

Santiago Valero Alamo.

Licenciado en Psicología

C.Ps.P No 0947

Egresado de la Maestría en Psicología

Miembro de la International Critical Incident Stress Foundation, INC. USA

Membership No 4313

*Psicólogo de la Brigada de Desastres del Cuerpo General de Bomberos
Voluntarios del Perú.*

Capitan 2º Jefe de la Compañía de Bomberos "Magdalena No 36"

*Conferencista de la Dirección Nacional de Educación y Doctrina del Instituto
Nacional de Defensa Civil.*

*Consultor Ad-honorem de la Oficina de Defensa Nacional del Ministerio de
Salud en el área de Emergencias y desastres.*

Psicólogo de la Policía nacional del Perú.

Jr. Canterac 173

Jesús María (Lima 11)

Lima - Perú.

Telf. 4236126

INDICE

INTRODUCCION

- I.- *INTERVENCION EN CRISIS*
 - A.- *Antecedentes historicos.*
 - B.- *Estructura general de la crisis*
 - C.- *Apoyo psicossocial*

- II.- *LA PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA*
 - A.- *Objetivos de la PAP*
 - B.- *Tiempo de duraci3n*
 - C.- *Quienes lo pueden realizar*
 - D.- *Donde se puede realizar*
 - E.- *Cinco componentes de la PAP*
 - F.- *Que no hacer en la PAP*

- III.- *INTERVENCION EN LA SALA DE URGENCIAS*

- IV.- *LA NOTIFICACION DE LA MUERTE*

- V.- *MANEJO DEL INCIDENTE CRITICO EN STRESS*

- VI.- *DEBRIEFING*
 - A.- *Conceptos*
 - B.- *Quienes son atendidos*
 - C.- *Factores que influyen en la reacci3n individual*
 - D.- *Quienes lo conducen*
 - E.- *Cuando administrarlo*
 - F.- *Tiempo de duraci3n*
 - G.- *Objetivos*
 - H.- *Consideraciones generales*
 - I.- *Consideraciones especificas*
 - J.- *Fases*

- VII.- *BRIEFING*

- VIII.- *DEFUSING*
 - A.- *Consideraciones generales*
 - B.- *Fases*

- IX.- *SITUACIONES ESPECIFICAS*
 - A.- *Stresores psicossociales*
 - B.- *Alberges temporales*
 - C.- *Intervenci3n con ni1os*

- *NOTAS*

- BIBLIOGRAFIA*

INTRODUCCIÓN

Las emergencias afectan no solamente a las víctimas o damnificados que pierden sus propiedades, sufren graves injurias sobre su salud física o pierden a sus seres queridos, sino que también afectan a los integrantes de los equipos de respuesta (bomberos, policial, médicos emergencistas, paramédicos, etc.) Lifton (1967) fue uno de los primeros investigadores sobre el deterioro psicológico en los trabajadores de rescate, observándose reacciones emocionales, semejantes a la "impresión de la muerte", "Entumecimiento psíquico", en medio de los que asistieron a las víctimas de la bomba atómica de Hiroshima.

Taylor y Frase (1981-1987) clasifican a las víctimas de una emergencia en seis amplias categorías, dependiendo de su relación directa o indirecta con la emergencia, las víctimas de tercer grado según esta clasificación son los miembros de los equipos de respuesta, Colen (1979) manifiesta que sería ridículo sugerir que estos individuos están entrenados para caminar entre cadáveres, tejido humano ardiente, cráneos descarnados y partes de cuerpos; Mitchell J (1982) añade que el personal que trabaja en las acciones de rescate después de un desastre debe de esperar reacciones emocionales, físicas, cognitivas y de comportamiento, no sólo de las víctimas sino también de ellos mismos.

Frederick Burle J, manifiesta que la mayoría de los integrantes de los equipos de respuesta manejan bien las situaciones de emergencia (80% a 90%) como consecuencia de su entrenamiento y experiencia, los bomberos con mayor experiencia parecen "digerir" la situación de emergencia más fácilmente que los inexpertos, estas reacciones van a depender de las características de la emergencia, el nivel de competencia del grupo, la oportunidad de valorar la situación, la estructuración del equipo, educación, capacidad de alerta y conceptos sobre la fuerza de carácter en la selección y entrenamiento (Schreier, 1989).

Mitchell al respecto manifiesta que contrariamente a lo que sucede con las víctimas los socorristas son más capaces de reprimir sus reacciones emocionales, porque han aprendido por la experiencia que pueden quedar incapacitados por sus propias emociones durante la emergencia, pero aunque pretendan negarlo también son vulnerables al impacto psicológico negativo de las labores en emergencias.

Como consecuencia de múltiples investigaciones realizadas sobre el impacto psicológico de los desastres en la legislación de los E.U. en la Sección 413 de la disaster Relief Act de 1974 (Public law 93-288) se estipula la asignación de fondos para la ayuda y orientación en crisis a los damnificados a través del National Institute of Mental Health, e incluye la ayuda económica a las organizaciones locales o estatales, así como organizaciones privadas de profesionales de salud mental a fin de que

proporcionen tales servicios a los damnificados.

En 1977 Brownstone y Colb. proponen que se conceda a los aspectos de salud mental la misma importancia que se brinda a la atención pública corriente de urgencias a las víctimas y sobrevivientes de los desastres.

En base de estos antecedentes y a los trabajos investigativos que se han planteado líneas arriba sobre el impacto emocional de las emergencias en los equipos de respuesta, en 1984 la Federal Emergency Management Agency (FEMA) que es el máximo organismo público que coordina la ayuda en situaciones declaradas de desastres y el National Institute of Mental Health (NIMH) de los EU, empezaron a preocuparse por el impacto de los desastres y las emergencias en la Salud Mental de los integrantes de los equipos de respuesta, dándose un impulso a las investigaciones y diversos aportes de técnicas de ayuda psicológica orientadas a la "desmovilización" emocional de los equipos de respuesta.

El presente Manual trata de ser una ayuda efectiva para los profesionales psicólogos que trabajan en el área de las emergencias y desastres; en una primera parte desarrolla la técnica de la intervención en crisis en su modalidad de Primera Ayuda psicológica (PAP), en segundo lugar presenta la técnica de Debriefing como técnica más especializada en la ayuda psicológica en la ayuda a los emergencistas y por último se desarrollara la técnica del Defusing concebida como un instrumento más elemental y de intervención rápida.

Lima Marzo de 1997.

INTERVENCION EN CRISIS

ANTECEDENTES HISTORICOS:

El origen de la intervención en crisis moderna se remonta a los trabajos de Eric Lindermann, el cuál trabajando en el Massachusetts General Hospital, desempeño un papel activo en la ayuda a los sobrevivientes y a los que perdieron a sus seres queridos en el incendio del Club Nocturno Coconut Grove el 28 de marzo de 1942, en el cual perecieron 439 personas.

Su informe clínico sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes se convirtió en la piedra angular para las teorizaciones subsecuentes sobre el proceso del duelo.

Fue precisamente que partiendo de estos principios que Gerald Caplan integrante también del Massachusetts General Hospital y del Harvard School of Public Health, que formulo el significado de la crisis en la vida.

Por su parte Leopold Bellak utilizando su experiencia con los Veteranos de la Segunda Guerra mundial (1946) publico en 1952 su primer artículo sobre Psicoterapia breve en el contexto de la psicoterapia de Urgencia para la depresión y en 1983 publica su obra clasica "Manual de Psicoterapia breve intensiva y de urgencia "de Orientación Psicoanalítica.

En 1963 el presidente Jhon F. Kennedy tuvo el proposito de crear el CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL, dandose la escena para una revolución en la provición de los servicios de soporte psicológico a los ciudadanos de los Estados Unidos.

Este acto de 1963 tuvo un severo e importante impacto sobre los servicios de Salud mental:

- 1.-Se inicio la desintitucionalización de los servcios de salud mental por el establecimiento de los Centros de Servicio Comunitarios.
- 2.-No solo se enfatizo en la comunidad como base del servicio, dando un buen servicio.
- 3.-Un fuerte énfasis fue puesto sobre la prevención,este servicio de prevención fue formulado consistentemente en los lineamientos seguidos por el Dr. Gerald Caplan, que renovo internacionalmente la teoría de la intervención en crisis y guía el desarrollo mundial de la práctica en la intervención en crisis.
Caplan argumenta, que la prevención esta compuesta por :
 - a.-Prevención primaria(reducir los stresores medio ambientales y los factores de riesgo).
 - b.-Prevención secundaria(orientado a mitigar la enfermedad mental).
 - c.-prevención terciaria(seguido de los servicios de intervención y rehabilitación).

4.-Finalmente el uso de paraprofesionales(para la comunidad " buscar un soporte").

Los voluntarios paraprofesionales usualmente tenían un programa de entrenamiento de 40 horas a más.

La proyección primaria del sistema para una nueva aproximación de estrategias en salud mental fue hablar en clínicas comunitarias y telefónicamente,(hot line) en adición a los tradicionales servicios de oficina.

Sin embargo los centros comunitarios de salud mental realizados en 1963 ciertamente no fundaron el concepto de Intervención en crisis (los cuales fueron establecidos en las de cadas de los 30 a los 40) pero aclararon grandes conceptos sobre soporte, esta es una primera era o epoca en la intervención en crisis.

La base comunitaria de la intervención en crisis gozo grandemente de popularidad en muchas areas entre los 60 a los 70, no obstante la esencia de los conceptos teóricos de la intervención en crisis sigue usandose en la actualidad,apesar que la popularidad de los programas comunitarios basados en la intervención en crisis disminuyeron en 1980.(1)

Karl A. Slaikeu (1984) en su libro "Intervención en crisis" desarrolla estrategias de tratamiento en base a la "Terap Multimodal de la Crisis" construida sobre el modelo que desarrollara Lazarus (1976-1981) y en base a la perspectiva Cognositiva (Beck 1976, Ellis y Harper 1961, Mahoney 1974)

Esta terapia multimodal de la crisis examina aspectos Conductuales, afectivos, somáticos, y cognositivos de cualquier crisis. La intervención en crisis se puede dividir en Intervención de primer orden o Primera Ayuda psicológica (PAP) y la intervención de segundo orden o terapia en crisis (2)

LA PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA (3)

En su publicación Slaikeu (1988) no especifica el uso de esta tecnica como específica para ser aplicada a los integrantes de los equipos de respuesta, su aplicación es más de tipo individual y puede ser aplicada a cualquier tipo de persona que se encuentre en una situación de crisis; sin embargo se presta para nuestros propositos porque la PAP es aplicable para las Crisis Circunstanciales por su carácter inesperado o accidental cuyo rasgo más sobresaliente es que se apoya en algún factor ambiental (desastres, emergencias,violencia) que desencadena la crisis.

Se debe tener presenta que las crisis se caracterizan por ser un colapso de la capacidad para resolver problemas, es un estado temporal de trastorno y desorganización y tiene el potencial para obtener resultados radicalmente positivos o negativos, la perspectiva cognositiva de la crisis (Toplein 1971) sugiere cómo es que el individuo percibe la crisis, es decir como el suceso ataca en la estructura de la existencia de la persona, haciendola extremadamente vulnerable y sugestionable.

OBJETIVOS DE LA PAP

Objetivo principal

Restablecer el enfrentamiento inmediato, ayudando a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación e iniciar el proceso de solución del problema (Lazarus 1980).

Objetivos secundarios

Proporcionar apoyo : consiste en permitir que la persona hable, brindando cordialidad y preocupación proporcionando una atmósfera en que puedan expresar su angustia y su colera.

Reducir la mortalidad : se orienta a prevenir lesiones físicas durante la crisis en decir agresiones o suicidios.

Proporcionar enlaces a recursos de ayuda: en vez de tratar de resolver de inmediato la crisis global se debe de identificar con precisión sus necesidades críticas.

TIEMPO DE DURACION:

Generalmente toma una sola sesión que puede durar de minutos a horas.

QUIENES LO PUEDEN REALIZAR:

Personal entrenado, no necesariamente por profesionales de salud mental.

DONDE SE PUEDE REALIZAR:

En ambientes comunitarios, casas, escuelas, cuarteles de bomberos, puestos policiales, líneas de urgencia, etc.

CINCO COMPONENTES DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA

1.-HACER CONTACTO PSICOLOGICO:

Se invita al paciente a hablar, se esta atento a los hechos y sentimientos; declarando empatía y comunicando interes; se debe tocar físicamente a la persona, un contacto cariñoso o el brazo alrededor de los hombros tiene con frecuencia, un importante efecto tranquilizante además de significar interes humano; haciendo sentir al paciente que es escuchado, estar atento; tanto a lo que pasó como a la reacción de la persona al suceso (sentimientos) comprendido, aceptado y apoyado, tratando de reducir la intensidad de la angustia, y desarrollando su capacidad para la solución de problemas; Crow (1977), habla sobre los sentimientos o las concomitantes afectivas de la crisis, casi siempre, estar ansioso, enojado, o deprimido ("crisis amarilla, roja y negra"). Describe la labor del ayudante no sólo como la de reconocer estos sentimientos, sino también, responder de una manera tranquila y controlada, resistiendo la tendencia a dejarse envolver en la intensidad de los sentimientos del paciente.

2.-EXAMINAR LAS DIMENCIONES DEL PROBLEMA:

La investigación se orientan al pasado, presente y futuro inmediato, se refiere a los sucesos que culminan en el estado de crisis, en especial el suceso específico que desató o presipito la crisis.

Tambien es importante determinar el funcionamiento de las siguientes dimensiones:

Conductual.- (Patrones de trabajo, juego, ocio, dietas, ejercicios, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas, descarte de conductas agresivas, suicidio, homicidio, metodos habituales para enfrentar la crisis.

Afectivo.-Sentimientos de ansiedad, colera, depresión, afecto inadecuado a las circunstancias de la vida, sentimientos, manifiestos o encubiertos.

Somático.- Funcionamiento físico general, estado de la salud

Interpersonal.-Naturaleza de las realciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, fuerzas interpersonales y dificultades, número de amigos, rol asumido con los amigos(líder, pasivo, independiente, coigual), modo en la resolución de los conflictos (asertivo, agresivo, introvertido)

Cognositivo.-Día normal y sueño de noche, autoimagen, objetivos de la vida, exploración de pensamiento catastrófico, sobregeneralizaciunes, delirios, alucinaciones, diálogo irracional con uno mismo, racionalizaciones, ideación paranoide, actitudes hacia la vida.

El objetivo principal de este segundo aspecto de la primera ayuda psicológica es; trabajar hacia un ordenamiento del grado de las necesidades de la persona dentro de dos categorías:

- Problemas que deben de tratarse de inmediato.
- Problemas que pueden posponerse.

En la confusión y desorganización del estado de crisis, la gente a menudo intenta tratar todo al mismo tiempo.

3.-EXPLORAR POSIBLES SOLUCIONES:

Preguntar al paciente lo que ha intentado hasta ahora, explorar lo que puede o pudo hacer ahora, proponerle alternativas, nuevas conductas, ayudarle a redefinir el problema, la premisa es que la impotencia puede impedirse al estimular al paciente a producir ideas sobre lo proximo a realizar, esto es ayudarlo a operar desde una posición fuerte en vez de debil.

4.-AYUDAR A TOMAR UNA ACCION CONCRETA:

Si la mortalidad es baja y la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces se asume una actitud facilitadora "Hablemos" "actúe", estableciendo un convenio para la acción entre el ayudante y el paciente, en esta etapa

el ayudante y el paciente hablan pero el paciente toma la mayor responsabilidad para cualquier acción, el enfoque facilitador puede clasificarse desde el escuchar activo hasta el consejo; el primero significa fundamentalmente escuchar y reflejar el contenido del mensaje a través de varias fases de la discusión. En otros casos la actitud facilitadora incluye consejo, el ayudante se dirige a un particular curso de acción.ej. "Estoy preocupado por lo que pudiera pasarte, creo que deberías..."

Si la mortalidad es alta (peligro para el paciente,el mismo o alguien diferente), o si la persona no es capaz de cuidarse a sí misma(ebria o tan perturbada emocionalmente como para estar incapacitada), entonces la actitud del ayudante será directiva, ej. "Hablaemos", "Puedo actuar en su beneficio", el convenio para la acción puede incluir a la familia y otros recursos comunitarios.

5.-SEGUIMIENTO :

El objetivo del seguimiento es ante todo completar de nuevo la retro alimentación o determinar si se han o no realizado los propósitos de la PAP: Proporcionar ayuda, reducir la mortalidad, enlazar los recursos comunitarios.

QUE NO HACER EN LA PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA:

- 1.- **Contacto :** Contar su propia historia, ignorar los hechos y sentimientos, jugar o tomar partido.
- 2.- **Dimenciones del problema :**formular preguntas de respuestas seradas sí-no, ignorar signos de peligro.
- 3.- **Posibles soluciones :** Permitir la visión en túnel, dejar obstáculos inexplorados, tolerar una mezcla de necesidades.
- 4.- **Acción concreta :** Intentar resolver todo ahora, hacer decisiones obligatorias a largo plazo, ser tímido, retraerse de tomar responsabilidades cuando sea necesario.
- 5.- **Seguimiento :** Dejar detalles al aire, o suponer que el paciente continuará con la acción sobre el plan bajo su propia responsabilidad.

INTERVENCION EN LAS SALAS DE URGENCIA

Las enfermedades o temores que traen a los pacientes a las salas de urgencia, a menudo son por heridas repentinas e inesperadas y algunas veces casos de vida o muerte. La crisis psicológica que acompaña a una enfermedad grave o lesión física, se relacionan con frecuencia a la amenaza percibida hacia los propósitos importantes de la vida y perdida potencial, resultando en sentimientos de impotencia e incapacidad para manejar la situación usando los mecanismo de resolución de problemas acostumbrados.

El miedo y el pánico totales pueden acarrear alteraciones pulmonares, el estrachamiento de venas y arterias y la

desestabilización del corazón en un momento crítico en la lucha por sobrevivir. (COUSINS 1983).

Aunado a todo esto el paciente se tiene que enfrentar a un ambiente completamente extraño y desconocido, su intimidad es violada(se ve despojado de sus ropas, se le introducen sondas, etc.), nadie le indica que es lo que tiene y se ve rodeado por personas que se quejan o se encuentran moribundas.

J.S.COOK y K.L. FONTAINE en su manual de "Enfermería psiquiátrica"(1990) abordan en forma bastante didáctica las estrategias de ayuda psicológica con pacientes que ingresan a las Unidades de emergencias al respecto mencionan que La PAP consiste en hablar con el enfermo, identificándose, y explicarle lo que ocurre, reconociendo sus sentimientos de ansiedad "debe ser aterrador estar en un lugar como este", este primer procedimiento se orienta a personalizar la interacción con el paciente, disminuir su miedo a lo desconocido y demostrarle respeto y preocupación y darle valor a sus sentimientos, esto dará como resultado que el paciente se dará cuenta de dónde está y de lo que ocurre.

En segundo lugar se trata de explicar el uso del equipo y del personal, ayudándolo a reconocer el entorno y por ende a la disminución de su ansiedad.

En tercer lugar cuando vaya a ser trasladado, se informará al paciente sobre la nueva unidad, contestando a sus preguntas en forma sincera, para lograr disminuir la novedad de la unidad disminuirá la ansiedad, las presentaciones con los nuevos profesionales encargados facilitan el traslado, lográndose que el paciente exprese su entendimiento de la nueva unidad donde está siendo trasladado.

Las reacciones de los familiares del paciente gravemente enfermo o lesionado son muy variadas algunas se vuelven extremadamente ansiosas y agresivas otras por el contrario están aparentemente demasiado tranquilas en la PAP se tendrá en cuenta los siguientes pasos:

Primero se responderá directamente a los sentimientos de la familia (p). "puedo entender lo aterrador que es para ud.") u "oigo que te molesta estar separada de tu esposo ahora mismo", las necesidades de la familia son sentimientos conocidos y válidos.

En segundo lugar si un miembro de la familia está en estado de gran ansiedad, se usará un acercamiento firme y amable y un reconfortamiento acariciándole, debido a que el campo perceptual es estrecho por la ansiedad, la comunicación firme y breve es todo lo que puede comprender, lográndose que disminuya el nivel de la ansiedad.

Tercero algunas personas necesitarán una gran estructura para enfrentarse, por lo consiguientemente hay que decirles claramente dónde ir y que hacer después, debido a que muchas familias tienen dificultades en tomar decisiones bajo condiciones de alto stress.

Cuarto, el manejo de la información que se le suministra a la

familia sobre el estado de su ser querido es también de vital importancia para lo cual se debe acordar con la familia que un miembro del equipo de emergencia les dará información actualizada cada 30 minutos durante el periodo inicial de la crisis, lográndose con esto que el miedo descienda y sus sentimientos de aislamiento; de debera de repetir la información cuanto sea necesaria, no asumir que se entiende lo que se dice, el stress limita el campo perceptual y necesita la repetición de la información; se deberá de asegurar a la familia que el usuario se mantendrá libre de dolor y lo más comodo posible, esto de debe a que las familias tienen miedo y a menudo fantasías sobre la condición del paciente y podrá expresar comprensión de lo que se está haciendo para ayudarle a su familiar.

Quinto en caso de encontrarse inconsciente se le explicará a la familia que el paciente puede ser capaz de oír y entender lo que se está diciendo, la familia ha de ser animada a hablar con el paciente y tener cuidado de hacer comentarios .

LA NOTIFICACION DE LA MUERTE.

La primera reacción de muchos familiares es de Shock o negación, la negación es una defensa usada para enfrentarse a un dolor inmenso, es necesaria para mantener la estabilidad cuando se afronta una sobrecarga emocional, algunas personas confiarán en explosiones emocionales tales como llorar o gritar, como formas de descargar la energía de ansiedad o miedo.

Otros intentarán enfrentarse haciéndose dependientes y necesitarán a alguien que les tranquilice. Otros expresan sus frustraciones quejándose o estallarán en ira y acusarán al personal de incompetencia y con una sensación de impotencia y desesperación.

Algunos se retirarán rápidamente, mientras que otros hablarán sin cesar o se reirán como reacción de ansiedad .

El dar la noticia de la muerte de un compañero de equipo o trabajo a miembros de la familia es una dura tarea al respecto , Weisman (1976) indica que no hay argumento que permita dar malas noticias sin dolor. Los familiares serán lastimados pero sobrevivirán.

Los informantes deben de esperar, incredulidad (negación como mecanismo de defensa inicial), choque o cruel antagonismo (agresividad, buscando un culpable), porque despues de todo son los portadores de las noticias tristes, la respuesta inicial puede ser también de confusión o quedarse sin palabras o a la deriva, recorriendo nerviosamente la habitación. esto puede seguirse por acusaciones, autodirigidas o hacia la autoridad en quien la familia a confiado (medico, jefe de compañía, oficial al mando etc.).

En contraste, hay adormecimiento al principio y la incredulidad puede dar una falsa impresión de tranquilidad y control. Por lo tanto durante estos momentos iniciales, seguidos de una simple conversación de los acontecimientos básicos. El profesional deberá prepararse para ayudar, absorber diversas

respuestas sin acobardarse ni precipitarse a mejorar mediante explicaciones intelectuales sin ser defensivo, culpable, apresurado, sin actos arbitrarios de arrepentimiento personal.

Las personas parecen no escuchar lo que se les esta diciendo, es necesario repetir varias veces la información para asegurarse que a sido entendido.

Cuando se informa a la familia sobre la muerte se usarán palabras específicas mejor que eufemismos vagos (ej. su esposa a muerto en vez de hemos perdido a su esposa), debido a que cuando la ansiedad es alta se deben de usar terminos claros y simples para reducir las malas interpretaciones.

En el caso de fallesimiento en una centro hospitalario se puede ralizar la siguiente labor de PAP.

Primero se deberá permitir a los cónyugen estar con el familiar en el momento de la muete, si es que lo desean afín de continuar compartiendo experiencias significates de la vida.La familia tendrá emnos dudas sobre las condicieones que rodearón a la muerte.

Segundo se proporcionara intimidad para la familia y acompañarlos, deben de sufrir sin estar expuestos a extraños.

Tercero se le dira a la familia que ocurrió y porqu con lo cual descenderá la fantasía que puede tener la familia y rellenar las faltas de información que puedan presentarse.

Cuarto se lesdará la oportunidad y el tiempo de hablar y reaccionar a la muerte, la verbalización del sufrimieto es un comportamiento apropiado de enfrentamiento.El deseo del psicólogo de escuchar refuerza este comportamiento de enfrentamiento.

Quinto proporcionar que se satisfagan las necesidaes religiosas que son una forma de confortar a la familia.

Sexto ofreser la oportunidad de ver al cadáver y prepararlos para su contemplación.

Septimo no se debe ser crítico si los miembros de la familia no pueden funcionar eficazmente, ser más bien comprensivos, si es necesario se debe de llamar a la familia se debe de asumir la responsabilidad hasta que la familia pueda hacerlo.

Octavo se ayudara con el proceso de conclusión, eplicando que hacer despues, dónde irá el cuerpo, si habrá autopsia,etc. los familiares a menudo no conocen el procedimiento ni que responsabilidades y requerimientos legales se deben de satisfacerse,si es necesario se ayudara a encontrar el transporte a casa, intentar que alguien espere en el domicilio, los familiares necesitan de un apoyo continuo despues de marcharse.

Noveno se hará una llamada de seguimiento en la semna, las familias necesitan a menudo revisar las circunsatancias de la muerte tras el funeral.Rellenar la falta de información con respecto a la experiencia de la muerte.

MANEJO DEL INCIDENTE CRITICO EN STRESS: (CISM)

La popularidad de los programas comunitarios basados en la intervención en crisis disminuyeron en 1980.

Una nueva aproximación a la intervención en crisis, una suerte de renacimiento, se ha iniciado con los miembros de las profesiones de "Gran riesgo", bomberos, policias, servicios de emergencia medicos, paramedicos y militares, ha venido a "redescubrir" la aplicación de la intervención en crisis, como directa traslación de las tecnicas originales de la intervención en crisis.

La más clara y popular de las variaciones de la tecnología de la Intervención en crisis usada hoy dia es la Administración para el Incidente Crítico en stress, como aproximación a la intervención en crisis CISM es designado por defición para la reducción de los:

- 1.- Incidentes.
- 2.- Duración.
- 3.- Severidad.
- 4.- Deterioro por crisis y trauma.

Esto tambien es designado a facilitar el acceso a los siguientes servicios de Salud Mental que pueden ser escasos.

CISM es una nueva generación de los servicios de intervención en crisis el CISM representa un sistema de intervención en crisis integral, comprensivo y de múltiples componentes; estos son los primeros 6 componentes:

- 1.- Preparación y entrenamiento para pre-incidentes.
- 2.- Soporte en crisis individual uno a uno.
- 3.- Desmobilización para desastres masivos.
- 4.- Defusing.
- 5.- Debriefing en Incidente critico en stress.
- 6.- Mecanismos de soporte familiar
- 7.- mecanismos para referir a los siguientes servicios de salud mental.

CISM, representa una segunda era o epoca en la tecnología de la intervención en crisis.

El paradigma del CISM, es ciertamente los fundamentos principales de la prevención de Caplan y es tambien consistente con los principios militares para el traspaso a los servicios de crisis (proximidad, inmediatez, y expectancia) son más y más las comunidades y grupos de alto riesgo profesional que adoptan el CISM como programa.(4)

El Dr. Jeffrey T. Mitchell, presidente de la "International Critical Stress Foundation Inc. (ICISF. INC-USA), es uno de los pioneros que ha trabajado y estudiado el impacto psicológico de los desastres y emergencias, en los equipos de respuesta (bomberos, policias, rescatistas, medicos emergencistas, paramedicos) así mismo a promovido la formación de los Equipos CISM (team CISM) entendiendo al CISM como la Administración o manejo del stress, es una aproximación sistemática y multifocal, incluye la educación, capacitación y preparación organizacional para la

intervención en crisis y la mitigación del Stress(5).

La organización pionera en los Estados Unidos es The May Flower CISM Team, que se fundó en 1985 en Denver Colorado, los CISM-Team han ido proliferando en los E.U. en parte por la ley que lo permite y en parte por los esfuerzos de ICISF, Inc.; esta Organización informa por ejemplo que en 1989 existían de 3 a 4 equipos en Indiana, aumentando a 18 en 1995, estos CISM-team han participado en el atentado sufrido en contra del Edificio federal en Oklahoma el 19 de Abril de 1995 con características similares a las sufridas por nosotros en la calle Tarata en Miraflores, con la diferencia que en este edificio de los EU en uno de sus pisos funcionaba una guardería infantil.; en esta oportunidad el Battalion Chiefs contó con un CISM-Team coordinator for the Orange County Fire Authority in Orange County, California, el cual realizó un trabajo de CISD con los 62 miembros de la "Fuerza de tarea" Nº5 de Búsqueda y Rescate Urbano de California perteneciente al FEMA, similar trabajo se realizaron CISD-Teams en las labores de recuperación de los restos humanos de la tragedia del Vuelo 800 de la TWA en las costas de Long Island, NY. el 17 de Julio de 1996 a las 20:40 Hrs. en esta oportunidad se realizaron 12 full Debriefings al personal de emergencia, miembros de la Línea aérea, familiares, personal militar y civil, permaneciendo en el lugar durante 6 días.

Este tipo de Técnica se difundió a nivel internacional por sus excelentes resultados es así que el Kobe y Osaka Mental Health Relief Team, durante 1996 a tenido capacitación en CISD en San Francisco California.

DEBRIEFING

El Debriefing es una técnica ampliamente recomendada para el trabajo con el personal de los equipos de respuesta y esta íntimamente ligada a términos tales como DSPT (Desordenes de Stress Post-traumático), CISD (Critical Incident Stress Debriefing), CISM (Critical Incident Stress Management) y en el cual entendemos por INCIDENTE CRÍTICO EN STRESS a la "Reacción emocional, conductual y fisiológica que experimentan los trabajadores de emergencias que enfrentan un trauma agudo específico, como puede ser una inesperada falla en la misión, la presencia del excesivo sufrimiento humano o la muerte traumática de mujeres y de niños, el tener que trabajar en lugares de gran contaminación o riesgo que amenazen la vida o integridad física de los trabajadores; esta situación tiene el potencial de afectar en las habilidades para actuar en el lugar de la emergencia o posteriormente para adaptarse al trabajo rutinario o familiar" (6).

CONCEPTO DE DEBRIEFING:

"El Debriefing es una aproximación al manejo del stress como respuesta subsiguiente a un trauma o incidente crítico, es un "reajuste psicológico", que a sido calificado como un "desahogo" de la tensión generada por el Incidente Crítico." (7)
Los Incidentes críticos que demandan del debriefing se pueden resumir de la siguiente manera:(8)

- a.- Muerte en la Línea del deber (caído en acción)
- b.- Serias lesiones en la línea del deber
- c.- Asesinato o lesiones por cumplir con sus obligaciones
- d.- Accidentes multicausales en desastres.

El CISD no es considerado como psicoterapia tradicional, pero sí tiene elementos psicoterapéuticos. Es un proceso que hace énfasis en la orientación o "educación" en el stress y permite a un grupo entrenado en CISD evaluar rápidamente a los trabajadores para observar si necesitan algún tipo de intervención psicológica especializada, luego de haberseles dado la oportunidad para expresar sus preocupaciones y reacciones a la emergencia.

El CISD no debe ser confundido con una CRÍTICA, con el fin de detectar problemas y buscar soluciones a ellos. El CISD permite la ventilación de las experiencias propias, en un proceso afirmativo que tranquiliza a los individuos, conserva su derecho a la intimidad y ENFATIZA la normalidad de sus reacciones.

En el CISD son los compañeros quienes con frecuencia brindan el principal apoyo a los trabajadores con la dirección del personal de salud mental especializado en las tareas de emergencia. La mayor parte de los equipos de respuesta que tienen la ventaja de pasar por los procesos del grupo de CISD se recuperan adecuadamente de los traumas emocionales que sufrieron mientras participaban en la situación de emergencia, si aún requieren ayuda el CISD les brinda la oportunidad para la pronta detección y envío a consulta especializada.(9)

QUIES SON ATENDIDOS:

Pueden ser atendidos grupos multidisciplinarios que participarán en el Incidente Crítico (policías, bomberos, médicos, paramédicos etc.) o integrantes de un mismo equipo, el trabajo se caracteriza por ser en grupo sentados en círculo estas sesiones consisten en:

- a.- Discusión sobre lo sucedido ese día.
- b.- Recomendaciones para el día siguiente.
- c.- Sugerencias para mejorar el desempeño.
- d.- Posibilidades de "ventilación" de sentimientos acumulados, compartiéndolos con otros que viven la misma situación.(10)

QUIENES CONDUCEN EL DEBRIEFING:

El CISD, es conducido por profesionales de Salud mental especialmente entrenados y colegas seleccionados. El facilitador debe tener experiencia en dinámica de grupos y comunicación, intervención en crisis y un buen conocimiento de los Síndromes propios del stress-trauma y en los procedimientos de los servicios de emergencia.(Mitchell 1983)

Algunas personas insisten en dar desmovilización en Incidente crítico en Stress CISD inmediatamente, esto es una practica peligrosa que puede causar gran daño.

TIEMPO DE DURACION.

Usualmente puede durar de 2 a 4 horas, el ambiente debe de ser privado y sin interrupciones.

OBJETIVOS DE DEBRIEFING.

1.-OBJETIVOS GENERALES:(14)

- a.-Revisar el rol del miembro del equipo de respuesta.
- b.-Facilitar la expresión de sentimientos.
- c.-Explorar problemas específicos encontrados y dar soluciones a propuestas.
- d.-Identificar daños sufridos.
- e.-Explorar posibles consecuencias.
- f.-Identificar a los que están en riesgo.
- g.-Promover educación y respeto por los procesos reactivos normales al stress agudo.
- h.-Explicar como enfrentarse al stress en forma adaptativa.

2.-OBJETIVOS ESPECIFICOS:(15)

- a.- Soporte significativo a personas con stress individual
- b.- Asistencia inmediata a los familiares.
- c.- Consejo al comando

CONSIDERACIONES A TENERSE EN CUENTA EN UN DEBRIEFING:(16)

- 1.- Observar y dotar de un plan de desmovilización, actitud cálida y de igualdad con el grupo, ser un amigo que apoya.
- 2.- Sirve para aclarar el rol no es una crítica, el proposito es compartir sentimientos sobre las dificultades, es un proceso confidencial
- 3.- Se debe de escoger un momento tranquilo y confortable sin interrupciones.
- 4.- Explique porque es usted el que debe de iniciar el debriefing.
- 5.- No fuerce el proceso este listo para observar las señales de emoción y vulnerabilidad.
- 6.- Detenga las críticas de otros.
- 7.- Si uno de los participantes está visiblemente agitado es mejor abordarlo en privado.
- 8.- No detenga las expresiones de los sentimientos de dolor y aflicción.
- 9.- No permita las posturas de dureza, insensibilidad o humor negro.

- 10.-Terminada la sesión despues de las expresiones emocionales es necesario una transición hablando sobre la acción, los planes internalizados individualmente para sobrevivir y el hallarse listos para el retornar al hogar.

FASES DEL DEBRIEFING:(17)

El Debriefing tiene seis pasos o secuencias que se deben de seguir en su conducción estas son :

1.-INTRODUCCION:

Consiste en la presentación de los integrantes del grupo sus nombres, edades, roles, así como la presentación del facilitador ,su rol en el grupo, y la característica de confidencialidad de la reunión y de los objetivos que se persigen.

2.-RECORDAR:

En esta fase se realizan los primeros recuerdos sobre la exposición al Incidente crítico, su trabajo, tareas y misión encomendada en la emergencia, se relata lo vivido.

3.-REACCION:

Es la expresión de sentimientos,emociones y reacciones sobre el Incidente.

4.-SINTOMAS:

En esta fase se discuten los síntomas físicos, emocionales y conductuales, así como los cambios que pueden estar ocurriendo en sus vidas despues del incidente.

5.-INSTRUCCION:

Consiste en dar a conocer las caracteriosticas del stress-trauma, se enseña que los síntomas no son malos, sino más bien esperados en la situación por la cual están pasando.

6.-REINGRESO:

Es la fase final en la cual se hace un resumen de las experiencias vividas y de las lecciones positivas obtenidas.

CONSIDERACIONES GENERALES:

- 1.-El debriefing vuelve analizar en detalle las secuencias del evento como fue vivenciado por cada participante.
- 2.-los miembros del equipo de rescate deben tambien participar con el resto del grupo con sus pensamientos tenidos durante y posterior a la emergencia.
- 3.-Es más fácil comenzar con un relato de las informaciones actuales, una descripción de las actividades del equipo de respuesta, esto puede llevar naturalmente a asuntos más delicados como sus reacciones emocionales.

- 4.-en cuanto a los aspectos negativos, estos trabajadores pueden estar experimentando una sensación de desesperación, miedo a ser inútiles o pueden estar con problemas con sus familiares, algunos pueden estar sufriendo lo que se llama "Culpa de performance" por su supuesta falla o error en su participación.
- 5.-En las reacciones positivas se puede incluir sentimientos de satisfacción de haber encontrado una víctima viva en el caso de rescatistas, de haber dominado la emergencia o un sentimiento de seguridad.
- 6.- Algunas veces una fuerte relación puede desarrollarse entre un rescatista y una persona rescatada o entre los integrantes de los diversos equipos de respuesta, pudiendo originar algunos problemas que dañen las relaciones familiares.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REACCION INDIVIDUAL (SINDROME DE INCIDENTE CRITICO EN STRESS) (18).

- 1.-Magnitud de la emergencia.
- 2.-Duración del grado de exposición.
- 3.-Grado de daño personal.
- 4.-Características de la personalidad individual y estabilidad emocional.
- 5.-Mecanismos de defensa desarrollados en experiencias pasadas.
- 6.-El rol que desempeña en la emergencia (Lider de equipo, oficial al mando, etc.)
- 7.-La frecuencia de experiencias similares.
- 8.-Las expectativas individuales.
- 9.-El entrenamiento individual en Incidentes criticos en stress.
- 10.-Una reciente tragedia en la vida individual del trabajador.
- 11.-El soporte y mutua comprensión con el comando.
- 12.-Aislamiento por parte de los compañeros de equipo, familia, o publico en general.
- 13.-Personas conocidas entre las víctimas.

EVALUACION FINAL DEL CISM (CLOSES OUT)(19)

El Florida Critical Stress Management team al termino de su participación en un accidente aereo ocurrido el 16 de Agosto de 1996, propuso el siguiente protocolo de evaluación final de CISM.

EVALUACION FINAL (CISM-CLOSEOUT)

- 1.- Introducción, conducido por el coordinador del CISM.
- 2.- Revisión critica por el responsable del equipo de trabajo.
 - Enfasis en la evaluación realizada ,participan todos los integrantes.
 - Se debe ser amable y objetivo no ofensivo ni acusador.
 - no se debe de atacar a las personas involucradas sino a la situacion.
 - Se debe de identificar las fortalezas y debilidades.
 - Analice los costos y beneficios.
 - Incluya una evaluación del impacto del Incidente.
- 3.-Revisión secuencial sucesiva, conducida por el coordinador del CISM.
 - Fase de la movilización del equipo.
 - Delegación de la conducción del Debriefing.
 - Coordinación con otros equipos participantes.
 - Ordenes de pre-llegada.
 - Campamento y facilidades.
 - Relaciones con la comunidad.
 - Cooperación con otros equipos de CISM.
 - Operaciones realizadas.
 - Seguridad y bienestar del personal.
 - Costos de las operaciones.
 - Manejo de la información oficial.
 - desmovilización.
- 4.- Cierre y comentarios por el responsable del equipo CISM.
- 5.- Cierre y comentarios por el coordinador del CISM

BRIEFING:

El Briefing es una técnica que consiste en la preparación de los integrantes de los equipos de respuesta antes de entrar en acción, es una preparación emocional para lo que van a encontrar en la escena de la emergencia, con lo cual se amortigua el impacto, es de mucha importancia en el caso de accidentes aéreos, accidentes con saldo masivo de víctimas, grandes desastres naturales, químicos o radioactivos.

La reunión con el equipo de respuesta incluye las siguientes acciones:(20)

- 1.-Tomar conocimiento de la situación actualizada.
- 2.-Revisar la política a seguir.
- 3.-Elaborar el plan de acción para ese día, los procedimientos y encargados de llevarlos a cabo.
- 4.-Repasar brevemente el entrenamiento originariamente recibido sobre el tema.
- 5.-Recordarse mutuamente la posibilidad de apoyo y consulta durante la tarea.
- 6.-Compartir reacciones emocionales entre los miembros del equipo

DEFUSING:

El defusing es una técnica más inmediata de ayuda psicológica para los equipos de respuesta, Mitchell (1989) indica que inmediatamente después de superada la situación de la emergencia será útil que los equipos de respuesta lleven a cabo una "desmovilización" psicológica. tal procedimiento entraña tomar a los trabajadores grupo por grupo y darles una breve oportunidad (media hora, aproximadamente) para llevar a cabo la desmovilización. En suma es una técnica diseñada para ser aplicada en forma inmediata el mismo día y puede ser aplicada por los miembros de los CISM-Team, el defusing ayuda a estabilizar la situación y mitigar el impacto emocional, no requiere de la presencia del profesional en salud mental.

CONSIDERACIONES GENERALES:(21)

- 1.-El Defusing permite obtener información de un profesional de la salud mental, acerca de las reacciones de stress y cómo afrontarlas y superarlas de la mejor manera posible.
- 2.-Los miembros del personal de mando pueden agradecer públicamente a los trabajadores que hicieron un buen trabajo.
- 3.-Los trabajadores pueden usar el defusing como una oportunidad para expresar algunas de sus experiencias personales a sus compañeros, en una atmósfera sin críticas e imparcial, bajo

la dirección de un profesional de la salud mental que este familiarizado con las necesidades de la personalidad de un equipo de respuesta.

- 4.-El Defusing es una buena oportunidad para dar a conocer tipos de apoyo más formales como el Debriefing y los servicios de intervención en crisis, consejo y orientación.
- 5.-Para los integrantes de los equipos de respuesta el Defusing es una fase excelente de transito entre la confusión y la tensión que priman en el lugar de la emergencia y la rutina de las obligaciones usuales o la tranquilidad del hogar.
- 6.-Se procura que sea breve porque el personal esta fatigado y debe de tomar un estado de reposo o retornar a sus obligaciones habituales.

FASES DEL DEFUSING:(22)

El defusing tiene solamente tres fases:

- 1.- **La introducción** en la cual se explican los propósitos de este tipo de trabajo.
- 2.- **La Exploración** de emociones, sentimientos, experiencias, e identificación de personas que requieran un apoyo más especializado.
- 3.- **La información** en la cual se indica al personal lo esperado en sus reacciones como parte de una situación de gran stress

NOTAS

- (1),(4). ICISF, INC. LIFE NET.
Vol.8,Nº1.P.1,2
- (2),(3) Karl A. Slaikou. INTERVENCION EN CRISIS
PP.72,75
- (6),(17) Davis Mitchel CRITICAL INCIDENT STRESS DEBRIEFING.
INTERNET.1996
- (5) ICISF, INC. LIFE NET.
Vol.7,Nº3. P.6
- (7),(9) Jeffrey T. Mitchell APOYO PSICOLOGICO PARA EL PERSONAL DE RESCATE
(13),(11) DESASTRES, LA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA.
(21) Pp.220,218
- (8),(22). ICISF, INC. LIFE NET.
Vol.7,Nº2.
- (8) Lilian lucila burlando POBLACIONES DESPLAZADAS-SUPROBLEMATICA
(20) DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICO-SOCIAL
P.6
- (12),(15). ICISF, INC. LIFE NET.
Vol.7,Nº1
- (14) OMS-DIV.DE SALUD CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DE LOS DESASTRES
MENTAL. PREVENCION E ADMINISTRACION.P.22
- (16) SARBC CRITICAL INCIDENT STRESS SYNDROME 3
INTERNET.
- (18) SARC CRITICAL INCIDENT STRESS SYNDROME 5
INTERNET.
- (19) ICISF, INC. LIFE NET.
Vol.7,Nº3

B L I O G R A F I A

- 1.- *BURLANDO, Lucila* *POBLACIONES DESPLAZADAS
SU PROBLEMATICA DESDE EL PUNTO
DE VISTA PSICO-SOCIAL.
OPS-OMS. Centro Documentario
Desastres, Costa Rica. Codg. L1436.*
- 2.- *J.S.COOK, K.L.FONTAINE* *ENFERMERIA PSIQUIATRICA.
Interamericana, Mc.Graw-hill
Madrid 1990.*
- 3.- *International Critical
Stress Foundation, Inc.* *LIFE NET.
Publication of ICSF, INC.
Ellicott City, MD-USA*
- 4.- *MITCHEL, Davis.* *CRITICAL INCIDENT STRESS DEBRIEFING
The case for Corrections. INTERNET.*
- 5.- *MITCHEL, Jeffery.* *DESASTRES, Consecuencias psicosociales, la
experiencia Latino Americana.
Serie de Monografías Clínicas Nº2 1989.*
- 6.- *OMS-OPS* *CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DE LOS DESASTRES
PREVENCION Y ADMINSTRACION.
Ginebra- 1992.*
- 7.- *SLAIKEU, Karl.* *INTERVENCION EN CRISIS.
Manual moderno. Mexico 1988.*
- 8.- *SEARCH AND RESCUE
SOCIETY OF BRITISH
COLUMBIA.* *CRITICAL INCIDENT STRESS.
<http://www.sarbc.org/sarbc/cisl.html>.
INTERNET. 1996.*