

EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES:

CARACTERÍSTICAS DE LAS INTERVENCIONES DE PRIMERA RESPUESTA: “Primeros Auxilios Psicológicos/ Emocionales”

Lic. María Cecilia Bodon¹ y Lic María Alejandra Ríos²

Introducción:

Las situaciones de emergencias y catástrofes acompañan desde siempre a la historia de la humanidad. Las consecuencias sobre la salud física de las personas implicadas en dichos eventos son ampliamente conocidas y sobre ellas se destinan importantes recursos (humanos y económicos); sin embargo, los efectos sobre la salud mental de las poblaciones afectadas han sido menos atendidos.

La **Psicología de la Emergencia** surge como una manera de responder a esa situación y se define como **el estudio del comportamiento humano antes, durante y después de las situaciones de emergencia**; o sea, ante situaciones que ocurren inesperadamente. (Valero S. 2001)

Es necesario aclarar que un evento no es por sí mismo traumático, que lo sea dependerá de condiciones subjetivas y personales del afectado. Por ende, se puede afirmar que algunas situaciones son “traumatogénicas” (potencialmente traumáticas); es decir, que por sus características pueden provocar efectos adversos permanentes en la salud psicofísica de las personas.

Karl Slaikeu define a las crisis como un *“estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”* (Slaikeu K., 1988, pp16).

Un incidente será crítico cuando desborde la capacidad de afrontamiento de la persona debido a la interrupción “temporaria” de sus recursos adaptativos, provocando una serie de **reacciones físicas** (cansancio, taquicardia, sudoración, etc.), **cognitivas** (confusión, falta de concentración, rumiación, etc.), **emocionales** (tristeza, culpa, irritabilidad, etc.) y de **comportamiento** (aislamiento, hiperactividad, alteraciones del sueño etc.).

¹ Lic. en Psicología UBA- Jefa de Trabajos Prácticos (Interina) Materia Clínica Psicológica y Psicoterapias, Emergencias e Interconsulta 1. Email: mcbodon@gmail.com

² Lic. en Psicología UBA- Ayudante de Trabajos Prácticos (Regular) Materia Clínica Psicológica y Psicoterapias, Emergencias e Interconsulta 1. Email: malerios11@gmail.com

A esas reacciones iniciales se las considera “normales”, lo que se presenta como “anormal” es el evento vivido. Es por ello que en las intervenciones que se realizan en las primeras etapas de las crisis **no se habla de “pacientes” sino de “afectados”**, distinción fundamental al momento de llevar adelante una intervención de ayuda.

El vocablo “crisis” se refiere a las respuestas de un organismo que se vio sobrepasado, en cambio cuando se hace referencia al **tipo de suceso que lo provoca** se utilizan los conceptos de urgencia, emergencia, desastre y catástrofe.

Estas palabras suelen emplearse en sentido indistinto, sin embargo es importante entender que a pesar de tener ciertos aspectos en común (amenaza, riesgo, imprevisibilidad), sus diferencias radican en relación al número de personas involucradas y la disponibilidad de recursos sociales existentes para acudir en su ayuda.

- **Urgencia o accidente:** es un suceso que afecta a una o a pocas personas, sin impacto a nivel de la comunidad y en el que los recursos existentes de asistencia son suficientes para su atención adecuada. (Ej. Un accidente de auto con pocos individuos involucrados).
- **Emergencia:** es una situación en la que el número de afectados es mayor, tiene impacto social pero en la que los recursos locales de asistencia alcanzan para cubrir las necesidades de atención adecuadamente. (Ej. Un choque de dos ómnibus de pasajeros).
- **Desastre:** es un evento causado por sucesos naturales o creados por el hombre, que provoca alteraciones intensas, involucra a gran parte de la población y en el que se agotan las estructuras de asistencia, con el consiguiente costo económico y alarma general. Incluye múltiples emergencias. (Ej. La inundación de una región).
- **Catástrofe:** es una situación que afecta a la colectividad de forma global, incluidos sus sistemas de respuestas (desastre masivo); por eso al menos en los primeros momentos no se podrá contar con ayuda institucional. Se requerirá de ayuda externa para la asistencia (Ej. Tsunami Indonesia 2004).

Los desastres y las catástrofes, a diferencia de las urgencias y emergencias, constituyen las situaciones que ocasionan mayor nivel de estrés colectivo al implicar a una gran cantidad de personas afectadas, así como el desborde de las infraestructuras destinadas a la asistencia.

En el marco de la **Psicología de la Emergencia**, según el momento en el que se intervenga y el tipo de ayuda ofrecida, se distinguen: **Intervenciones de Primer y Segundo Orden.**

Las **Intervenciones de primer orden** son aquellas que se brindan inmediatamente después de acontecido el evento traumatogénico (dentro de las primeras 72hs), situación que en algunas personas puede derivar en trauma. **Se apuntará a la recuperación del nivel de funcionamiento**

que se tenía antes de la crisis, restableciendo el equilibrio emocional y facilitando la activación de recursos de afrontamiento.

Estas intervenciones de primer orden pueden ser impartidas por personas que no necesariamente son profesionales de la salud pero que sí, indispensablemente se han entrenado y formado en la temática.

Las **intervenciones de segundo orden** son llevadas a cabo por profesionales de la salud mental y se implementan cuando las intervenciones de primer orden no han alcanzado a resolver o paliar los efectos del suceso. Estas consisten en procesos psicoterapéuticos que suelen durar varias semanas o meses y que tienen como objetivo lograr la translaboración del suceso traumático (Slaikau, K., 1988).

En el presente artículo nos centraremos en desarrollar las intervenciones de primera respuesta también llamadas **Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) o Primeros Auxilios Emocionales (PAE)**, destacando y aclarando que esta información no suple el indispensable entrenamiento y formación para llevar adelante responsablemente esas tareas.

Intervenciones de Primera Respuesta: Primeros Auxilios Psicológicos o Emocionales (PAP/PAE)

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) o Emocionales (PAE) son intervenciones de ayuda y soporte emocionales que se implementan durante los primeros momentos de acaecida una situación crítica (primeras 72 hs.) con las personas que acaban de sufrir el impacto de una noticia, un accidente, que han sido víctimas de un atentado o vivido una catástrofe.

Constituyen la primera atención que recibirán los afectados, por eso se las enmarca dentro de las intervenciones de primera respuesta, indicadas para aplicar en las primeras fases de una situación de crisis.

No necesariamente son llevadas a cabo por psiquiatras o psicólogos, pero es fundamental que las personas que las implementen posean un entrenamiento adecuado que les permitirá saber qué hacer y qué no hacer en situaciones de este tipo.

El objetivo primordial de dichas intervenciones será proteger a las personas de sufrir daños mayores evitando la re victimización, reduciendo las complicaciones, buscando la recuperación, promoviendo el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento para lidiar con lo sucedido. (Slaikau, C 1988, Brymer M et Al, 2006).

Debido al estado de vulnerabilidad en el que se encuentran los afectados, es fundamental como marco general de la intervención, no prometer en la intervención aquello con lo que no se va a poder cumplir.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002), Organización Mundial de la Salud (OMS 2012), Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2014) los objetivos de las intervenciones de primera respuesta son:

- *Detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento.*
- *Estabilizar al individuo y protegerlo de estrés adicional, reduciendo los sentimientos de anormalidad o enfermedad.*
- *Evitar complicaciones adicionales.*
- *Restaurar las funciones psíquicas y readaptar a la persona a las nuevas condiciones tan rápido como sea posible.*
- *Prevenir y mitigar el impacto del estrés pos traumático.³*
- *Facilitar u orientar la asistencia profesional a mediano o largo plazo si fuera necesario.*

Karl Slaikeu los acota a tres objetivos fundamentales: brindar apoyo, reducir la mortalidad y relacionar a la persona en crisis con otros recursos de ayuda (Slaikeu, 1988, pp 114).

La **gestión de una crisis** incluye 3 momentos claves: **Antes, Durante y Después.**

El primer momento, “**Antes**” (previo a las situaciones a intervenir), se refiere a todas las actividades de preparación, capacitación y entrenamiento (físico y emocional) de los profesionales que asistirán en el evento. Los integrantes de los equipos deberán conocerse y mantener contacto permanente con el fin de facilitar la distribución de tareas llegado el momento de la intervención.

El segundo momento, “**Durante**”, consiste en la aplicación de los PAP/PAE propiamente dichos. Incluye todas las intervenciones focalizadas que apuntan a disminuir y paliar el impacto que la crisis conlleva: contener emocionalmente, informar y orientar, organizar y realizar un diagnóstico situacional (evaluación de riesgo).

El tercer momento, “**Después**”, (finalizada la intervención) estriba en la implementación de las técnicas de cuidados y prevención de los afectados y del autocuidado del equipo de asistencia especializado. Incluye todos los procedimientos que apunten a la reinserción de los individuos a sus tareas habituales y el seguimiento de casos específicos de riesgo que se hubieran detectado en la etapa anterior.

³ En el **Anexo A** del presente artículo se incluyen las descripciones de los indicadores según el DSM5 para la identificación y diferenciación del Trastorno de Estrés Agudo y Trastorno de Estrés Post Traumático.

Para lograr la mayor efectividad posible existen pautas protocolarizadas que detallan secuencias de cada actuación, aplicación de técnicas específicas para el abordaje de los afectados, así como de descarga emocional destinadas a todos los intervinientes en el suceso.

Los protocolos son procedimientos consensuados que ante las situaciones de urgencia simplifican el accionar, facilitando la intervención, la toma de decisiones y protegen al equipo, no sólo en lo referido a los aspectos físicos y emocionales sino también las cuestiones legales. El marco legal deberá estar contemplado en cada actuación, ya que en ciertas ocasiones una buena intención podría contraponerse con lo legalmente estipulado (Por ej. en lo referido a los procedimientos efectuados con menores de edad).

En síntesis, siempre hay que considerar que “Una intervención improvisada puede provocar tanto o más daño que la problemática en sí misma” (Ministerio Salud de la Nación Argentina, 2015).

Características específicas de PAP/PAE:

Para poder comprender adecuadamente la aplicación de los primeros auxilios psicológicos/emocionales y su efectividad, es preciso entender al ser humano como una entidad BIO- PSICO-SOCIAL.

George Engel propone el modelo “biopsicosocial” para la comprensión de los procesos salud-enfermedad, en contraposición al modelo médico tradicional (división mente-cuerpo); estableciendo la coexistencia de factores biológicos, psíquicos y sociales siempre implicados y entrelazados en el desarrollo de dichos procesos (Engel G.,1977).

A partir de ese momento se comienza a pensar al hombre como una totalidad, una unidad biopsicosocial. Esto permite comprender como, en condiciones normales ,el ser humano responde a los diversos estímulos integrando cognición y emoción; es decir que cuenta con la posibilidad de responder afectivamente y a la vez comprender, razonar y coordinar la acción de manera integrada.

El Sistema Límbico (formado por una serie de estructuras complejas ubicadas alrededor del tálamo y debajo de la corteza cerebral) está involucrado en el control de la emoción, las motivaciones, la conducta, la iniciativa, el mantenimiento o supervivencia del individuo o de la especie, la memoria y el aprendizaje (Saavedra J., Díaz W.,. Zúñiga L., Navia C., Zamora T.,2015).

En situaciones de estrés agudo, la amígdala (parte del Sistema Límbico que se encarga de procesar y almacenar las emociones) se sobreactiva y la nueva información sensorial “excesiva” no puede acceder a los circuitos de memoria y asociación; por ende se produce una disociación temporal (bloqueo de la respuesta racional) por la que pasa a primar la esfera emocional sobre el

área de la cognición. Como consecuencia de ello el afectado pierde la posibilidad de discernir con claridad mensajes, retener información y operar asertivamente. Estudios de neuroimagen permiten confirmar funcionalmente este proceso observándose la sobreactivación en el área del Sistema Límbico y el déficit de actividad en área prefrontal del cerebro (Saavedra J., Díaz W., Zúñiga L., Navia C., Zamora T.,2015).

En consecuencia, **las intervenciones en PAP/PAE deberán considerar esta limitación temporal presente en los afectados**, ya que debido a ella, **no se encontrarán en condiciones adecuadas como para poder discernir, comprender los mensajes y actuar operativamente**. Se deberán tomar las medidas de cuidado pertinentes que puedan suplir y comprender esa limitación.

Como contrapartida, en el equipo de trabajo y en pos de una intervención eficaz, deberá producirse una “disociación técnica”, también temporal, que permita en el accionar la primacía de la razón por sobre la emoción.

La preparación profesional y el entrenamiento permiten, por efecto de la repetición sistemática, **un aprendizaje de respuestas adaptativas** en el Sistema Límbico que garantizan una mayor posibilidad de activación ante las situaciones de crisis inhibiendo las respuestas límbicas emocionales y dando prioridad a respuestas que permitan el manejo exitoso de la tarea (Cea Ugarte, J.I, 2015).

Este recurso evitará que se produzcan en el equipo situaciones reñidas con los objetivos de las intervenciones y que podrían ser difíciles de manejar tales como: discutir acaloradamente, intentar hacer entrar en razón forzosamente, cortar reacciones emocionales de descarga de los afectados o mentir sobre lo sucedido.

El riesgo de quiebre de esta disociación instrumental se encuentra presente en todo momento del accionar para todos los integrantes, poniendo en riesgo la actuación del grupo de trabajo, con la consiguiente posibilidad del incrementar el número de víctimas. El autoconocimiento, la integración y comunicación efectiva entre los miembros del equipo son aspectos esenciales para evitar que ello suceda.

Para el logro de los objetivos básicos de la provisión de los primeros auxilios emocionales se procederá al:

- Establecimiento de contacto y presentación (de manera empática y no intrusiva).
- Brindar alivio, protección y contención (cubriendo las necesidades básicas y proveyendo alivio físico y emocional).
- Recogida de información (identificando las necesidades inmediatas y preocupaciones).
- Brindar asistencia práctica (para paliar las necesidades).

- Establecer conexión con las redes de apoyo (primaria y red comunitaria).
- Provisión de pautas de afrontamiento.
- Conexión con servicios externos (Si se evalúa la necesidad se debe dejar establecido el enlace con las redes de ayuda disponibles a mediano y largo plazo).

Cada uno de los principios enunciados requiere de la implementación de estrategias (Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, Vernberg E, Watson -National Child Traumatic Stress Network y National Center for PTSD, 2006):

Para promover seguridad física y emocional se ofrecerá, dentro de lo posible, la posibilidad de permanecer en un lugar apartado del escenario. Se implementarán técnicas tendientes a estabilizar a las personas en shock, se brindará la información con la que se cuenta sin hacer falsas promesas ni restar importancia a lo ocurrido como también se atenderán las necesidades básicas en cuanto comida, bebida, ayuda médica, provisión de información, etc.

Para promover la calma se procurará cuidar el confort físico y emocional de las personas afectadas. Se realizarán todas las comunicaciones que fueran necesarias en forma pausada, usando palabras adecuadas (lenguaje cognitivo) , dando la información de manera clara y sencilla reiterándolas tantas veces como sea necesario. Se escuchará a las personas que deseen hablar sin forzarlas a hacerlo.

Para ayudar a las personas a establecer conexión con su red de apoyo se harán los esfuerzos necesarios para reunir a los integrantes de las familias, mantener a los niños, siempre que sea posible, junto a sus padres, respetar las normas culturales, ofrecer ayuda religiosa (teniendo en cuenta todas las religiones implicadas) y ayudar a contactar con fuentes comunitarias de ayuda.

Para promover la Autoeficacia se animará a las personas a identificar sus necesidades, se colaborará ayudándolos a establecer las prioridades pero sin resolver los problemas por ellos, intentando promover la recuperación del control de sus vidas.

El Afrontamiento se facilitará implementando pautas psico-educativas, conectando a las personas con sus recursos personales, informando sobre reacciones básicas de estrés, normalizando las sensaciones y sentimientos que son propios por el suceso vivido, enseñando técnicas de relajación, pautas de higiene, etc.

Para promover una ayuda eficaz se brindarán datos sobre todos los recursos disponibles de atención (oficiales y extra-oficiales) y se hará formalmente la derivación a un servicio asistencial en caso de evaluar su necesidad.

El proceso por el cual se identifican a los afectados que se encuentren en mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales se lo conoce como "Screening" Psicológico o **Triaje Psicológico**. Existen diferentes instrumentos que se utilizan al respecto, el más frecuente consiste en el uso de

la tarjeta de Triage Psicológica (ver Anexo B) que posibilita hacer una valorización rápida sobre la necesidad de atención, identificando el resultado de la evaluación con una etiqueta o pulsera (color rojo, amarillo o verde) que se coloca al asistido, permitiendo de esa manera que todos los profesionales que intervengan sepan a quién dar prioridad en la atención (Ruiz Muñoz, E M, 2015). También es utilizado el *Disaster-Related Psychological Screening Test* (DRPST), que cuenta con validación empírica en ciertas poblaciones (Figuroa, R., 2010).

Para garantizar la seguridad de los asistidos, es sumamente importante impedir la entrada de los medios de comunicación y curiosos que podrían ocasionarles un mayor malestar.

¿Con quiénes se interviene? Clasificación de Víctimas:

Para poder distribuir los recursos de asistencia de manera apropiada se debe poder identificar a todos los niveles de las víctimas implicadas en un suceso. Históricamente se incluían a los afectados directamente, sus allegados y al personal interviniente en la ayuda.

A medida que los desarrollos de la Psicología de la Emergencia se complejizan se fueron incorporando nuevos niveles de víctimas a esa clasificación. En 1981 Taylor y Frazer, contando con amplio consenso internacional (García Renedo, M et Al. 2007), amplían ese listado permitiendo dimensionar la magnitud del número de los afectados.

- 1- **Víctimas Primarias:** son aquellas personas que se encontraban ubicadas en el epicentro del desastre (heridos, fallecidos e ilesos).
Los ilesos muchas veces son dejados sin los cuidados necesarios, ya que “aparentemente” no han sufrido daños, pero se observó que pueden aparecer complicaciones de magnitud en los días o semanas posteriores; por eso también deben ser identificados y asistidos, así como también sucede con los heridos.
- 2- **Víctimas Secundarias:** conformadas por los familiares y amigos cercanos de las víctimas primarias. Se calculan unas 10 personas afectadas directas por cada víctima de primer nivel.
- 3- **Víctimas de Tercer Nivel:** Integrado por todo el personal que interviene en el rescate y la emergencia (médicos, bomberos, psicólogos, personal sanitario, etc.), quienes -en palabras de Taylor- “*necesitan ayuda para mantener su rendimiento funcional durante algunas operaciones y hacer frente a los posteriores efectos psicológicos traumáticos*” (Taylor, A.J.W y Frazer, A.G., 1981).
- 4- **Víctimas de Cuarto Nivel:** Conformado por la comunidad implicada (por inmediata cercanía) en el suceso. Se deben considerar tanto a las personas que de manera desinteresada ofrecen espontáneamente su ayuda, como a las que sufren pérdidas y robos como producto del desastre.

5- **Víctimas de Quinto Nivel:** Lo integran las personas implicadas de manera indirecta, es decir *“personas que aunque no estén envueltas directamente en el área del impacto, pueden desencadenar reacciones y consecuencias psicológicas, como en el caso de los teleespectadores”* (Taylor, A.J.W y Frazer, A.G., 1981). Se ha verificado la presencia de reacciones de miedo, inquietud y angustia en sujetos que vieron imágenes de desastres sin haber estado presentes en los mismos.

Los medios de comunicación, cuyo valor informativo no está en cuestionamiento, pueden ser también productores de víctimas de quinto nivel. Por esta razón se apela a la posibilidad de encontrar un equilibrio entre la realización de un trabajo periodístico serio y responsable y la necesidad de cumplir con criterios éticos que hagan al cuidado de las víctimas, primando el aspecto humano sobre el sensacionalismo, entendiendo que gran parte de las víctimas de este nivel son “evitables”. Por ello es fundamental, limitar al máximo la circulación de ciertas imágenes en medios audio-visuales (Fernández Millán, J.M, 2013).

Taylor y Frazer (Taylor, A.J.W y Frazer, A.G., 1981) refieren **un sexto nivel de víctimas**, integrado por aquellos que podrían haber sido víctimas de primer nivel y no lo fueron por distintos motivos (Por ej. perdieron el vuelo que sufrió el accidente). En algunos casos de este nivel se corroboró que la situación referida les provocó sentimientos intensos de remordimientos o culpa. En la práctica en general a estas personas se las incluye dentro de las víctimas del quinto nivel. Lo novedoso de esta clasificación radica en la poder considerar que en una emergencia puede haber afectados con posibilidad de manifestar secuelas que requieran atención y que no han estado presentes directamente durante el suceso o que habiendo estado han resultado “ilesos” desde lo físico; así como también pueden resultar afectados los propios profesionales que participan en las tareas de rescate y ayuda.

El reconocimiento como víctimas permite la posibilidad de otorgarles ayuda y fundamentalmente diseñar medidas preventivas tendientes a la reducción del número de las mismas.

Secuencia de implementación de los PAE

Previo a la aplicación, cada integrante del equipo deberá evaluar si posee la calma y claridad de pensamiento necesarios para participar, ya que en caso de no encontrarse en condiciones óptimas, es recomendable que no participe en esa específica oportunidad.

Como **primer paso** el personal de asistencia, una vez que ha arribado al lugar del evento, **deberá ponerse al servicio de quienes estén coordinando** la tarea y trabajar de forma integrada y subordinada a ellos.

También **se deberá obtener toda la información previa necesaria**: lugar disponible donde se va a trabajar, datos fehacientes sobre lo sucedido, estar al tanto de dónde se ofrecen servicios esenciales y quiénes son los encargados de proveer la asistencia. (Instituciones y organismos intervinientes).

Se **identificarán a las personas que requieran asistencia**, aspecto fundamental para organizar la distribución del espacio existente y asegurar la atención para todos los que la necesiten (empezando por las víctimas de primer nivel).

Respecto a la asistencia a los familiares y amigos cercanos (víctimas de segundo nivel) se limitará el número a recibir según la disponibilidad de los recursos con los que se cuente (espacio y recursos humanos). Normalmente en pos de una distribución equitativa, se reciben 2 personas por cada víctima de primer nivel.

Siempre que sea posible y con consenso en el grupo de trabajo, se deberá **agrupar a las personas bajo categorías específicas**. Las variantes a considerar dependerán de las características de la población afectada, respetando pautas culturales y tradiciones de los grupos asistidos; así como también evaluando las necesidades especiales que cada grupo étnico pueda tener (Niños, adolescentes, adultos mayores o personas con necesidades especiales).

Lugar de la aplicación

Los primeros auxilios psicológicos o emocionales **se aplican fuera de la zona donde ha tenido lugar el suceso, en un espacio seguro** lo más confortable posible (protegido de la vista y sonidos del escenario primario) para cuidar a las personas de una re-exposición innecesaria a eventos traumáticos adicionales. Debe encontrarse lo suficientemente lejos como para poder tomar cierta distancia de lo sucedido (por ejemplo donde no se escuche el ruido de ambulancias) y cercano como para que el afectado no sienta que se lo quiere alejar del lugar del incidente, con el consecuente aumento de ansiedad o angustia que ello podría provocar.

Para garantizar la seguridad y la privacidad de los asistidos es frecuente el uso de biombos que impida el contacto directo de curiosos ocasionales y distintos representantes de los medios de comunicación que podrían ocasionarles un mayor malestar.

Pautas generales para entrar en contacto directo con las víctimas

El primer contacto con los afectados es fundamental, el hacerlo de manera adecuada aumenta la receptividad de los mismos. Se deberán contemplar variantes culturales respecto al establecimiento del contacto visual, distancia física a mantener, etc.

Al acercarse para asistir a las víctimas siempre será importante solicitar permiso para hablarle, **presentarse** en primer lugar, explicitando el nombre, rol y objetivo de la intervención a realizar. También se deberá **informar** que la presencia del personal de Primeros Auxilios tiene como objetivo brindar ayuda y establecer un contrato de confidencialidad, se intentará garantizar la mayor privacidad posible, buscando el espacio que se considere de mayor protección.

Se deberá **hablar pausadamente**, utilizando frases cortas, preguntar el nombre a la persona y siempre referirse a ella utilizándolo. La actitud deberá ser calma y tolerante, sin perder el contacto visual y entendiendo que las personas están bajo el efecto de la disociación emocional, como se explicó anteriormente, por lo que a los asistidos se les dificulta la comprensión y la regulación emocional adecuada. Se deberá señalar la necesidad de lograr cierta tranquilidad para que el afectado pueda recibir la información pertinente.

Un ejemplo de establecimiento de contacto posible podría ser: *“Mi nombre es pertenezco al equipo Estoy para ayudarle/te, Cuál es su/tu nombre? Puedo hacer algo por Ud./ vos? Necesito que se/te calmes para que pueda brindarte información. Voy a estar a disposición para lo que necesites, etc.*

Es **fundamental brindar información**, sin esperar a que las personas se acerquen a solicitarla, puesto que el desconocimiento aumenta la confusión e incrementa el malestar. Las comunicaciones se transmiten a adultos. Siempre que se requiera asistir a menores se debe pedir autorización a un adulto responsable y de haberse tenido una conversación con un niño que se encontraba solo se les hará saber a sus familiares lo antes posible (Brymer M et Al.,2006).

El tipo de lenguaje que se utiliza se conoce como “lenguaje cognitivo”. Para sintetizarlo, sería el que responde a las preguntas: qué, quién, cómo, cuándo y dónde. Las respuestas a esas preguntas serán la información a solicitar y transmitir.

Se debe evitar el uso del denominado lenguaje emocional, el que responde a preguntas cómo, por qué, siento que, creo que, me parece que; ya que su imposibilidad de respuesta en ese momento, tiende a aumentar la confusión y la desregulación, conduciendo a un nuevo desborde emocional.

Para establecer una adecuada comunicación es preciso tener presente que el lenguaje verbal implica sólo un porcentaje de lo que comunicamos (30%), los aspectos no verbales de la comunicación (gestos, posturas, tonos, mirada, apariencia, etc.) en estas situaciones se vuelven fundamentales. La coherencia entre ambos tipos de lenguaje es sumamente importante para lograr la confianza necesaria que otorgue alivio y contención. La forma de comunicarse es importante en toda relación interpersonal, la reacción de la persona asistida va a depender de la imagen que se le brinde (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 2014).

Hay ciertas actitudes que se encuentran contraindicadas al momento de acercarse a ofrecer asistencia, tales como: tener un comportamiento intrusivo al solicitar datos, mostrarse ansioso, prometer cosas que no se podrán cumplir, mostrarse afectado emocionalmente ante las reacciones de enojo de los asistidos, tener una actitud moralista, confrontar las creencias que las personas pudieran manifestar.

Como se explicó al mencionar los objetivos, se **identificarán las necesidades y preocupaciones prioritarias**, se brindará colaboración para ayudar a la reagrupación familiar. Es sumamente importante atender a quienes tengan un familiar desaparecido y arbitrar todos los recursos disponibles para facilitar el reencuentro o la información sobre lo sucedido.

Se **reordenarán las necesidades y se irá ayudando a planificar cómo ir llevándolas a cabo**, fomentando siempre la conexión con sus redes de apoyo.

Contener y acompañar no implica compadecerse sino poder **brindar herramientas que le permitan a quienes están atravesando una situación crítica recuperar el control mínimo de su vida**.

Es importante brindar **información psico educativa** acerca de las reacciones físicas y psicológicas que pudieran registrarse, y que son esperables ante una situación de estrés agudo. Normalizar la presencia de las mismas colabora con su posibilidad de comprensión. Se **recomienda entregar esta información en un escrito breve** (anexo C) donde estén consignadas las posibles reacciones, los tiempos en los que se deberá proceder a pedir ayuda a un especialista si no cedieran y los datos de lugares de asistencia disponibles. El tener estas pautas por escrito permite acudir a ellas todas las veces que sea necesario verificarlas.

En este punto cabe destacar que en alguna circunstancia que, por características personales y/o tipo de afrontamiento, un afectado no logre re equilibrarse mínimamente luego de las intervenciones y por consiguiente puedan aparecer actitudes violentas por parte del mismo, se deberá decidir no seguir trabajando con él para preservar la integridad de las personas y la calma necesaria para la actuación del equipo. Se deberá dar aviso de inmediato al personal de seguridad correspondiente.

Protocolo para la comunicación de “malas noticias”

En muchas ocasiones las personas que realizan los primeros auxilios emocionales son las encargadas de comunicar a los afectados y sus familiares “malas noticias”. Esta situación implica una carga emocional tanto para quien debe dar la información como para el que la recibe. Es un derecho de la personas recibir toda la información que se encuentre disponible (Ley 26529-PLN). Al ofrecerla siempre se deberán cuidar los aspectos legales en lo concerniente a qué se

dice y a quién se lo dice; como así también tener presentes aspectos, culturales, sociales y religiosos.

Los profesionales deberán contar con un procedimiento estipulado a seguir: (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 2014, Bascuñán ML, 2013).

- 1- **Contar con la información clara y certera** de lo que se debe comunicar. No anticiparse a brindar información que no esté confirmada. Para una trasmisión adecuada suele ser de utilidad confeccionar previamente una reseña escrita donde conste: qué ha pasado? Cuándo? Cómo? Dónde? A Quién?.
- 2- Asegurarse de **corroborar la identidad** de la/las personas con las que se tiene que hablar.
- 3- **Presentarse**, dando nombre, explicando tareas y funciones, pedir los respectivos nombres a las personas y dirigirse a ellos usándolos en todo momento.
- 4- **Buscar un lugar** que brinde el ambiente lo más acogedor y privado que sea posible.
- 5- Contar **con material auxiliar** que pudiera ser necesario (Pañuelos de papel, agua, sillas, teléfono, etc.).
- 6- **Con actitud empática**, mostrando interés por lo sucedido, haciendo contacto visual directo, se procederá **primero a preguntar por la información que las personas posean**, de esta manera podrán aclararse informaciones falsas o distorsionadas que pudieran circular.
- 7- **Se brindará la información necesaria** con un lenguaje claro y conciso, evitando detalles innecesarios y en ninguna circunstancia dando falsas esperanzas.
Si se debe notificar una muerte, debe hacerse de manera clara, sin usar metáforas o referencias indirectas.
- 8- Se deberá **permanecer el tiempo que sea necesario**, ofreciendo seguir hablando o esperando al momento en el que la persona lo considere oportuno, nunca se debe imponer una ayuda. Se respetarán los silencios siempre permaneciendo al lado del asistido para que se sienta acompañado y respetado en su dolor. No se dejará a la persona sola. Podrían darse reacciones emocionales de descarga (llorar, gritar, maldecir), es fundamental en esta etapa entender esas respuestas como parte de una reacción normal y validarlas como tal.
La información por más dura que sea siempre aporta calma y colabora con la recuperación del control.
- 9- **Se responderá de manera concisa todas las preguntas** y necesidades que pudieran surgir.

10- Siempre que se deban brindar **datos específicos** (Ej. dirección del hospital al que deben concurrir) deben darse **por escrito** ya que la situación de shock puede impedir retener esa información de forma correcta.

Si por algún motivo la persona que asiste debe retirarse del lugar, esa situación deberá comunicarse al asistido indicándole quién ocupará su función en su ausencia.

Existe consenso sobre una **secuencia de reacciones esperables** que se hacen presentes ante la comunicación de noticias y que implican un duelo por hacer. Estas fueron descritas inicialmente por Elizabeth Kubler Ross (1975), conocerlas permite comprender y acompañar adecuadamente a los asistidos en cada una de ellas

- **Etapa de Negación, shock:** Es una de las respuestas inmediatas a la recepción de la noticia, constituyendo una de las maneras posibles que permiten amortiguar el impacto de la misma. La información es imposible de ser aceptada por lo que se niega la realidad de la noticia devastadora. Son comunes las frases como “no es posible”, “no es cierto”, “tienen que estar equivocados”, etc.
Si bien en los inicios del duelo es una respuesta normal, permanecer en ella es perjudicial, ya que impide la aceptación de lo sucedido.
- **Etapa de Rabia, explosión:** En esta etapa la persona reconoce lo sucedido pero no lo acepta, presenta un comportamiento hostil con el ambiente, la ira es el sentimiento predominante.
Es fundamental comprender este momento como parte del proceso y no juzgar a la persona por ciertas reacciones emocionales que quizás podrían resultar inadecuadas.
- **Etapa de la Negociación:** se da una aceptación parcial de lo sucedido pero necesitando algo a cambio. Se desea volver a la situación previa a lo sucedido, concentrando la atención en aquello que se podría haber hecho para evitarlo. La frase más común que resume esta etapa es “¿Qué hubiera sucedido si...?” Es un último intento de aliviar el dolor.
- **Etapa de Depresión:** en esta etapa se comprende y acepta lo sucedido con profundo dolor. Son frecuentes síntomas de desinterés, apatía, desánimo.
- **Etapa de Aceptación:** la tarea de esta etapa es la resignificación de lo sucedido como parte de la trama de la vida, aprender a vivir con ello, la persona vuelve a conectarse con sus rutinas. Esa experiencia ya forma parte de la historia personal, se acepta la realidad y se convive con ella.

Es fundamental para no incrementar el sufrimiento emocional de las víctimas ni las reacciones de desborde, no dar las “malas noticias” de manera rápida, ni en lugares inadecuados (Ej. pasillos plagados de gente), como tampoco dejar a la persona sola, minimizar sus reacciones de sufrimiento, intentar evitar los estallidos emocionales o mostrarse desbordado por la tarea.

Existen protocolos de intervención a seguir para dar información de noticias de manera telefónica, como así también para el acompañamiento al reconocimiento de cuerpos o pertenencias. El detalle de los mismos excede el presente trabajo.

Medidas de protección del equipo

A medida que las intervenciones en emergencias se fueron institucionalizando comienzan simultáneamente a verse las huellas “negativas” que el trabajo puede dejar en los trabajadores que realizan la asistencia. Generalmente son personas que funcionan adecuadamente bajo las responsabilidades a que son sometidos pero **la magnitud de la experiencia estresante puede superar en algunas circunstancias las defensas del individuo, volviendo insuficientes a los procesos habituales de adaptación.** En ocasiones se pueden evidenciar respuestas similares a las de las personas asistidas, inclusive Trastorno de Estrés Postraumático y Depresión.

El conocimiento de esta situación determinó que se incluyera al personal de asistencia como víctimas de tercer nivel en la clasificación general.

Las estadísticas indican que entre un 3% y un 7% de casos, los profesionales pueden llegar a desarrollar el Trastorno de Estrés Postraumático (Hodgkinson y Stewart, 1998) a consecuencia de su labor.

En el ámbito local la Lic Alicia Galfasó⁴ hace especial hincapié en la necesidad del cuidado de los recursos humanos de asistencia, instruyendo en el conocimiento de las limitaciones que todo personal interviniente debe reconocer para un accionar eficiente y sostenido a lo largo del tiempo, diferenciando de esta manera a los “héroes” de los “profesionales”.

En situaciones de desastre las exigencias siempre son superiores a las posibilidades de respuesta, por lo que es imprescindible reconocer y evaluar la situación sin comprometer al personal interviniente (tanto en lo referido a su salud física como emocional).

Un profesional adecuadamente entrenado, tiene la posibilidad de aliviar el dolor, responder a la emergencia de la mejor forma posible, reconociendo limitaciones propias y del equipo; garantizando la posibilidad de trabajo futuro.

Es frecuente que en el accionar se sienta la presión de seguir actuando aún cuando la situación exceda posibilidades reales. La sociedad “pide héroes”, capaces de “inmolarse” sin medir riesgos, en pos del éxito y reconocimiento por la tarea realizada.

Para minimizar los efectos del estrés antes, durante y con posterioridad al desastre, es fundamental contar con la capacitación y entrenamiento adecuado sobre el accionar en un incidente crítico.

⁴ Lic. en Psicología especialista en Psicotraumatología y Psicología de la Emergencia. Directora del Posgrado Primeros Auxilios Emocionales en emergencias, urgencias y desastres. Cátedra de Medicina Legal. Facultad de Medicina. UBA

Trabajar con un compañero (BuddySystem) como forma de apoyo mutuo incrementa los niveles de seguridad y eficiencia.

Las tareas se deben desarrollar en **turnos de entre 4 y 6 horas** de duración, con períodos de descanso, destinados a la alimentación y relajación, cada dos horas. En los lugares de trabajo sometidos a un alto nivel de estrés (Ej. depósito de cadáveres) se recomienda no permanecer más de dos horas seguidas (Guía Didáctica de Intervención Psicológica en Desastres. España. 2005).

Los miembros del equipo deberán **conocer técnicas apropiadas de autocuidado** para el manejo del estrés (técnicas de control de la respiración, estimulación sensorial, uso de un plan de manejo de estrés) y siempre someterse a una sesión de **Defusing** (ver apartado técnicas) al finalizar cada intervención, con el objetivo de apuntar a reducir la posibilidad del “desgaste por empatía” que constituye la mayor amenaza a la integridad de los equipos.

Como técnica de prevención secundaria, si se lo considera necesario, y hasta 72hs posteriores al evento se puede implementar el **Debriefing Psicológico** (CISD-Critical Incident Stress Debriefing). Técnica desarrollada inicialmente por Mitchel (1983) para la prevención de Síndrome de Estrés Postraumático. En la misma, tanto los aspectos cognitivos como emocionales del trauma pueden ser explorados logrando la integración del relato traumático en forma lógica y cronológica para evitar la revictimización constante y comenzar a abrir la posibilidad de habilitar el futuro (Guía Didáctica de Intervención Psicológica en Desastres. España .2005).

Se la considera útil tanto para el personal interviniente como para las víctimas de primer nivel. Existe cierta controversia respecto a la utilidad tanto del Defusing como del Debriefing Psicológico para la prevención del Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT). La confusión mayor parecería originarse en las variaciones que se han ido generando respecto de la modalidad original. Los expertos recomiendan la explicitación del procedimiento utilizado y la profundización de las investigaciones (Santacruz Escudero J.M, 2008); así como entender que **los beneficios nunca pueden esperarse de la aplicación de una sola técnica sino a la totalidad de un procedimiento general** (Galliano, S et Al., 2003).

Se podrá indicar seguimiento psicológico y psicoterapia específica para aquellos integrantes del equipo en los que se detecte la necesidad, así como se considerará la posibilidad o no del otorgamiento de una licencia laboral o la rotación de tareas por un tiempo estipulado, hasta tanto pueda retornar a las propias.

Algunas técnicas básicas a emplear en PAP/PAE

Dentro del repertorio de intervenciones de primera respuesta existen diferentes técnicas que apuntan a facilitar el logro de los objetivos de la tarea. Algunas de ellas están destinadas al manejo de los afectados, y otras apuntan al autocuidado del equipo interviniente en el suceso.

Colaboran en la recuperación del control emocional de las víctimas en estados de desborde, desorganización, excitación psicomotriz, etc. Incluyen elementos de Psicología Cognitiva, Mindfulness, técnicas de respiración y relajación, entre otras.

Ejercicios respiratorios

Existe evidencia científica (Cea Ugarte, J.I. et Al, 2015) sobre el efecto beneficioso que tiene el uso de ejercicios respiratorios voluntarios para el manejo del estrés y la ansiedad, logrando resultados similares al uso de ansiolíticos (Kholi,A et Al.,2001). Por dicha razón y dada su facilidad de implementación, sin contraindicaciones médicas, sumado a su bajo costo, es que se vuelven fundamentales tanto para el alivio de los asistidos como para el personal del equipo de asistencia.

Son indicados en las situaciones en que la persona no se encuentre en condiciones de contener su emoción y con el objetivo de colaborar en la recuperación de la calma, equilibrando los ritmos respiratorio y cardíaco, alterados por el impacto de la crisis.

Procedimiento:

- 1- Presentarse explicitando el nombre, rol y objetivo de la intervención. Hablar pausadamente, con frases cortas, preguntar el nombre a la persona y señalar la necesidad que se tranquilice para que pueda recibir la información pertinente.
- 2- Con el consentimiento de la víctima, sin movimientos bruscos, colocarse de costado plantándose fuertemente con ambos pies, apoyando una palma de la mano sobre hombro y la otra en el antebrazo. Estas dos zonas corporales son las recomendadas para entrar en contacto con los afectados sin comprometer más desequilibrio emocional para la víctima ni la posibilidad de romper la disociación instrumental para el profesional.
- 3- Con una mano sobre el hombro y la otra tomándola desde el dorso de la mano y apoyándola sobre el pecho, se lo ayuda a controlar el ritmo de la respiración pidiéndole que inspire y expire sintiendo cómo el aire ingresa en el organismo (respiración alta).
- 4- Se baja la mano a la altura del abdomen (siempre hablando lento y pausado) corroborando el ingreso del aire en la zona.
- 5- Luego de dos respiraciones profundas y guiadas, el reflejo vagal (caída de los hombros) indicará que la persona ha comenzado a tranquilizarse y puede estar en condiciones de recibir la información y pautas necesarias que el equipo crea convenientes.

Con posterioridad, se recomendará el uso de este ejercicio de respiración controlada (de manera auto administrada) al menos dos veces al día y en toda situación en la que se requiera la

recuperación de la calma. Ayuda a impedir la acumulación de estrés y por ende facilita la conciliación del sueño.

Plan para el manejo del estrés

Este plan es **indicado tanto para los integrantes del equipo como para los afectados**. Ayuda a la normalización de niveles tolerables de estrés, atendiendo a necesidades de los tres planos “bio- psico-social” (Engel, 1977) alterados por la situación experimentada.

Se elabora un plan “semanal” y la propuesta es sostenerlo activo y continuo entre 6 y 8 semanas. El lapso sugerido está en relación a los tiempos en que un Trastorno de Estrés Agudo podría derivar en Estrés Pos Traumático.

Permite instalar una rutina, que pueda ser sostenida, colaborando con el inicio de un procesamiento saludable del duelo, ya que en toda situación de crisis se da una cancelación del tiempo futuro.

Se va confeccionando junto con la persona asistida, ubicando días de la semana y horarios en la que puede realizar cada actividad y con el compromiso de mantenerlo, en principio, durante 4 semanas. Luego de ese lapso, si es necesario se prolonga.

El plan incluye actividades sencillas, tales como:

- Dieta sana, agradable, respetando 4 comidas diarias. En situaciones de alto estrés es posible que se desordene la rutina alimentaria, por ello se remarca la importancia de llevarlas a cabo en un ambiente grato, como por ej. sentarse a la mesa, usar vajilla, etc.
- Realizar 10 minutos diarios de caminata atenta (conciente). Se realiza sin celular e implica aprender a captar y ver el “aquí y ahora”. Consiste en ir hablando mentalmente y ponerle palabras a todo lo que se ve, estimulando el área de la atención y ayudando a reducir la presencia de los pensamientos intrusivos.
- Realizar una actividad placentera, creativa durante una hora y una vez a la semana. Por ej. escribir, pintar, tejer. Debe implicar cierto nivel de creatividad y no ser pasiva, como por ej. mirar una película. Las actividades creativas estimulan áreas cerebrales de ambos hemisferios (Rendón Uribe, M A, 2012).
- Realizar una actividad social una vez a la semana, registrar qué va a hacer y con quiénes va a realizarla.
- Realizar ejercicios de respiración durante 2 a 5 minutos, dos veces al día. Proporcionan calma y ayudan a lograr una buena calidad del sueño.

De acuerdo a la situación en la que se encuentren los afectados se pueden considerar ciertas variaciones al plan, por ej. se puede recomendar que tanto la caminata como la actividad creativa sean realizadas en compañía de otra persona si se evalúa necesario.

Técnica de Estimulación Sensorial

Es una técnica de Mindfulness que ayuda a la mente a volver al presente y permitir liberar tensión acumulada. La sobreestimulación recibida en una situación de emergencia provoca un nivel de estrés elevado ocasionando dificultades cognitivas (pensamientos intrusivos). La mente toma conciencia a través de los sentidos y ellos provocan las emociones, por eso una técnica que permita sincronizar los sentidos primarios con estímulos positivos facilitará la calma. Ellen Hendriksen (2018) señala que un ejercicio (denominado 5x1) permite la focalización en los sentidos de manera simultánea situando a la persona en el presente.

La técnica de estímulos sensoriales (Galfasó A., 2015) tiene la virtud de ser autoadministrable, su implementación insume una duración máxima de 10 minutos. Apunta a movilizar estímulos sensoriales en forma simultánea como forma de descontaminar los sentidos que han sido expuestos en el desarrollo del evento, evitando que se acumulen sensaciones desagradables. Simultáneamente y luego de respirar profundamente para recuperar el ritmo cardíaco adecuado, manteniendo los ojos abiertos, se debe:

- Ingerir un alimento que le resulte sabroso (no habitual)
- Tomar alguna bebida predilecta (sin alcohol y no habitual)
- Pensar en algo que produzca alegría y/o placer (Por ej. Un recuerdo agradable, un paisaje, etc.)
- Escuchar con auriculares algún tema musical preferido.
- Estimular el olfato con alguna fragancia placentera.
- No relajarse, ni meditar (Puede revictimizar).

Es recomendable como técnica de autocuidado, su sencillez y autoadministración permite que sea realizada en los momentos en que cada integrante del equipo pueda sentirse abrumado por la situación. Cada profesional deberá contar con los elementos necesarios como parte de un kit de emergencias.

Técnica de Defusing (Mitchell 1983):

La técnica de Defusing (Mitchell, 1983) se implementa como **sesión de descarga, con el objetivo de minimizar los efectos de la experiencia en los equipo de trabajo**, debido al riesgo por la exposición a la disociación peri traumática (necesaria para desarrollar la tarea pero contraproducente si se sostiene en el tiempo).

Se realiza en un lugar tranquilo, fuera de la mirada de otras personas, inmediatamente concluida cada intervención y previo al retorno a los hogares. Es coordinada por una persona entrenada, generalmente el jefe del equipo.

Consiste en una sesión informal, semiestructurada. Conducida en una atmósfera de apoyo mutuo, donde los participantes tendrán oportunidad para describir sentimientos y reacciones (des shocking) así como evaluar estrategias para la resolución de problemas a fin de que la productividad del trabajo no se vea disminuida ni deteriorada (Guía Didáctica e Intervención Psicológica en Desastres. Ministerio del Interior. España, 2005).

Durante su desarrollo no serán admitidas las críticas destructivas, la duración es entre 20 minutos y una hora como máximo y se realiza en grupos entre 6 y 15 personas bajo estricta reserva de confidencialidad.

Al finalizar se chequea cómo se encuentran los participantes y se provee apoyo a aquellos que estén más afectados.

Procedimiento: (Galfasó, A. 2015 y Valero Valero, M et Al. 2007)

1º Paso consiste en el armado grupal de lo sucedido (¿Qué pasó?)

Dispuestos en círculo, cada integrante (inclusive el coordinador) de manera sucesiva irá relatando lo sucedido. No se admiten interrupciones ni expresiones emocionales fuertes.

Este paso no consiste en una ventilación emocional sino en la reconstrucción del relato grupal en un nivel cognitivo, para obtener la información lo más completa posible del suceso.

El coordinador aclara algún punto que haya sido cuestionado.

2º Paso se analiza la intervención respondiendo: ¿Que hicimos mal? ¿Por qué?

Por medio de intervenciones espontáneas se realiza un análisis conjunto en el que se van mencionando aspectos que se consideran que fueron realizados de manera inadecuada, por Ej. si faltó algún material, si falló la comunicación del equipo, etc. El objetivo de esta etapa es tomar nota de ciertas dificultades para evitarlas en el futuro sin culpabilizar a ningún miembro.

3º Paso se analiza la intervención poniendo acento en aquello que fue efectivo, respondiendo ¿Qué hicimos bien? ¿Por qué?

De manera espontánea los integrantes del grupo rescatan aquellas cosas que resultaron adecuadas en el accionar. Este paso contribuye a reforzar la interconexión del equipo, asumiendo sus logros. Por ej. se menciona si llegaron a tiempo, si tenían los elementos apropiados, si se pudieron organizar satisfactoriamente, etc.

4º Paso. Se evalúan necesidades grupales e individuales. ¿Qué necesitamos/necesito?.

Primero se plantea a nivel grupal y luego a nivel individual, especialmente si hubiera algún integrante del equipo que se encontrara muy afectado por el trabajo realizado.

Antes del cierre se recordarán las pautas de afrontamiento de estrés generales y refuerzo positivo (aquello que ha servido en otras ocasiones vividas).

Al cerrar la sesión el coordinador agradece la presencia y participación de los asistentes.

La utilidad del Defusing se encuentra cuestionada debido a que sus protocolos no son rígidos y carecen de rigor científico. Hay quienes consideran que no tiene ninguna utilidad y quienes

sostienen que colabora mitigando los efectos negativos que puede provocar el hecho de haber llevado a cabo tareas ante un suceso desastroso (Valero Valero, M et Al, 2007).

Valero Valero M et A (2007) lo consideran “*no solo conveniente, sino también recomendable...*, con el fin de que, por un lado la persona interviniente pueda expresar cómo se ha sentido por lo ocurrido y por su intervención y, por otro lado, que tanto el individuo como el resto del grupo pueda analizar y cuestionar el trabajo realizado, potenciar los aspectos positivos del mismo y desterrar las acciones poco recomendables” (pp. 48).

Conclusiones

El cabal reconocimiento de las posibles y potencialmente graves consecuencias psicológicas que se derivan de las situaciones de emergencias y catástrofes, abre la necesidad de profundizar en estrategias e intervenciones de primera respuesta que ayudarán a aminorar el impacto en la salud psicológica de los afectados.

El personal interviniente instruido en primeros auxilios emocionales debe estar presente en las situaciones referidas para atender a los afectados, ya que son altas las probabilidades que aparezcan conductas disfuncionales que pueden mitigarse con ayuda apropiada. La misma podrá reducir la multiplicación innecesaria de víctimas y la aparición de patologías severas tales como los cuadros depresivos y el Trastorno de Stress Post traumático (TEPT).

Si bien no es requisito indispensable poseer un título de grado para la actuación en emergencias y desastres, sino un entrenamiento específico; consideramos que sería muy importante incluir la temática en la currícula académica de las carreras de grado vinculadas a la salud mental.

Para concluir, es necesario volver a destacar que este artículo intenta transmitir contenidos básicos sobre la temática expuesta, pero de ninguna manera suple la formación y entrenamiento necesarios para actuar responsable y eficazmente en emergencias y catástrofes.

Referencias Bibliográficas

Araya Molina, C. (2013) *Psicología de la Emergencia*. Santiago de Chile. Chile. Psicoprev.

Argentina. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2015). *Salud Mental: recomendaciones para la intervención ante situaciones de emergencias y desastres*. Buenos Aires.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5)*. 5ª Ed. Arlington, VA

Bascuñán, M L (2013) *Comunicación de “Malas Noticias” en Salud*. Revista Médica Clínica las Condes. Santiago. Chile. Vol 24 pp 685-693

Bessoles, P. (2006). *Psicoterapia Post Traumática. Contribución a una teorización psicodinámica de Defusing y Debriefing psicológica*. En *Subjetividad y procesos cognitivos*. Pp. 53 -68. UCES.

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). (2006) *Primeros Auxilios Psicológicos: Guía de Operaciones Prácticas*, 2da edición. Disponible en: <http://www.nctsn.org> y <Http://www.ncptsd.va.gov>.

Cea Ugarte, José Ignacio, González-Pinto Arrillaga, Asunción, & Cabo González, Olga M.^a. (2015). *Efectos de la respiración controlada sobre los síntomas de estrés y ansiedad en una población de 55 a 65 años: estudio piloto*. *Gerokomos*, 26(1), 18-22. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100005>

Cohen, R y Ahearn, F (1989) *Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres*. Mexico. Harla

Cortés Trujillo, E.G (2002) “*La percepción psicológica del riesgo y el desastre*” Cap2: – *Aspectos Neuropsicológicos*. Cuadernos de Crisis Vol 1 Nro 2 pp15-39. 2003 www.cuadernosdecrisis.com › docs › cdc_002

Costa Marcé, M. Gracia Blanco. (2002) *Debriefing y tría psicológica en intervención en crisis: una revisión*. *Psiquis (Madr.)*. Vol 23 Nro 5: pp 198-208. España

Dirección General de Protección Civil y emergencias (2005). *Guía Didáctica de Intervención Psicológica en catástrofes. Unidad didáctica 7. Intervención psicológica con intervinientes en emergencias*. Madrid. España Nipo:126-05-061-0

Engel, G (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science* . New Series Vol 196 Nro 4286, pp 129-136

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Medialuna Roja (2012) *Primeros auxilios psicológicos*. Ginebra

Fernandez Millan, Juan M. (2013) *Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes*. Madrid. España. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.),

Figuroa, Rodrigo A, Marín, Humberto, & González, Matías. (2010). *Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis*. *Revista médica de Chile*, 138(2), 143-151. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000200001>

Figuroa, R, Cortés, P, Accatino, L y Sorensen, R. *Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo*. *Rev Mev Chile*; 144: 643-655

Galfaso, A. *Manual de Primeros Auxilios Emocionales en Urgencias, Emergencias y Desastres para Primeros Respondientes* . Centro Psicotraumatológico Argentino (no publicado). Bs As

Galliano, S.; Cervera Goizueta, M; Parada Torres, E., *El CIPR (Procesamiento y Recuperación tras Incidentes Críticos). Un marco para la intervención postrauma y el desarrollo del*

debriefing psicológico. Cuadernos de Crisis Vol 1 Nro 2 pp12-14. 2003
www.cuadernosdecrisis.com › docs › cdc_002

García Renedo, M; Gil Beltrán, JM; Valero Valero M. (2007) *Psicología y desastres: aspectos psicosociales*. Castelló de la Plana: Publicaciones de la Universidad de Jaume I. KRK Ediciones

Hernández Marin, I E y Gutiérrez López, L P (2014). *Manual básico de Primeros Auxilios Psicológicos*. UIPC CUCS. Guadalajara. México.

Hendriksen, E. Ph (2018). *How to be yourself?* USA. Macmillan.

Hodgkinson, Y Stewart, M. *Coping With Catastrophe: A Handbook of Post-disaster Psychological Aftercare* Routledge. London. 1998
http://files.unicef.org/paraguay/spanish/Primeros_auxilios_sicologicos_IFRC.pdf
ISBN 978 92 4 354820 3 (Clasificación NLM: WM 401)

Kohli A, Varma VK, Nehra R. *Comparison of efficacy of psychorelaxation and pharmacotherapy in generalized anxiety disorder*. J Person Clin Studies. 2001;16:43-

Kübler Ross, E.(1975) *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona. España Ediciones Grijalbo

Kübler Ross (1997-2005) *La rueda de la vida*. Biblioteca Lascasas 1. Disponible http://www.index-f.com/las_casas7documentos7lc0018.php

Ley 24421 (PLN) .Ley Nacional de Atención Primaria de la Salud Mental. Boletín Oficial. República Argentina. 3 de Mayo de 2001

Ley 26529 (PLN) Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial. República Argentina. 20 de Noviembre 2009

Ley 26657 (PLN). Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial. República Argentina. 29 de Mayo 2013

Madrigal Bonilla, A. (2012) “*Disociación como defensa al trauma: caso clínico de fuga disociativa*”. Revista Cúpula. Vol 26(2) 9-18. San José de Costa Roca. ISSN 1659 3871

Mitchell, J.T., (1983), *When Disaster Strikes: The Critical Incident Stress Debriefing Process*, Journal of Emergency Medical Services, 8, 36-39.

Ochoa Cepero. M.J (2015) *Psicología de Emergencias: Una nueva Profesión*. Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Calatayud. N.º 21, pp. 173-187, 2015

Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del Suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención Primaria en salud. Trastornos Mentales y Cerebrales* Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Manuscrito no publicado

Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). *Primera Ayuda Psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS, (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 18 de junio de 2014. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Panamericana de la Salud (2010). *Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Desastres: Guía para equipos de respuesta*. Disponible en :<http://www.cridlac.org/digitalizacion/pdf/spa/doc18061/doc18061.htm>»

Organización Panamericana de la salud –OPS. (2016) *Guía de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias*

Osorio Vigil, A. (2017) *Primeros Auxilios Psicológicos*. ALFEPSI. Integración Académica en Psicología. Vol 5. Nro 15. ISSN: 2007-5588

Pineda Marín, Claudia, & López-López, Wilson. (2010). *Atención Psicológica Postdesastres: Más que un "Guarda la Calma". Una Revisión de los Modelos de las Estrategias de Intervención. Terapia psicológica, 28(2), 155-160.* <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000200003>

Prados Castillejo JA Quesada Jiménez F. (1998) *Guía sobre cómo dar malas noticias*. FMC. Vol 5(4): 238-50

Rendón Uribe, M. (2012). *Creatividad y cerebro: bases neurológicas de la creatividad*. Aula, 15, 117-135. Recuperado de <http://revistas.usal.es/index.php/0214-3402/article/view/8946>

Ruiz Muñoz, E. (2015) *El Triage Psicológico ¿Una herramienta para el psicólogo de Emergencias?* Cuadernos de Crisis. Nro 14 Vol 11. Pp 63-69 http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2015/numero14vol1_2015

Saavedra Torres, J S; Díaz Cordoba, W J; Zúñiga Cerón, L F; Navia Amézquita, C. A. Zamora Bastidas, T.O. (2015). *Correlación funcional del sistema límbico con la emoción, el aprendizaje y la memoria*. Morfolia UCO ISSN 20119860– Vol. 7 - No. 2 –pag 29 a 44 ISSN electrónico 2011-9860.

Santacruz Escudero, José Manuel .*Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático)* Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 37, núm. 1, 2008, pp. 198-205 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia

Slaikou, K. (1988) *Intervención en Crisis. Manual para Práctica e Investigación* (1988) México. El Manual Moderno.

Taylor, A.J.W.y Frazer R, A.G. (1981). *Psychological sequelae of operation overdue following the dc-10 aircrash in Antarctica*. Victoria University, Wellington, New Zealand: Victoria University of Wellington Publications in Psychology, 27.

Valero S. *Psicología en emergencias y desastres* (2001). Lima (Perú): Editorial San Marcos

Valero Valero, M.; Gil Beltrán, J M; García Renedo, M (2007). *Profesionales de la Psicología ante un desastre*. Castelló de la Plana: Publicaciones de la Universitat Jaume I, DL,

Anexo A

Trastorno de Estrés Agudo y Trastorno de Estrés Postraumático:

La mayoría de las personas que han sido víctimas de una situación de desastre / emergencia no desarrollarán psicopatología. Sin embargo es preciso poder distinguir dos de los cuadros que podrían presentarse y que en ocasiones se prestan a confusión.

Toda situación traumatogénica causará en la persona, un cuadro de estrés agudo. Según Figueroa et Al (2010) *“La mayoría de las víctimas de los desastres presenta síntomas psicológicos transitorios, sólo una minoría desarrolla psicopatología de largo plazo, siendo el TEPT y la depresión mayor las enfermedades más frecuentes”*.

Es fundamental, en primer lugar, poder identificar los síntomas para poder intervenir en consecuencia.

En la versión utilizada actualmente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM5 (2012) se crea un capítulo especial referido a Trastornos relacionados con traumas y estresores en el que se incluyen al Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT), anteriormente incluido en el DSM IV dentro de los Trastornos de Ansiedad y al Trastorno de Estrés Agudo (TEA).

En términos generales la distinción entre TEA y TEPT está centrada en la variable temporal de la sintomatología psicofísica.

El **Trastorno de Estrés Agudo (TEA)** aparece como consecuencia de la exposición a un evento traumático; surge como respuesta a un estrés excepcional. Es un cuadro de carácter agudo, transitorio, en el que las manifestaciones clínicas aparecen dentro del plazo de algunas horas de haber sido experimentado el suceso, con una permanencia mínima de tres días y máxima de seis semanas.

Según el DSM 5 los síntomas del Trastorno de Estrés Agudo (TEA)- 308.3 (F43.0)

Son:

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

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej. socorristas). No aplicándose a exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, excepto esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de estas cinco categorías, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático:

Síntomas de intrusión:

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

Estado de ánimo negativo:

5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Síntomas disociativos:

6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).

7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación:

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

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

Síntomas de alerta

10. Alteración del sueño

11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación), agresión verbal y física

12. Hipervigilancia.

13. Problemas con la concentración.

14. Respuesta de sobresalto exagerada.

C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma. **(Al menos deben persistir 3 días)**

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

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

En tanto, el **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)** es un trastorno crónico, de gravedad, que no remite sin ayuda profesional, surge como respuesta excepcional debido a un hecho traumático y **sus síntomas tienen una duración mayor a un mes.**

Según el DSM5 el Trastorno de estrés postraumático. 309.81 (F43.10) se define por:

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

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo (Violento o accidental).

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej. socorristas). No aplicándose a exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, excepto esté relacionada con el trabajo.

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

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

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

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

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

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

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

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia sin motivación (verbal o física)
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

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

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

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

Especificar si:

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

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

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

No atribuible a consumo sustancias o afección médica

Especificar si: Con expresión retardada: cuando los síntomas se dan luego de 6 meses del acontecimiento Trastorno de estrés agudo

Las intervenciones de Primeros Auxilios recaen sobre las manifestaciones de estrés agudo con la intención de prevenir la instalación de un cuadro de TEPT con el riesgo que implica para la salud integral de un individuo.

ANEXO B: Tarjeta de Triage Psicológico (Ruiz Muñoz, E.M., 2015)

TARJETA DE TRIAGE PSICOLÓGICO			
NOMBRE Y APELLIDOS:	_____		DNI: _____
Nº HISTORIA MÉDICA O Nº TRIAGE SANITARIO:	_____		
EDAD:	_____	Color Triage Sanitario:	ROJO AMARILLO VERDE
Teléfono de contacto:	_____		
Expresión de emociones:	SI	NO	
Disociación/shock	SI	NO	
Orientado en persona/lugar/tiempo	SI	NO	
Explosión emocional incontrolada	SI	NO	
Crisis de angustia, pánico, crisis de ansiedad	SI	NO	
Autoagresividad	SI	NO	
Heteroagresividad	SI	NO	
Conducta de reentrada	SI	NO	
Somatizaciones	SI	NO	
Tiene más familiares afectados en el lugar:	SI	NO	
Sus familiares afectados están :	Desaparecidos	Heridos	Fallecidos
Sus familiares afectados están con el /ella:	SI	NO	
Ira/ Culpa	SI	NO	

Anexo C: Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social República Argentina. Folleto Cuidado de la salud en Emergencias y Desastres

¿Cuándo consultar en el centro de salud?

Si las sensaciones de malestar persisten por varias semanas o te afectan demasiado y no te permiten retomar tu rutina habitual, buscá ayuda en el centro de salud más cercano.

En tu localidad:

**CUIDADO DE LA SALUD
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**
ALGUNAS CLAVES PARA ENFRENTAR LA SITUACIÓN Y RECUPERAR LA RUTINA COTIDIANA

0-800-222-1002
www.salud.gov.ar/dinesa

dinesacomunica@salud.gov.ar
(011) 4801-1623
J. Salguero 3457 CABA

Dirección Nacional de
Emergencias Sanitarias

COBERTURA
UNIVERSAL
de SALUD

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



Estas reacciones son esperables cuando una persona pasa por situaciones críticas. Lo más importante es cuidarte y cuidar a quienes te rodean. Por eso, te recomendamos:

Si atravesaste una situación de emergencia o desastre, es probable que tengas algunas reacciones fuera de lo común y que sientas cambios en tus emociones, conductas y pensamientos, e incluso algún malestar físico.

- Desgano, irritabilidad, cambios de humor, insomnio, pesadillas.
- Ansiedad, estado de alerta, miedos, nerviosismo, frustración.
- Sobresaltos, mareos, náuseas, taquicardia, tensión muscular.
- Confusión, desorientación, falta de concentración.
- Consumo problemático de alcohol o sustancias psicoactivas.

Los niños, niñas y adolescentes también se ven afectados por las situaciones críticas y requieren de acompañamiento especial. Prestá atención a cambios en sus conductas y sentimientos, o a otras señales que te llamen la atención.

- Conversar con otras personas sobre lo que te pasa.
- Manifestar tus sentimientos.
- Mantenerte ocupado/a y retomar lo antes posible tus rutinas y actividades cotidianas.
- Participar en actividades que te hagan sentir útil.
- Apoyar a las personas que te rodean, sobre todo a niños, adultos mayores y personas con discapacidad.
- Pedir información sobre los lugares y organismos cercanos donde recurrir para resolver las diferentes necesidades.
- Proponerte pequeñas metas y objetivos que puedas cumplir a corto plazo.