Suicidio consumado

Es el intento que ha tenido éxito bien como expresión de los auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento suicida.

Conductas suicidas

Son las encaminadas a conseguir ese fin, consciente o inconscientemente, o el aniquilamiento de una de sus partes.

Simulación suicida

Es la acción de suicidio que no llega a su fin, por no existir auténtica intención de llegar a él.

Riesgo de suicidio

Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.

Se podría deducir que el denominar común en el suicidio sería el sufrimiento por la inadaptación al entorno y la incapacidad para ver otra salida. Tras verse superado en sus recursos y capacidad de afrontamiento, el sujeto decide acabar con su vida.

Las personas que intentan suicidarse, suelen tener miedo de sus propias ideas, acciones y reacciones, agudizándose este miedo en el momento de cometer la conducta suicida. El sujeto cuando se encuentra inmerso en un acto suicida, se halla atrapado en una situación desesperada y crítica, por lo que puede ser muy volátil y responder de manera agresiva, impulsiva y violenta hacia cualquier persona que intente dispensarle ayuda.

Por ello, debemos intervenir ante este tipo de situaciones con ciertas precauciones, procediendo de forma cautelosa y bien planificada, para eso debemos de conocer bien antes de actuar, de toda la información que se tenga sobre la persona en crisis.



Intervención en conductas suicidas

El objetivo en la intervención de un acto suicida, es valorar la posibilidad de que el sujeto lleve a cabo tal conducta e intervenir con las estrategias necesarias para disuadirlo.

Cuando una persona intenta ayudar a otra que quiere suicidarse, debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

¿Qué quieren las personas al borde del suicidio?

- Que se las escuche.
- Alguien en quien confiar.
- Alguien que se preocupe por ellas y las entienda.



¿Qué no quieren las personas al borde del suicidio?

- Quedarse solos.
- Ser rechazados por sus ideas.
- Recibir consejos y sermones.
- Ser interrogados.
- Que se les juzgue.



Es muy importante tener en cuenta que la persona que actúe debe de estar preparada y entrenada en este tipo de intervenciones. Si uno/a no se considera capaz de actuar es mejor que no intervenga.

Como norma general al abordar estas situaciones debemos tener en cuenta:

Que todo intento de suicidio conlleva un riesgo de muerte, y que incluso ante situaciones que sospechemos que existe manipulación, no debemos descartar un fatal desenlace, ya que algunas personas al no ver atendidas sus necesidades, pueden ir asimilando que el suicidio es una salida, para acabar con el estado de incomprensión y soledad que experimentan por parte de su entorno inmediato. Por ello, jamás debemos trivializar una amenaza de suicidio, debiendo profundizar y tomar en consideración toda aquella información que el sujeto nos transmita, con el fin de poder ayudarle a resolver su actual situación de crisis emocional.

Pautas de intervención en un comportamiento suicida:

- Intentar establecer una comunicación de confianza con la persona.
- Tener paciencia, serenidad y reflexionar.
- Hablar de forma pausada y con tono tranquilizador.
- Utilizar la escucha activa.
- Posibilitar y promover sus verbalizaciones sobre qué le pasa
- Mantener una visión global del problema.
- Aceptar los propios límites y posibilidades de uno/a mismo/a y del sujeto suicida.
- Evitar dar garantías ni prometer nada que no podamos cumplir.
- No ponerse muy cerca de él
- Si va armado/a, mantener distancia de seguridad.
- Nunca se debe desafiar.
- Intentar averiguar qué personas o cosas son significativas para la persona.
- Infundir seguridad y control
- Dejar que la persona descargue sus sentimientos e irritación, normalizándolos.
- Idear múltiples opciones, ofrecer salidas, buscar soluciones entre ambos/as y no criticarlas ni juzgarlas.



03

Medidas de autoprotección del interviniente

Como punto de partida es importante tener en cuenta que toda reacción intensa por parte de cualquier persona ante una situación de emergencia o desastre es una reacción normal ante una situación anormal.

Es decir, que, desde las reacciones más comunes como la ira, rabia, enojo o llanto, hasta las más excepcionales, como pérdida de memoria, estupor o pánico severo, serán consideradas como reacciones normales ante un evento totalmente anormal, que se ha presentado sin aviso y que supone una irrupción brusca de energía a todos los niveles.

Dentro de los aspectos psicológicos de los intervinientes en situaciones de emergencia se suelen encontrar los siguientes aspectos comunes:

A

El alto grado de estrés que soportan estos profesionales.

B

El enfrentarse a situaciones que desencadenan respuestas emocionales que pueden interferir en su funcionamiento diario.

Afrontamiento del estrés del interviniente

Existe un programa de entrenamiento llamado Inoculación del Estrés. Este programa es muy útil para preparar a los profesionales a trabajar con niveles altos de estrés y activación, consta de tres pasos:

1

Formativa. Se explica la forma en que se forman las emociones, incidiendo en la sintomatología, a fin de que se aprenda a discriminar lo que se siente.

2

Se enseñan estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes y de mucha activación, lo más común es enseñar algún método de relajación.

3

Práctica. Se simulan situaciones en las que realizar las tareas propias de la profesión bajo niveles de presión. De aquí la importancia de realizar buenos simulacros en emergencias, tanto durante el periodo de formación, como durante la carrera profesional.



Otra herramienta que se ha mostrado muy eficaz de cara a la prevención del estrés es el Mindfulness. La investigación científica ha demostrado que la práctica del Mindfulness aporta grandes beneficios tanto orgánicos como mentales, ha mostrado su eficacia ante distintos problemas de conducta y guarda una estrecha relación con el desarrollo de la capacidad de resiliencia y la respuesta ante situaciones estresantes.

La exposición prolongada a diferentes situaciones de estrés por parte del interviniente puede dar lugar al burnout o síndrome del quemado, que consiste en un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado. Aparece de forma gradual y progresiva y se caracteriza por: Agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización, falta de realización, fatiga, cansancio, insomnio, irritabilidad, estar a la defensiva, dificultad de concentración, absentismo, dificultad de comunicación y dificultad en las relaciones sociales.

Como resultado del impacto repetido ocasionado por el trabajo del interviniente y su implicación emocional con las experiencias traumáticas de las víctimas puede dar lugar a una traumatización vicaria o fatiga de compasión, que aparece de forma inesperada siendo sus efectos acumulativos y permanentes, influyendo en la vida personal, social y laboral.

Algunas personas pueden experimentar diferente sintomatología tanto en el momento de la intervención, interfiriendo en su cometido y en su seguridad, como tiempo después de haber estado expuestos a un suceso traumático.

Algunas de las reacciones más comunes ante un suceso traumático son:

Físicas

Dolor en el pecho, dificultad para respirar, shock, fatiga, náuseas/vómitos, mareo, sudoración excesiva, aceleración del ritmo cardíaco, dolor de cabeza, alteraciones visuales, espasmos de la mandíbula, dolores difusos, etc.

Cognitivos

Confusión, pesadillas, desorientación, aumento o disminución del estado de alerta, problemas de concentración, trastornos de la memoria, dificultad para resolver problemas, dificultad para identificar personas u objetos conocidos, etc.

Emocionales

Ansiedad, culpa, aflicción, negación, pánico, miedo, irritabilidad, pérdida del control emocional, depresión, sentimiento de fracaso, sentirse abrumado, culpar a los demás o a sí mismo, etc.

De conducta

Ira intensa, aislamiento, estallidos emocionales, pérdida o aumento temporal del apetito, consumo excesivo de alcohol, incapacidad de descansar, intranquilidad, cambios en la conducta sexual, etc.



Aspectos a tener en cuenta en la intervención: medidas de autoprotección y apoyo

Prestar atención a sí mismo le ayudará a mantener su concentración en los peligros existentes y a permanecer alerta para velar por su propia seguridad. Con frecuencia los intervinientes no son conscientes de la necesidad de cuidarse y de preservar su bienestar emocional y físico. Por lo que sería importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Descanse con frecuencia. Las operaciones de rescate y recuperación se caracterizan por condiciones de trabajo extremadamente peligrosas. El cansancio mental causado por el trabajo prolongado expone al personal interviniente a un riesgo mayor de sufrir lesiones.
- Cuide a sus compañeros. Ellos pueden estar concentrados en una tarea en particular y no percibir un peligro cercano o uno fuera de su campo visual.
- Preste atención a los que le rodean. El personal agotado, en situación de estrés e incluso distraído puede exponerse a sí mismo o a otros a un riesgo añadido.
- Trate de mantener un horario lo más normal posible: es fundamental comer y dormir con regularidad. Respete el horario de trabajo y la rotación.
- Asegúrese de ingerir suficientes líquidos en abundancia y trate de variar su alimentación.
- Reconozca y acepte las cosas que no puede cambiar, como jerarquía de mando, estructura organizacional, espera, averías del equipo, etc.
- Si le ofrecen apoyo psicológico, procure utilizarlo.
- Pase tiempo con otros o a solas haciendo cosas placenteras.
- Esté consciente de que puede sentir mucho miedo por los suyos. Esto es normal y desaparecerá con el tiempo.
- Recuerde que “volver a la normalidad” lleva tiempo. Reanude su rutina gradualmente.
- Aprecie su sentido del humor como estrategia para afrontar la tensión.
- Apoyarse en su familia es un recurso para afrontar este tipo de situaciones, lo que requerirá paciencia, comprensión y comunicación.
- Evite el consumo excesivo de medicamentos y alcohol.

Técnicas de ayuda psicológica a intervinientes

Los profesionales de la psicología de emergencias, además de para atender a las víctimas, cada vez son más solicitados para apoyar también a los intervinientes. Con el fin de evitar la situación, en la que la carga psicológica afecta a nuestro organismo, podemos utilizar los recursos de apoyo que ofrecen y que paso a describir.

Defusing

Puesta en común de personas que trabajan juntas expuestas a un suceso traumático en el momento de la intervención y hasta las 24 horas de su finalización.

Se trata de un encuentro distendido del grupo de trabajo tras la jornada en el que se alienta a los participantes a expresar la situación vivida, así como a hablar sobre los sentimientos experimentados. Se les informa sobre los síntomas que pueden estar experimentando o pueden llegar a sufrir en los próximos días, indicándoles cómo actuar sobre ellos. Se pretende con ello “desactivar”, emociones y sentimientos provocados por el trabajo realizado. Es un canal de comunicación entre los participantes en el que no hay lugar para la crítica destructiva hacia los sentimientos de los demás.



Debriefing

Varios días después de la intervención se realiza una reunión en grupos de 8-12 personas, coordinada por 2 psicólogos que no hayan participado en la emergencia, donde se recapitula sobre los hechos.

El debriefing está basado en principios de intervención en crisis y educacionales, no es una psicoterapia. La participación es voluntaria y se asegura la confidencialidad de todo lo expuesto. El objetivo principal es aliviar y disminuir el estrés sufrido tras un incidente crítico, favoreciendo estrategias de afrontamiento, acelerando la recuperación. No se plantean temas técnicos ni jurídicos de la emergencia. Tras una introducción, en la que se explican las reglas y objetivos del encuentro se pasa a que cada miembro identifique y explique lo que ocurrió, describa lo que percibió y los pensamientos que tuvo y comente las distintas reacciones y la sintomatología presentada.

Esta técnica debe seguir la siguiente estructura:

Introducción y presentación.- Normas

Descripción de los hechos.- Desde antes que empieza hasta después que se termina. Pensamientos, emociones y sentimientos.- Identificación de lo experimentado.

Reformulación y reestructuración.- Por el profesional

Recuperación y seguimiento.- Hablar de futuro.

Buddy-System

Es una estrategia de prevención que procede del campo de la prevención de riesgos laborales, su traducción viene a ser algo así como “Sistema de Compañeros”.

Consiste en realizar el trabajo en parejas para prestarse apoyo laboral y psicológico mutuo. Sus principales ventajas son:

- Aumenta la confianza.
- Disminuye el estrés provocado por la propia actividad.
- Mejoran las relaciones personales entre compañeros.
- Aumenta el cumplimiento de los protocolos y normas de trabajo.
- Disminuye el riesgo de accidente.
- Disminuye el tiempo dedicado a cada tarea.
- Como consecuencia de lo anterior, aumenta la productividad.
- Disminuye los actos inseguros cometidos por los trabajadores.
- Aumenta el cumplimiento de las medidas preventivas.
- Disminuye el tiempo de actuación ante situaciones de emergencia.



04

Bibliografía

- Abengozar, M^a. C. Como vivir la muerte y el duelo. Una perspectiva Clínico-Evolutiva de Afrontamiento. Universidad de Valencia, 1994.
- Acevedo, G. y Martínez, G. (2007). Manual de Salud Pública. Editorial Encuentro. Córdoba, Argentina.
- Addendum to Finding Funding: A Guide to Federal Sources for Child Traumatic Stress and Other Trauma- Focused Initiatives (2006) National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) U.S. Department of Health and Human Services. www.NCTSN.org
- Arranz A, Barbero J., Barreto, Bayés R., Intervención emocional en cuidados paliativos. Barcelona: Ariel, 2005.
- Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, Vernberg E, Watson P (National Child Traumatic Stress Network y National Center for PTSD), Primeros Auxilios Psicológicos: Guía de Operaciones Prácticas, 2da edición. Julio 2006.
- Buckman, R. 1984. Comunicar malas noticias: ¿por qué es tan difícil? Editorial: BR Med J.
- Buckman R. How to break bad news, 1992.
- Buckman, R. Communications and emotins. Skills and effort are key. BMJ. 2002; 325-672.
- Cid Egea, L. (2011). Explícame qué ha pasado. Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños. Fundación Mario Losantos del Campo <http://www.fundacionmlc.org/>
- Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC.
- Curso Primeros Auxilios Psicológicos (2015), 1^a Edición: Universidad Autónoma de Barcelona.

- Cruz Roja Española (2010) Equipo de Respuesta Inmediata en Emergencias (ERIE) de Intervención Psico-social. Manual del Interviniente. Madrid. Cruz Roja Española. http://diversidad.murciaeduca.es/orientamur2/gestion/documentos/5equipo_de_respuesta_inmediata.pdf
- Decreto nº 99/2016 de 21 de septiembre, por el que se regula la concesión directa de una subvención al Colegio Oficial de Psicología de la Región de Murcia para financiar gastos derivados de actuaciones formativas y de elaboración de un manual de activación e intervención profesional psicológica en desastres y situaciones de emergencia.
- De la Herrán Gascón, A. y Cortina Selva, M. La muerte y su didáctica. Madrid: Universitas, 2006.
- De Nicolas, L., Artetxe, A., & Lopez, S. (2000). Intervención psicológica en situaciones de emergencia y desastres. Victoria: Ed. Gobierno Vasco.
- Díaz Seoane P., Hablemos de duelo, Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes. Fundación Mario Losantos del Campo, 2016.
- Dirección General de Protección Civil y Emergencias (2005). Guía Didáctica de Intervención Psicológica en Catastrofes.
- Dirección General de Protección Civil. “El arte de dar malas noticias”. Formación de Formadores en intervención psicológica en catástrofes. Centro Regional de Formación Cruz Roja Española. Comunidad de Madrid.
- “El arte de dar malas noticias”. Formación de Formadores en intervención psicológica en catástrofes. Dirección General de Protección Civil.
- El Proyecto Esfera (2011). Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria Ginebra: El Proyecto Esfera.



- Eusko Jaurlaritza. Intervención Psicológica en situaciones de emergencias y desastres. Gobierno Vasco. (2000).
- Federación Mundial para la Salud Mental (World Federation for Mental Health: WFMH) de la región europea ha dado a conocer el informe Psychological and mental health first aid for all (Primeros auxilios psicológicos y de salud mental para todos):
- Fernández, J. M. (2004). Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Madrid: Pirámide.
- Fernández, A., y Rodríguez, B. (2007) Intervención en crisis. Madrid: Síntesis. Fernández, J. M. (2013). Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes. Madrid: Pirámide
- Galián Muños, I., Bernal Torres, J., Díaz Sánchez, C., De Concepción Salesa, A. y Martínez Serrano, J. (2011). Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad.
- García Redón, J., Gil Beltrán, J., y Valero, V. (2007). Profesionales de la psicología ante el desastre. Editorial Universitat Jaume I.
- García Renedo, M (2003). La intervención del psicólogo: papel del psicólogo. Tesis de licenciatura. Universidad Jaime I.
- Guía Técnica. Planificación e Intervención Psicosocial en emergencias y catástrofes. Dirección General de Protección Civil y Emergencias. 2012
- Greenstone J.L.,S.C. Leviton (1993) Elements of Crisis Intervention, pp. 39-43
- Greenstone J.L.,S.C. Leviton (2002) Elements of Crisis Intervention: Crises and How to Respond to Them. Wadsworth Publishing
- “Intervención Psicológica en situaciones de emergencias y desastres”. Eusko Jaurlaritza. Gobierno Vasco. (2000).
- Kennedy V. L., Lloyd-Williams M. How children cope when a parent has advanced cancer. Psychooncology 2009; 18:886–92. Doi: 10.1002/pon.1455.

- Kroen W.C. (2011). *Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido*. Ediciones Oniro
- Kubler-Ross, E. *Los niños y la muerte*. Barcelona: Luciérnaga, 2005.
- Ladron de Guevara, M.A. (2018) *Técnicas de comunicación con personas dependientes en instituciones*. Ed. Tutor Formación
- Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil.
- Losada Fernández, P. “Función y Perfil Profesional del Psicólogo como Recurso Humano en Catástrofes”. Ponencia Presenta en el Congreso “Conferencia Internacional de Psicología de la Salud PSICOSALUD”. La Habana, Cuba. 15al 19 de noviembre (2004).
- Martínez Pérez, V (2016) *Conducta suicida. protocolo de intervención* International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología, N°1-Vol.2, 2016. ISSN: 0214-9877. pp:233-250. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.298>
- Navarro-Gomez, N (2017) *El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles*. Revista Clínica y Salud Volumen 28, Marzo 2017, Páginas 25-31 España
- *Oficina para la Integración de Personas con discapacidad*. 2005. Pautas básicas para facilitar la prueba de acceso a Estudios Universitarios de las personas con discapacidad en la Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS: Ginebra.
- Pacheco-Tabuena, T. (Ed.) (2012) *Atención psicosocial en emergencias*. Madrid: Síntesis.
- Parada Torres, E. (2008). *Primeros auxilios psicológicos en accidentes con múltiples víctimas y desastres*. En E. Parada Torres (Ed.), *Psicología y Emergencia* (pp.545-571). Bilbao: Desclèe de Brouwer



- Payas A., Las tareas del duelo, Barcelona: Paidós Ibérica, 2010.
- Ramos, R., García, A., y Parada, E. (Eds.). (2006). Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes. Melilla: UNED-Melilla.
- Real Decreto 407/1992, de 24 de abril, por el que se aprueba la Norma Básica de Protección Civil.
- Robles, J.I., y Medina, J.L. (2008) Intervención psicológica en catástrofes. Madrid: Síntesis
- Rodríguez Garcia, A. (2014). Primeros auxilios psicológicos: reacciones emocionales en situaciones de crisis. Ponencias I Jornada de Intervención Psicológica en Emergencia del Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. 22 de mayo de 2014
- Servicio de Apoyo al Alumnado con Discapacidad. 2007. Guía de Orientación al personal de administración y servicios de la Universidad de Málaga. <http://www.uma.es/publicadores/servcomunidad/wwwuma/1220.pdf>
- Taylor, A.J.W. y Frazer, A.G. (1981). Psychological sequelae of operation overdue following the dc-10 air crash in Antarctica. Victoria University, Wellington, New Zealand: Victoria University of Wellington Publications in Psychology, 27.
- Vera Navascués, I ; Puertas López, E (2017). El psicólogo en la intervención inmediata en emergencias y catástrofes. Revista Digital, Reducción del Riesgo de Desastres. Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Nº 7· Mayo-agosto 2017.
- Vicente, A. de y Villamarín, S. (2016). Primeros auxilios psicológicos y primeros auxilios de salud mental para todos. Infocop, nº 75, 16.
- WAA (2010) Apoyo Psicosocial, Atención Relacional y Comunicativa en Instituciones. Técnicas de Comunicación con personas Dependientes en Instituto de Formación y Estudios Sociales (IFES). Dirección Territorial de Andalucía. 2010.

- VVAA (2012) Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- VVAA (2012) Guía para Familiares. y Afectados por Crisis o Desastres.
- Oficina de Cooperació al Desenvolupament i Solidaritat (OCDS) Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastre (OPSIDE) <https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2016/01/guiafamiliarescrisis.pdf>
- VVAA. (2005) Intervención Psicológica ante Situaciones de Emergencias y Desastres. Patronato Provincial de Servicios Sociales de la Diputación de Córdoba.
- Watzlaxick, P., Bavelas , J.B. and JAckoson, D. D. (1993). Teoría de la comunicación humana.







Manual de Emergencias Psicológicas

Grupo de Intervención
Psicológica en Emergencias
y Catástrofes (GIPEC)

Colegio Oficial de Psicología
de la Región de Murcia

