



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



CIGIDEN

Centro de Investigación
para la Gestión Integrada
del Riesgo de Desastres

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
ESCUELA DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN PARA LA GESTIÓN
INTEGRADA DE DESASTRES NATURALES (CIGIDEN)

MANUAL ABCDE PARA LA APLICACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

En crisis individuales y colectivas.



Paula Cortés Montenegro
Rodrigo Figueroa Cabello

1ª Edición

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	4
ANTECEDENTES	6
PROTOCOLO ABCDE	8
escucha Activa	12
reentrenamiento de la (B)entilación	15
Categorización de necesidades	19
Derivación a redes de apoyo	21
psicoEducación	23
CUADRO RESUMEN	28

BIBLIOGRAFÍA 30

RECURSOS
EN LÍNEA 36

GLOSARIO Y
TÉRMINOS 40

SERVICIOS Y
REDES DE APOYO 44

¿QUÉ PUEDO
HACER FRENTE
A UNA CRISIS? 50

PRESENTACIÓN

ESTE MANUAL fue diseñado en el contexto del estudio *“Primeros Auxilios Psicológicos: Ensayo Clínico Randomizado de adultos afectados por un trauma no intencional en una sala de emergencias”*, financiado por el CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN PARA LA GESTIÓN INTEGRADA DE DESASTRES NATURALES (CIGIDEN), a través de la COMISIÓN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA (CONICYT) Chile, Programa FONDAP 15110017/2011.

www.cigiden.cl

Este documento ha sido creado por:

Paula Cortés Montenegro,
Psicóloga, Coordinadora de investigación.

Rodrigo Figueroa Cabello,
Médico Psiquiatra, Investigador responsable.

AGRADECIMIENTOS

A LOS psicólogos Humberto Marín Uribe, Ph.D., Nadia Egas Tapia, M.Sc., y Katitza Marinkovic Chávez, M.Sc., miembros del equipo Kokoronokea (CIGIDEN) por prestar apoyo a la elaboración de este *manual*. Este material constituirá un aporte para la implementación del “*Modelo de protección de la salud mental en la gestión del riesgo de emergencias y desastres*” en desarrollo, patrocinado por un proyecto de cooperación internacional entre Japón y Chile.

A la FUNDACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA DE LA ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD (FUCYT), a través del concurso coordinado por la SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL (SUSESO), por brindar apoyo económico para la creación de este material y la investigación de los Primeros Auxilios Psicológicos.

ANTECEDENTES

EXISTE UNA falta de consenso teórico y empírico respecto de cuál es la intervención temprana más efectiva y segura para restablecer el bienestar emocional y la funcionalidad de una persona recientemente afectada por una situación potencialmente traumática, así como para prevenir el desarrollo de secuelas emocionales de largo plazo. Múltiples organizaciones internacionales promueven el uso de los PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (PAP), a pesar de no existir evidencia concluyente que respalde esta recomendación (Dieltjens, Moonens, Van Praet, De Buck, Vekerckhove, 2014; Bisson y Lewis, 2009; Fox, Burkle, Bass, Pia, Epstein, Markenson, 2012).

Los PAP están definidos como una técnica de apoyo humanitario para personas que se encuentran en situación de crisis (ej. crisis humanitarias, accidente de tránsito, noticia de familiar gravemente enfermo, incendio, desastre natural, asalto, etc.), que tiene como objetivo recuperar el equilibrio emocional y prevenir el desarrollo de secuelas psicológicas.

Los orígenes de los PAP se remontan a mediados 2000, con los estudios de Hobfoll y cols. (2007), quienes plantearon cinco elementos principales para la intervención inmediata de una crisis: calma, seguridad, autoeficacia, conexión y esperanza.

Como se trata de una intervención de naturaleza de asistencia social, y no psicológica, requiere asegurar la satisfacción de necesidades básicas, como agua, alimento, techo, abrigo, seguridad, información y apoyo de personas cercanas, entre otras. Todas estas intervenciones tendrían la capacidad de generar un efecto psicológico que mitiga el estrés y la angustia, ayudando al afectado a restablecer el equilibrio biopsicosocial y minimizando el potencial de desarrollar un trauma psicológico, lo que es coherente con la Teoría de Conservación de Recursos (Hobfoll 1989).

Los PAP buscan ofrecer ayuda de manera práctica y no invasiva centrándose en las necesidades y preocupaciones inmediatas de las personas y atenderlas en la medida de lo posible; escuchar al afectado sin sobreestimar a hablar sobre el tema; reconfortar a las personas y ayudar a la calma con técnicas de relajación; y psicoeducar, entre otras actividades. Parte importante de esta técnica es estar disponible para aquellos que necesiten apoyo y ayuda, de ninguna manera forzando u obligando a aquellos que no la necesitan o que se hayan negado a recibirla (OMS, 2012).

A pesar de contar con un marco teórico consistente, su efecto benéfico no está demostrado por evidencia empírica. Dada esta

COMO DEBE SER UTILIZADA ESTA VERSIÓN

situación, en 2015 un equipo de CIGIDEN y del DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA UC implementó un estudio, cuyo objetivo fue determinar la efectividad y seguridad de los PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (PAP) como herramienta de prevención secundaria del TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) y otros síntomas en población afectada por un trauma no intencional reciente.

Al alero de este estudio surgió la primera versión del presente *manual*, el cual fue utilizado por los reclutadores en los distintos servicios de urgencia de cinco hospitales públicos y privados de la ciudad de Santiago de Chile. En ese contexto, el objetivo del *manual* fue orientar el trabajo de campo de los reclutadores, de manera de facilitar la aplicación del protocolo de estudio y de los PAP.

En este estudio, los pacientes que recibieron PAP se recuperaron más rápido que los que recibieron una intervención de psicoeducación, desarrollando menos síntomas de reexperimentación como pesadillas, recuerdos, sensaciones físicas, o flashbacks durante el primer mes luego de la experiencia traumática.

Además, reportaron un mayor bienestar subjetivo luego de la intervención.

LA PRESENTE versión es una edición adaptada del protocolo del estudio. Este *manual* está diseñado para ser utilizado por cualquier persona que participe como apoyo asistencial a la crisis, sin ser necesariamente profesional de la salud mental (psicólogo o psiquiatra). Es relevante señalar que contar con este *manual* no reemplaza la capacitación y entrenamiento indispensables en quienes deseen intervenir con esta técnica.

El principal objetivo de este *manual* es guiar la aplicación de los PAP en diversos contextos de crisis.

A continuación, usted encontrará una serie de términos relacionados a la crisis y al trauma psíquico que pueden serle de utilidad. Luego, se expone la etapa preparatoria a la implementación de la técnica, seguido del PAP paso a paso. Esta guía es de índole práctica, por lo que se encontrará con diversas frases útiles que pueden ayudarlo al momento de estar apoyando a la persona en crisis. Finalmente, se pone a disposición una serie de recursos útiles para la aplicación de los PAP, entre los que se encuentran enlaces de interés en la web que buscan complementar la tarea hacia la comprensión del trauma psíquico, ejemplos de folletería para ser entregada a los afectados que reciban los PAP, así como ofrecer material multimedia de calidad e información sobre centros de apoyo.

PROTOCOLO ABCDE DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

A

escucha
Activa

B

reentrenamiento
de la (B)entilación

E

psico-
Educación

D

Deivación a
redes de apoyo

C

Categorización
de necesidades



Los objetivos de los PAP son:

1. Brindar alivio emocional inmediato.
2. Facilitar la adaptación.
3. Prevenir el desarrollo de psicopatología.

Vea vídeo explicativo en:

is.gd/primerosauxiliospsicologicos

ETAPA DE PREPARACIÓN

ANTES DE aplicar los PAP, es necesario darse unos minutos para prepararse y chequear una serie de antecedentes que pueden serle de utilidad:



1. Entrenamiento: Lo primero es contar con un entrenamiento adecuado en PAP. En la sección “*Recursos en línea*” podrá encontrar lugares donde se realiza un entrenamiento certificado.



2. Coordinación con su equipo (u otros): Es recomendable establecer un equipo de trabajo, sobre todo si se encuentra en una situación (laboral o voluntaria) en la que las experiencias traumáticas son frecuentes. Antes de intervenir, procure coordinarse con los otros organismos que están participando en la respuesta a la emergencia o situación de crisis. Una intervención que no se encuentra bien articulada con el resto del sistema de respuesta es altamente probable que sea inefectiva.



3. ¿Estoy en condiciones?: Es necesaria una auto-evaluación de la condición personal frente a la crisis. Si se encuentra afectado por alguna situación personal (ej. duelo, crisis familiar, experiencia traumática reciente), es recomendable no efectuar la intervención a un tercero. De esta manera, evitará consecuencias negativas sobre sí mismo y sobre la persona afectada.



4. Infórmese sobre la situación: Si ha decidido intervenir en PAP, es muy importante que anticipadamente recabe la mayor cantidad de información sobre la situación desde fuentes confiables. Es recomendable llegar bien preparados, con un amplio conocimiento acerca de los recursos disponibles en el lugar de la emergencia, de ese modo podrá entregar una mejor orientación al afectado. Estar informado reducirá su ansiedad y lo ayudará a tomar mejores decisiones junto al afectado.



5. Evalúe aplicabilidad: No todas las personas que experimentan una crisis van a necesitar PAP. Es muy importante respetar las decisiones y recursos personales del afectado, así como comunicar que usted estará disponible para ofrecer ayuda si la necesita más adelante. No olvide observar si la persona se encuentra en una situación de emergencia psiquiátrica, pues en ese caso, la aplicación y los resultados de este protocolo pueden ser ineficaces (ver página 31).



6. Identifíquese: Es fundamental compartir con el afectado su nombre, su institución y las razones de su presencia en ese lugar. Esto creará un ambiente de seguridad para la persona, facilitando la aplicación de los PAP. Es indispensable portar alguna credencial que lo identifique y que señale la organización a la que pertenece. Así como es necesaria su presentación, también lo es conocer el nombre y datos generales acerca del afectado en el lugar de la emergencia o desastre (ej. quién es, qué estaba haciendo allí, quién lo acompaña, etc.).

Recomendamos seguir los siguientes pasos en orden, evitando siempre forzar la persona afectada a aceptar cada una de las actividades. En este sentido, cada paso constituye una oferta, no una obligación. Adicionalmente, y de acuerdo a las necesidades particulares de cada beneficiario, es posible saltarse pasos o invertirlos.

A continuación, se presenta el protocolo organizado en 5 letras “ABCDE”, que sirven como ayuda memoria de cada uno de los pasos del protocolo.

A

escucha
Activa

B

reentrenamiento
de la (B)entilación

C

Categorización
de necesidades

D

Deivación a
redes de apoyo

E

psico-
Educación

Vea vídeo demostrativo en:
is.gd/escuchaactiva



A

escucha Activa

Este paso puede tomar entre 10 a 20 minutos. Saber comunicarse con una persona angustiada, ansiosa o alterada es fundamental. En este estado, la persona puede querer o no contarle su historia. Escuchar ese testimonio puede ser de gran ayuda para calmar a la persona afectada, por lo cual es esencial dar espacio para que ella cuente de manera espontánea lo que le está ocurriendo, pero sin presionarlo. Para otras personas guardar silencio será preferible: permanecer a su lado, en silencio, puede ser de gran ayuda. Lo central de la escucha activa es ser capaz de transmitirle a la otra persona que allí hay un ser humano que está *comprendiendo* lo que le pasa.

Cuídese del *furor curandis*, un impulso irreflexivo por “*hacer algo*” por quien está sufriendo. Esta condición podría hacerlo decir o hacer cosas que dañen a la persona aunque no haya sido su intención.

El lenguaje corporal es una herramienta fundamental para transmitir *comprensión* y *empatía*. Utilizar las posturas, los gestos y el contacto visual son parte esencial de esta técnica. Guíe la escucha activa con la siguiente tabla:

LO QUE DEBE HACER O DECIR

Hágale entender al afectado que está escuchándolo. Resuma las causas del sentimiento utilizando el estilo del relato y considerando las palabras referidas por el afectado (**parafrasear**). Asienta con la cabeza o diga:

“mmm...claro, sí”

otra alternativa:

“entonces usted me dijo que...”

Tenga paciencia con el relato, sin preguntar por detalles que la persona no ha referido. Tolerar los espacios de silencio, la pena o el llanto.

No se precipite a decir algo inapropiado *“por hacer algo”*. Controle el *furor curandis*.

Si es señalado, pregunte por la situación de otras personas si es el caso. Por ejemplo,

“¿y se encuentra bien su hija?”

LO QUE NO DEBE HACER O DECIR

- No se distraiga.
- No mire el reloj ni mire insistentemente hacia otro lado.
- No se apresure a dar una solución si la persona quiere ser escuchada.

No juzgue lo que la persona hizo o no hizo, sintió o no sintió:

“usted no debió haber hecho eso...”

“no debería sentirse así...”

No cuente la historia de otra persona o la suya propia.

LO QUE DEBE HACER O DECIR

Permanezca cerca a la persona, sentado a su lado y mirando al rostro. Sólo toque a la persona en actitud de apoyo si está confiado de que será bien recibido por ésta. Puede preguntarle si le incomoda.

Utilice **técnica reflejo**, adoptando posturalmente una actitud similar a la del afectado, que le comunique que usted está en la misma “*sintonía afectiva*”. Hágale saber que comprende su sufrimiento y que entiende que se puede estar sintiendo muy mal, sin ser autoreferente.

“Esto debe ser difícil para usted...”

LO QUE NO DEBE HACER O DECIR

No toque a la persona si no está seguro de que sea bien recibido.

No minimice ni dé falsas esperanzas:

“puedo asegurarle que usted va salir adelante”

“afortunadamente no fue para tanto”

“ahora tiene un angelito que la cuida”

“no te preocupes... eres joven, y ya vas a ver que vas a encontrar pareja pronto”

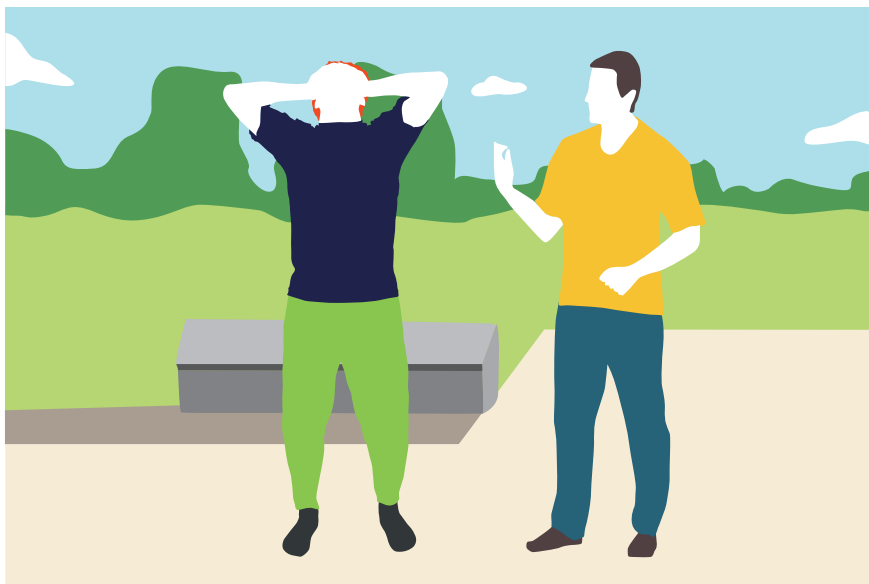
“Dios sabe por qué hace las cosas”

“no hay mal que por bien no venga”

“todo pasa por algo”

Si la persona está muy angustiada, ayúdele a calmarse. Ofrezca un vaso de agua si es posible o avance al siguiente paso reentrenamiento de la (B)entilación.

Vea vídeo demostrativo en:
is.gd/bentilacion



B

reentrenamiento de la (B)entilación

Algunas personas que han vivido una crisis pueden mostrarse ansiosas o alteradas, sintiendo confusión o encontrándose sobrepasadas por la situación, observándose temblorosas, teniendo dificultades para respirar o sintiendo su corazón muy agitado. Por esta razón, los PAP contemplan unos minutos para enseñar y practicar reentrenamiento de la (B)entilación y así ayudar a las personas a tranquilizarse. Este paso toma *10 minutos*, aunque habrá personas que necesitarán más tiempo. Recuerde que este y otros pasos pueden aplicarse ***siempre y cuando la persona quiera recibirlo.***

EXPLIQUE que la forma como respiramos influye en nuestras emociones, y que es por eso que en el yoga y la meditación se trabaja con la respiración.

TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN:

1.-Dirijase a la persona y dígame

“Ahora ensayaremos el re-entrenamiento de la respiración: consiste en inspirar, exhalar y luego esperar un momento con los pulmones vacíos hasta volver a inspirar... lo importante es la pausa luego de vaciar los pulmones”

2.-Puede pedirle que lo practiquen juntos.

3.-Para empezar, pídale a la persona que adopte una postura relajada y cómoda, poniendo los pies en el piso y sintiendo ese contacto.

“Si lo desea y se siente cómodo, puede cerrar los ojos o mirar un punto fijo con la mirada baja. Ahora vamos a intentarlo...”



1

INSPIRACIÓN
4 tiempos.



2

EXHALACIÓN:
POR LA NARIZ O
POR LA BOCA.
4 tiempos.



3

RETENCIÓN CON
LOS PULMONES
“VACÍOS”.
4 tiempos.

Los **4 tiempos** no siguen necesariamente el tiempo real (*en segundos*). La duración de los tiempos es variable, según el estado de agitación de la persona. Acomode la duración de los tiempos para que el afectado se sienta cómodo y no se quede sin aire.

“Para ayudarse, puede repetir mentalmente y de forma lenta la palabra calma o tranquilo cada vez que bote el aire o puede imaginar que la tensión se escapa con el aire que bota. Intentémoslo de nuevo...”

Una vez que el afectado haya comprendido la mecánica puede dejar que continúe solo por 10 minutos, reforzando lo bien que lo está haciendo:

*“muy bien...
está haciéndolo excelente”.*

Adicionalmente, también puede guiarse utilizando las pautas adaptadas de Foa, Hembree y Rothbaum (2007) para el reentrenamiento de la respiración, que siguen la misma lógica anteriormente expuesta:

- Explique detalladamente la lógica del ejercicio:

“La forma como respiramos modifica nuestras emociones. Cuando botamos el aire nos relajamos más que cuando inspiramos (al contrario de lo que se suele creer), por lo que podemos entrar en un estado de calma si prolongamos el tiempo en que nuestros pulmones están vacíos...”

- Explique y demuestre la mecánica del ejercicio:

“El ejercicio se trata de que usted inspire en cuatro tiempos, exhale en cuatro tiempos y aguante cuatro tiempos más antes de volver a inspirar”. Ahora mire como yo lo hago... [hágalo usted mismo].

- Acompañe a hacer el ejercicio:

“Ahora lo hará usted, y yo lo acompañaré recordándole cómo debe hacerlo. Inspire... dos, tres, cuatro... exhale, dos, tres cuatro... aguante, dos tres, cuatro...” [repita el ciclo por uno o dos minutos acompañando al afectado]. “Mientras exhala puede pensar en la palabra calma”.

- Indíquelo al afectado que lo haga diariamente por diez minutos, tres veces al día (mañana, tarde y noche) y cada vez que se sienta angustiado. Puede ayudarse con las aplicaciones Breath Pacer o Paced Breathing disponible para teléfonos inteligentes:

“Le voy a pedir que realice este ejercicio durante 10 minutos todos los días en la mañana al despertar, después de almuerzo, antes de irse a dormir y cada vez que sienta que está comenzando a angustiarse mucho. Mientras más use esta técnica, más fácil será la próxima vez que la use”. Usted puede ayudarse con algunas aplicaciones disponibles gratuitamente para celulares, como una llamada Breath Pacer y otra llamada Paced Breathing.

Vea vídeo demostrativo en:
is.gd/categorizacion



C

Categorización de necesidades

Luego de un evento traumático es común que se produzca confusión mental y las personas tengan dificultades para ordenar los diferentes pasos que deben seguir para solucionar sus problemas (ej. denuncia de siniestro, llamada a familiares, búsqueda de pertenencias, trámites legales, etc.). Usted puede ayudar mucho a la persona acompañándola en el proceso de jerarquización de sus necesidades, para luego ayudarla a contactar los servicios de salud y seguridad social que podrán serle de ayuda. Recuerde que esta es una intervención breve, y su trabajo se centra en ayudar a identificar las necesidades y jerarquizarlas. Es importante que la persona utilice sus propios recursos o los de sus redes de apoyo personales o comunitarias para hacer frente a la crisis que está viviendo, de manera que lo logrado se mantenga luego de que usted termine su trabajo.

LO QUE DEBE HACER O DECIR

Escuche el relato e identifique las preocupaciones del afectado:

*“¿Qué es lo que le preocupa o necesita ahora?
¿puedo ayudarlo(a) a resolverlo?”*

Ayude a las personas a priorizar sus necesidades: Se les puede pedir que distingan entre lo que necesitan solucionar inmediatamente y lo que puede esperar:

“... me doy cuenta de que son muchas las cosas que le preocupan. ¿Le parece si vamos paso a paso y nos enfocamos primero en lo más urgente?”

LO QUE NO DEBE HACER O DECIR

Decidir cuáles son sus necesidades, sin prestar atención al relato del afectado.

“Antes que me diga nada, yo creo que lo más importante que usted debe hacer es...”

Resolver las necesidades a medida que el afectado las va mencionando, sin organizar ni jerarquizar.

Ud. puede intentar también con las siguientes frases (disponibles en Figueroa, Cortés, Accatino y Sorensen, 2016):

- *“¿Cuál cree que es el problema más importante de resolver primero?”*
- *“¿Qué cosas le han ayudado en el pasado cuando ha tenido que lidiar con tanto estrés?”*
- *“Obviamente son muchos problemas juntos que sería bueno ordenar para ir uno por uno... si quiere puedo ayudarlo a hacerlo”.*
- *“Entiendo que se sienta sobrepasado. Veamos si podemos identificar al menos tres cosas sobre las que tiene actualmente control para focalizarnos en ellas”.*

Vea vídeo demostrativo en:
is.gd/derivacionaredes



D

Derivación a redes de apoyo

Una vez identificadas estas necesidades, ayude a la persona a contactar a las personas y/o servicios de apoyo social que podrán ayudarle a satisfacer dichas necesidades ahora y más adelante, junto al material *Servicios y Redes de Apoyo* (ver Anexo).

Recuerde siempre que la primera red de apoyo es la familia y los amigos. Para este paso es indispensable que antes de contactar al afectado haya estudiado bien la oferta de servicios de apoyo social disponibles en el lugar donde proveerá los PAP.

LO QUE DEBE HACER O DECIR

Facilite el contacto con sus familiares, amigos y/o trabajo. Sugiera llamarlos si es necesario (identifique teléfonos públicos disponibles o gestione un teléfono móvil con su institución).

Haga sugerencias prácticas sobre cómo recibir la ayuda necesitada. Utilice la información de contacto disponible en el material *Servicios y Redes de Apoyo*.

LO QUE NO DEBE HACER O DECIR

Tomar la iniciativa “ayudar” a la persona con asuntos que él mismo puede hacer.

“Voy a ir con la asistente social para preguntarle sobre la situación de su madre”

“Pásame el celular, yo llamaré a su hijo para contarle lo que pasó”

Puede ayudarse con las siguientes frases útiles (disponibles en Figueroa, Cortés, Accatino y Sorensen, 2016):

- *“¿Su familia sabe lo que sucedió y que usted está aquí?”*
- *“Se ha visto que ayuda mucho para estar mejor compartir con amigos y familiares... pasar tiempo juntos, acompañados, ¿existirá algún momento en la semana en el que pueda dedicarse regularmente a compartir con su familia y amigos?”*
- *“Entiendo que quizás usted desconfíe de los servicios públicos de apoyo, pero si más adelante cambia de opinión, quisiera que sepa cómo contactarlos”*
- *“No tengo información sobre la situación de sus hijos, pero veamos si podemos averiguar algo sobre ellos en las páginas de búsqueda de personas o con la policía...”*
- *“Si le surge alguna duda más adelante, puede venir a preguntarme, o quizás se anime a llamar al teléfono gratuito Salud Responde (600 360 7777), donde alguien podrá orientarle las 24 horas del día, los siete días de la semana”*

Vea vídeo demostrativo en:
is.gd/psicoeducacion



E

psico- Educación

Para finalizar, promueva estrategias de respuesta positivas ante el estrés, explicando y entregando una copia del material, *¿Qué puedo esperar frente a una crisis?* (ver Anexo). Revise el material con el afectado, y resuelva sus dudas.

Puede ayudarse con la siguiente tabla, la cual es de utilidad para conocer las reacciones normales frente al estrés o a experiencias traumáticas recientes.

Es muy importante que usted normalice aquellas reacciones emocionales que –aunque por cierto incómodas– son normales en situaciones de crisis, como labilidad emocional, dificultad para pensar, insomnio, angustia, entre otras. De esta manera la persona no interpretará lo que le ocurre como una señal de estar “perdiendo la cabeza”. Enfatícele que lo más probable es que el malestar que siente se vaya pasando sin necesidad de ayuda en algunas semanas, muéstrole cómo ayudarte a sí mismo y a sus conocidos, cuáles son las señales de alarma, y qué hacer si aparecen.

TABLA 1. REACCIONES EMOCIONALES, COGNITIVAS, FÍSICAS E INTERPERSONALES COMUNES FRENTE A EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS RECIENTES.

Reacciones emocionales

- Estado de shock
- Terror
- Irritabilidad
- Sentimiento de culpa (hacia sí mismo y hacia otros)
- Rabia
- Dolor o tristeza
- Embotamiento emocional
- Sentimientos de impotencia
- Pérdida del disfrute derivado de actividades familiares
- Dificultad para sentir alegría
- Dificultad para experimentar sentimientos de amor y cariño por otros

Reacciones físicas

- Fatiga, cansancio
- Insomnio
- Taquicardia o palpitaciones
- Sobresaltos
- Exaltación
- Incremento de dolores físicos
- Reducción de la respuesta inmune
- Dolores de cabeza
- Perturbaciones gastrointestinales
- Reducción del apetito
- Reducción del deseo sexual
- Vulnerabilidad a la enfermedad

CONTINUACIÓN: TABLA 1.

Reacciones cognitivas

- Dificultades para concentrarse
- Dificultades para tomar decisiones
- Dificultades de memoria
- Incredulidad
- Confusión
- Pesadillas
- Autoestima decaída
- Noción de autoeficacia disminuida
- Pensamientos culposos
- Pensamientos o recuerdos intrusivos sobre el trauma
- Preocupación
- Disociación (ej. visión túnel, estado crepuscular de conciencia, sensación de irrealidad, dificultades para recordar, sensación de separación del cuerpo, etc.)

Reacciones interpersonales

- Incremento en conflictos interpersonales
- Retraimiento social
- Reducción en las relaciones íntimas
- Alienación
- Dificultades en el desempeño laboral o escolar
- Reducción de la satisfacción
- Desconfianza
- Externalización de la culpa
- Externalización de la vulnerabilidad
- Sensación de abandono o rechazo
- Sobreprotección

Adaptado de Common Reactions After Trauma (2015), del National Center for PTSD, U.S Department of Veterans Affairs.

Al momento de utilizar el material gráfico (ver Anexos), puede utilizar las siguientes frases para orientar la psicoeducación:

- *“Todas esas sensaciones que está experimentando son muy comunes después de una experiencia así. La mayoría de las personas que han vivido una situación tan estresante las presentan por días e incluso semanas, pero luego se van yendo. No significan que esté perdiendo la cabeza o que sea débil...”*
- *“Preocuparse de usted, y pasar un tiempo de relax junto a su familia puede ser muy útil durante estos días difíciles”*
- *“Afortunadamente los seres humanos solemos salir adelante de este tipo de situaciones, por más duras que parezcan, por lo que tengo confianza en que usted podrá superar todo esto...”*
- *“Iremos controlando su evolución en las próximas semanas. Normalmente este malestar va disminuyendo con los días y semanas, por lo que tengo confianza en que todo esto irá pasando poco a poco”*
- *“Lo felicito... todo eso que ha hecho le ayudará a salir adelante. Me alegro de ver como va tomando decisiones y saliendo adelante”*
- *“Durante estas dos primeras semanas evite pasar pegado a la tele viendo noticias sobre el terremoto... y evite que sus niños hagan lo mismo”*
- *“Estar más emotivo, quizás con un poco de insomnio, no poder parar de pensar en lo que pasó, más temeroso, más irritable, por momentos más retraído... todo eso es normal. Preocúpese si con los días eso no va pasando o si aparecen ganas de morir, hacerle daño a otros, si aparecen crisis de pánico repetidas, si ve que algún conocido suyo pierde contacto con la realidad... en esos casos venga o tráigalo inmediatamente”*
- *“Durante estos días pueden darle más ganas de beber alcohol, fumar o quizás usar otra droga... Evítelo y reemplácelo por deporte, algún hobby, yoga o meditación, que se ha visto son más efectivos para superar momentos difíciles”*

Es relevante señalar que si en cualquier momento de la intervención, el afectado evidencia alguno de estos criterios, será necesario derivar a urgencia psiquiátrica:

- Ideación suicida
- Agresividad hacia sí mismo y terceros
- Catatonia (alteración en el control sobre los movimientos voluntarios)
- Psicosis (pérdida del juicio de realidad)
- Trastorno psiquiátrico previo grave en riesgo de descompensación severa producto del trauma (ej. esquizofrenia, trastorno bipolar, dependencia de sustancias).

PARA EL PROVEEDOR

Permanecer en constante auto-observación con el fin de identificar signos de burnout, un síndrome que aparece como señal de estar sobrepasado y exhausto por el trabajo.

Procurar realizar actividades de autocuidado, a nivel individual y como de equipo. Los PAP usted también puede usarlos consigo mismo o con sus compañeros.

CUADRO RESUMEN

PARA FACILITAR la aplicación de esta técnica, a continuación se presenta el protocolo de actividades paso a paso.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (PAP)

A

escucha Activa

Ofrezca escucha activa y escuche por 10-20 min según necesidad. Utilice la siguiente frase para invitar a comenzar el trabajo.

“Mi nombre es ____ y hoy estoy aquí para ofrecerle mi ayuda. Primero, y solo si usted desea hablar de ello, vamos a conversar sobre lo que le ha pasado. Luego, si Ud. lo acepta, le enseñaré algunas sencillas técnicas de relajación que le serán muy útiles. Finalmente, veremos en conjunto cómo puede acceder a algunos servicios sociales según sean sus necesidades. ¿De acuerdo, alguna pregunta?... ¿Quisiera contarme algo?”.

B

reentrenamiento de la (B)entilación

Ofrezca técnica de respiración y aplíquela por 10 min adaptando a necesidades de la persona. Recuerde dejar instrucciones de continuar usándola en la casa tres veces al día (mañana, tarde, noche, por 10 min cada vez) más cada vez que se sienta desbordado emocionalmente.

“Quizás yo podría ayudarlo(a) a estar un poco más tranquilo(a) luego de lo que Ud. ha vivido con algunos ejercicios de respiración que podría enseñarle. ¿Le gustaría que los practiquemos?... podrá utilizarlos más tarde en su casa si lo desea, lo que podría ayudarlo(a) a estar más tranquilo(a) en los próximos días también”.

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (PAP)

C

Categorización de necesidades

Identifique y ordene necesidades básicas (agua, comida, abrigo, techo, salud, información, protección, conexión con redes de apoyo...).

“Me gustaría saber si quizás hay algo que Ud. esté necesitando en este momento en lo que yo pueda ayudarle... tal vez necesite hablar con su familia, o quizás necesite contactar a carabineros, o información respecto a su situación de salud. Intentemos poner en orden lo que necesita para ir paso a paso solucionando los problemas, partiendo primero por lo más urgente, ¿le parece?”

D

Derivación a redes de apoyo

Ayude a satisfacer necesidades básicas utilizando el material “Servicios y Redes de Apoyo”.

“OK... ahora que hemos visto algunas de sus necesidades, me gustaría contactarlo con algunos servicios específicos que podrían serle de ayuda...”

E

psico-Educación

Trabaje junto al afectado el material de psicoeducación y explíquelo: “¿Qué puedo hacer frente a una crisis?”.

“Ahora, quisiera entregarle este folleto [pasarle el folleto informativo], el cual contiene información sobre psicoeducación en crisis, además de algunos contactos importantes con instituciones y redes de servicio psicológico y legal que puedan brindarle ayuda si llega a necesitarla a futuro.” “Por ejemplo, aquí [señalar] usted podrá encontrar información sobre lo que puede esperar durante los días que vienen...”

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Arechabala Mantuliz, M. C., & Miranda Castillo, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y enfermería*, 8(1), 49-55.

Bisson, J. I., & Lewis, C. (2009). Systematic review of psychological first aid. Geneva: WHO.

Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*, 7, 511-535.

Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62, Suppl 17, 16-22.

Carlson, E. B., Smith, S. R., Palmieri, P. A., Dalenberg, C., Ruzek, J. I., Kimerling, R., ... & Spain, D. A. (2011). Development and validation of a brief self-report measure of trauma exposure: the Trauma History Screen. *Psychological assessment*, 23(2), 463.

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE - 10) (s.f). Consultado el 13 de agosto de 2015, de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>

Dieltjens, T., Moonens, I., Van Praet, K., De Buck, E., Verkerckhove, P. (2014) A systematic literature search on psychological first aid: Lack of evidence to develop guidelines. *PLoS ONE*, 9(12), e114714.

Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing "controversy" and crisis intervention: A review of lexical and substantive issues. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(4), 211-226.

Figueroa RA, Cortés PF, Accatino L, Sorensen R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: Orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, 144: 643-655

Figueroa, R. A., Repetto, P., & Bernales, M. (2014). [Incorporation of psychological first aid to the undergraduate curriculum]. *Revista Médica De Chile*, 142(7), 934-5.

Flannery, R. B., & Everly, G. S. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(2), 119-126.

Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9):750-69.

Foa E., Hembree E., Rothbaum BO. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. Oxford University Press.

Fox, J.H., Burkle, F.M., Bass, J., Pia, F.A, Epstein, J.L., Markenson, D. (2012) The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. *Disaster Medicine Public Health Preparation*, 6(3):247–52.

Gartlehner, G., Forneris, C.A., Brownley, K.A., Gaynes, B.N., Sonis, J., Coker-Schwimmer, E., et al. (2013) *Interventions for the Prevention of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults After Exposure to Psychological Trauma*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., & Leonard, A. C. (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(12), 760-6.

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., . . . Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315.

Hoge, E. A., Worthington, J. J., Nagurney, J. T., Chang, Y., Kay, E. B., Feterowski, C. M., . . . Pitman, R. K. (2012). Effect of acute posttrauma propranolol on PTSD outcome and physiological responses during script-driven imagery. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 18(1), 21-7.

Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61 Suppl 5, 4-12.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-60

Ministerio de Salud de Chile (2008). Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/minuta21-07-2008.pdf>.

Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., & Rodriguez, J. d. e. . J. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 646-56.

Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, & Visión Mundial Internacional. (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. Ginebra: OMS.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.

Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59.

PTSD: National Center for PTSD - Reacciones Comunes después de un trauma (2015). Consultado el 28 de diciembre de 2015, en http://www.ptsd.va.gov/public/spanish/common_reactions_after_trauma_spanish.asp

Ramos-Brieva J A, Cordero Villafañila A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 14: 324-34.

Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000560.

Rothbaum, B. O., Kearns, M. C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., . . . Houry, D. (2012). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry*, 72(11):957-63

Schelling, G., Roozendaal, B., Krauseneck, T., Schmoelz, M., DE Quervain, D., & Briegel, J. (2006). Efficacy of hydrocortisone in preventing posttraumatic stress disorder following critical illness and major surgery. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 46-53.

Stein, M. B., McQuaid, J. R., Pedrelli, P., Lenox, R., & McCahill, M. E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry*, 22(4), 261-9.

Vázquez, C., Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 58-81.

Vera-Villaruel, P., Zych, I., Celis-Atenas, K., Córdova-Rubio, N., & Buéla-Casal, G. (2011). Chilean validation of the posttraumatic stress disorder checklist-civilian version (PCL-C) after the earthquake on february 27, 2010. *Psychological Reports*, 109(1), 47-58.

Wade, D., Howard, A., Fletcher, S., Cooper, J., Forbes, D. (2013) Early response to psychological trauma—what GPs can do. *Australian Family Physician*, 42(9):610–4.

Watson P.J., Brymer M.J., Bonanno G.A. (2011). Postdisaster psychological intervention since 9/11. *American Psychologist*, 66(6):482-494.

Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2006). Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychological Medicine*, 36(11), 1523-33.

RECURSOS EN LÍNEA

is.gd/primerosauxiliospsicologicos

Serie de 6 vídeos breves donde se explican y demuestran los fundamentos y pasos de los PAP.

www.educacioncontinua.uc.cl

Sitio web de los Programas de Educación Continua de la Pontificia Universidad Católica de Chile. En la sección “*Cursos Seminarios*” - Facultad de Medicina, podrá encontrar información sobre el *Taller de Primeros Auxilios Psicológicos*.

is.gd/introduccionaltrauma

Documento actualizado que expone una revisión amplia sobre trauma psíquico, sus secuelas y su tratamiento, desarrollado por la Unidad de Trauma y Disociación (UTD) del Departamento de Psiquiatría UC.

www.sochped.cl/videos

Sitio web de la Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres (SOCHPED). Aquí es posible encontrar videos breves sobre recomendaciones prácticas para cuidar la salud mental de niños, adultos, profesionales y voluntarios en situaciones de crisis.

www.emdrchile.cl

Sitio web de la Terapia de EMDR en Chile. Aquí encontrará información sobre la terapia psicológica, profesionales acreditados y vías de contacto para solicitar atención especializada.

**[www.emsworld.com/article/12077165/
evidence-for-psychological-first-aid](http://www.emsworld.com/article/12077165/evidence-for-psychological-first-aid)**

Sitio web (en inglés) de la revista EMS-WORLD (Emergency Medical Services). Se presenta una revisión sobre los PAP, enfocándose en la evidencia disponible desde diversas revisiones sistemáticas.

www.info-trauma.org

Sitio web (en inglés) del Douglas Mental Health Institute y de la Universidad de McGill, en donde se provee de información relevante acerca del trauma psíquico en formato multimedia e interactivo.

**[www.ptsd.va.gov/public/treatment/
therapy-med/](http://www.ptsd.va.gov/public/treatment/therapy-med/)**

Sitio web (en inglés y español) del Centro Nacional para el TEPT de los Estados Unidos de América. Se describen los diferentes tratamientos recomendados para el TEPT y sus características, además de recursos online para aprender sobre el tema.

www.minmujeryeg.gob.cl

Sitio web del Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género (SERNAM). Aquí podrá encontrar las direcciones de las oficinas regionales, además de información relevante como Programas para la Mujer, ayuda y orientación telefónica en violencia contra las mujeres, estudios de género, entre otros recursos.

www.investigaciones.cl

Sitio web de la Policía de Investigaciones (PDI), donde se puede encontrar información sobre diversos delitos y violencia (homicidios, robos, violencia intrafamiliar, entre otros). Se pone especial énfasis en el Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS). En la sección “*descargas*” están disponibles algunos recursos gráficos sobre el tema.

www.sename.cl

Sitio web del Servicios Nacional de Menores (SENAME). En este link están disponibles los teléfonos de emergencia frente a violencia contra niños y jóvenes, además de información programas de prevención y protección. Al respecto, es posible encontrar los datos de contacto de las distintas Oficinas de Protección de Derechos (OPD), a lo largo de Chile.

www.isl.gob.cl/

Sitio web del Instituto de Seguridad Laboral (ISL), entidad encargada de administrar la información sobre procedimientos relacionados con las condiciones laborales que pueden generar daño a las personas. Aquí es posible encontrar recursos sobre prevención de riesgos, red de prestadores médicos, accidentes laborales

o enfermedades profesionales, entre otros.

www.fundacionemilia.cl

Sitio web de la Fundación Emilia, organización que busca apoyar a los familiares de víctimas de accidentes viales producto de la conducción irresponsable, vinculados a la llamada Ley Emilia. Se dispone del contacto para apoyo personal, psicológico y jurídico a las víctimas.

www.dsp.gov.cl/programa-apoyo-a-victimas-de-delito/

Sitio web de la Subsecretaría de Prevención del Delito, donde es posible encontrar información relacionada con el Programa de Apoyo a Víctimas del Delito, como servicios, red de asistencia, ubicación y estudios del tema, entre otros.

www.cigiden.cl

Sitio web del Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales (CIGIDEN).

GLOSARIO Y TÉRMINOS

LOS SIGUIENTES conceptos son comúnmente utilizados en situaciones de crisis individual y colectiva. Algunos hacen referencia a intervenciones preventivas y otras de reparación.

CRITICAL INCIDENT STRESS DEBRIEFING (CISD)

Es un tipo de intervención en crisis que se realiza en forma grupal, centrada en la discusión de un evento traumático, cuyo objetivo es la disminución del estrés y la restauración de la cohesión grupal mediante el uso de la catarsis. Puede ser descrito también como un proceso psicoeducativo en el que se cuenta la historia y experiencia del evento traumático, combinada con la entrega de información práctica para normalizar las reacciones de estrés y así facilitar su recuperación. A pesar de que su uso podría parecer razonable y apela al sentido común sobre lo que podría ayudar a los afectados, existen ensayos clínicos que desaconsejan su utilización porque no han encontrado que sea efectivo e incluso podría tener un efecto iatrogénico al aumentar la incidencia de TEPT (Rose, Bisson, Churchill & Wesseley, 2002).

DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR EL MOVIMIENTO OCULAR

o *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*

Es una terapia integrativa que incluye elementos de distintos enfoques psicoterapéuticos, tales como el cognitivo-conductual, sistémico, psicodinámico, experiencial y otros. Es empleado para resolver de manera integral el material emocional perturbador derivado de eventos traumáticos y también como un medio para potenciar estados emocionales positivos, con el fin de facilitar el crecimiento natural y el proceso curativo. Se basa fundamentalmente en la comprensión de que el funcionamiento perturbado del paciente surge de experiencias traumáticas, la mayoría de ellas de la infancia, que no han sido adecuadamente procesadas, debido al modo atípico en que estos recuerdos quedan almacenados en el cerebro. Es un tratamiento de ocho fases, en el que la estimulación bilateral alternada (visual – semejante al del sueño REM, auditiva o táctil) facilitaría la desensibilización y reprocesamiento de recuerdos traumáticos (más información en www.emdrchile.cl).

RESILIENCIA (Individual)

Se refiere a la capacidad de mantener y/o recuperar precozmente el funcionamiento saludable a lo largo del tiempo luego de un incidente crítico, así como la capacidad para generar experiencias y emociones positivas, por lo que es el resultado de un proceso exitoso de adaptación frente a un evento adverso (Bonanno, Westphal y Mancini, 2011).

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL CENTRADA EN EL TRAUMA (TCC-CT)

Es un tipo de psicoterapia que busca generar un cambio emocional a través de la exposición sistemática al recuerdo traumático en un ambiente seguro y el análisis de los pensamientos disfuncionales asociados al recuerdo. A lo largo de las sesiones el paciente aprende a modificar su respiración para lograr un estado de calma, efectúa “*tareas*” que permiten una exposición paulatina al recuerdo traumático y con la ayuda del terapeuta identifica, cuestiona y modifica sus pensamientos, significados e interpretaciones distorsionadas con respecto al evento. Algunas técnicas utilizadas son la reestructuración cognitiva, relajación, afrontamiento y/o exposición *in vivo* e imaginaria, entre otras. Se intenta además promover el pensamiento positivo en relación a la experiencia vivida.

TRAUMA

Experiencia de riesgo de muerte, lesiones físicas graves o violencia sexual, ya sea como víctima directa, testigo, familiar de la víctima o profesional interviniente. Las causas más frecuentes de trauma en nuestra realidad son experiencias médicas extremas o muy dolorosas, accidentes (de tránsito u otros), abuso sexual, delincuencia, enterarse repentinamente de la muerte, enfermedad o accidente grave de un ser querido o desastres naturales. En un sentido más amplio, también pueden considerarse “traumas” otras experiencias fuertemente estresantes desde el punto de vista subjetivo, como algunos procedimientos médicos, la muerte de una mascota o atorarse fuertemente con la comida. En cualquier caso lo central del trauma es que la experiencia es extremadamente estresante para la persona y percibe que no tiene control sobre ésta.

TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO (TEA)

Según el CIE-10 (F43.0), puede definirse como una reacción transitoria al estrés provocado por un evento excepcional que afecta el plano psíquico y físico y que dificulta la capacidad adaptativa de la persona. Los síntomas se configuran en un cuadro de presentación cambiante, y por lo general remiten en el plazo de horas o días. Puede manifestarse en un estado inicial de aturdimiento cognitivo, con cierta constricción del campo de la conciencia y con estrechamiento de la atención, incapacidad para captar estímulos y desorientación. También puede haber presencia de reacciones del sistema nervioso autónomo, como signos de pánico (taquicardia, sudor, rubor). Si los síntomas persisten en el tiempo y en intensidad, debe considerarse un cambio de diagnóstico por TEPT.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Según el CIE-10 (F43.1), puede definirse como una respuesta tardía a un evento estresante de naturaleza amenazante o catastrófica, situación que causaría reacciones de angustia generalizada en casi cualquier persona. Se observan episodios vívidos como una repetición del trauma a través de pensamientos intrusivos, sueños o pesadillas, experimentados en un fondo de aplanamiento emocional, desapego, anhedonia, y un estado de alerta excesiva y persistente (hipervigilancia, insomnio). La ansiedad y la depresión se asocian con frecuencia al resto de los síntomas, siendo frecuente la presencia de ideación suicida. El comienzo del trastorno sigue a la ocurrencia del evento traumático, con periodos de latencia que varían entre semanas a meses, e incluso años.

SERVICIOS Y REDES DE APOYO



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



CIGIDEN

Centro de Investigación
para la Gestión Integrada
del Riesgo de Desastres

CENTROS DE APOYO A VÍCTIMAS

CONTACTO

Número de atención nacional: 600 818 1000

Página web:
www.seguridadpublica.gov.cl/programa-apoyo-a-victimas-de-delito/

También puede buscar ayuda en:

www.fundacionemilia.cl
contacto@fundacionemilia.cl

Aquí se proporciona gratuitamente intervención especializada e interdisciplinaria (psicológica, social y jurídica), de carácter presencial, para aquellos casos que experimentan mayor daño a consecuencia de un delito, así como también en casos de accidentes de tránsito como consecuencia del alcohol (Ley Emilia).

SERVICIOS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL (ISL)

CONTACTO

ISL Puede dirigirse a la Dirección Regional según su domicilio o llamar al teléfono único nacional 600 586 9090

Horario de atención: Lunes a jueves 8:30 a 15:30 hrs. y viernes hasta las 14:00 hrs.

Página web: www.isl.gob.cl/inicio/accidentes-y-enfermedades-laborales/

En caso de haber tenido un accidente laboral, esta información puede serle útil.

¿QUÉ HACER EN CASO DE...?

Accidente leve: El trabajador debe informar a su jefe o supervisor sobre la situación y solicitar atención médica. El empleador debe formalizar la DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DE TRABAJO (DIAT) en el INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL.

Accidente grave: El trabajador debe recibir atención médica inmediata. El empleador debe entregar Formulario de *Notificación Inmediata de Accidente del Trabajo Fatal y Grave* y formalizar la DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DE TRABAJO (DIAT) en el INSTITUTO DE SEGURIDAD LABORAL.

Prestaciones médicas:

- Atención médica, quirúrgica o dental en establecimientos externos o a domicilio.
- Hospitalización si fuera necesario, a juicio del facultativo tratante.
- Medicamentos y productos farmacéuticos.
- Prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación.
- Rehabilitación física y reeducación profesional.
- Los gastos de traslado y cualquier otro que sea necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

Trabajador Dependiente: Frente a ninguna de ambas situaciones el trabajador percibirá descuentos por las horas o días perdidos producto del accidente ni por el tiempo de recuperación (licencia médica).

Su atención es cubierta por el seguro social contra riesgo de accidentes y enfermedades profesionales (Ley 16.744)

Trabajador Independiente: Debe estar al día en el pago del seguro. Si no está al día o no se encuentra afiliado al seguro, la atención médica cuenta como accidente común.

GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

CONTACTO

Página web:
[www.supersalud.gob.cl/
servicios](http://www.supersalud.gob.cl/servicios)

Los gastos de salud producto de algunas enfermedades catastróficas están cubiertos por las Garantías Explícitas de Salud (antiguamente AUGE). En caso de haber sido notificado de una enfermedad GES, ya sea por su gravedad o costo económico, esta información puede ser de su interés.

Algunas enfermedades graves cubiertas por el GES

- Accidente cerebrovascular isquémico
- Infarto agudo al miocardio
- Politraumatismo grave
- Atención de urgencia por traumatismo cráneo-encefálico moderado o grave
- Gran quemado

¿CÓMO HAGO EFECTIVA LAS GARANTÍAS DEL GES?

Si padece alguna de las patologías GES, debe acercarse a FONASA o su ISAPRE con el certificado médico que acredite el diagnóstico y llenar un formulario creado para estos efectos. Allí le indicarán a qué prestador debe acudir para confirmar el diagnóstico. Si se confirma, será derivado al centro de atención de la red de prestadores en convenio con su institución previsional de salud.

SALUD RESPONDE

CONTACTO

Número de atención:
600 360 7777

Página web: http://web.min-sal.cl/salud_responde

Salud Responde es la plataforma telefónica del Ministerio de Salud encargada de brindar información, apoyo y educación en salud a todo el país, las 24 horas del día durante todo el año.

Está compuesto por un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, matronas y psicólogos entre otras) y se enfoca en orientar a los usuarios respecto a los derechos y beneficios que ofrece la red de salud.

ALGUNOS SERVICIOS

Consultas de Salud: Atención telefónica de consultas relacionadas a problemas o dudas de salud del usuario o su familia, que requieren de apoyo profesional, momento en el cual se orienta según los síntomas y se dan las instrucciones para manejo en casa o derivación a red asistencial, en caso de ser necesario.

Asistencia en Urgencias de Salud: En caso de urgencia, un profesional de la salud le brindará atención inmediata vía telefónica, indicando los primeros auxilios, y de ser necesario realizará la coordinación para el traslado a un centro asistencial.

Apoyo en Situaciones de Emergencias y Desastres: En caso de situaciones de emergencias y desastres, se entrega orientación para la prevención de enfermedades: primeros auxilios, manejo del agua y de los alimentos, apoyo y contención emocional, entre otros.

FONASA (FONDO NACIONAL DE SALUD)

CONTACTO

Número de atención:
600 360 3000

Horario de atención: Lunes a
jueves desde 8:40 a 16:30 hrs.
en horario continuado, y vier-
nes hasta las 14:00 hrs.

Más información en:
www.fonasa.cl

DEFENSORÍA PENAL PÚBLICA (DPP)

CONTACTO

Número de atención:
(2) 2439 6800

Página web:
www.dpp.cl/index

Usted puede acercarse para reali-
zar consultas y trámites a cualquiera de
las oficinas de FONASA a lo largo del país.

Recuerde que la mayoría de los trámites
pueden realizarse online en www.fonasa.cl

Usted también puede necesitar aboga-
dos. A través de la Defensoría Penal Pública
se garantiza el derecho de las personas a con-
tar con un abogado defensor, de manera que
se apliquen los principios del proceso penal:
que todo imputado sea tratado como ino-
cente; que esté garantizado el juicio previo;
que éste cuente con igualdad de fuerzas para
sostener su punto de vista frente a las impu-
taciones que se le formulan y que, cuando
corresponda, se le aplique una sanción justa.

La defensa es gratuita para quie-
nes no cuenten con medios económicos.

NOTAS

¿QUÉ DEBO ESPERAR FRENTE A UNA CRISIS?

Reacciones normales (esperables):



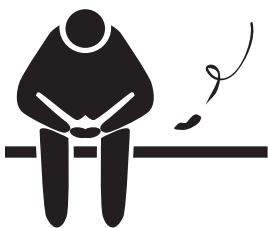
Temblores,
dolores de cabeza,
sensación de
agotamiento,
pérdida de apetito.



Ansiedad, estar “en
guardia”, miedo.



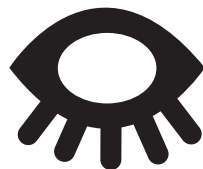
Llanto, tristeza,
decaimiento.



*“Guardarse
todo para
dentro”, estar
muy quieto.*



Irritabilidad, enojo.



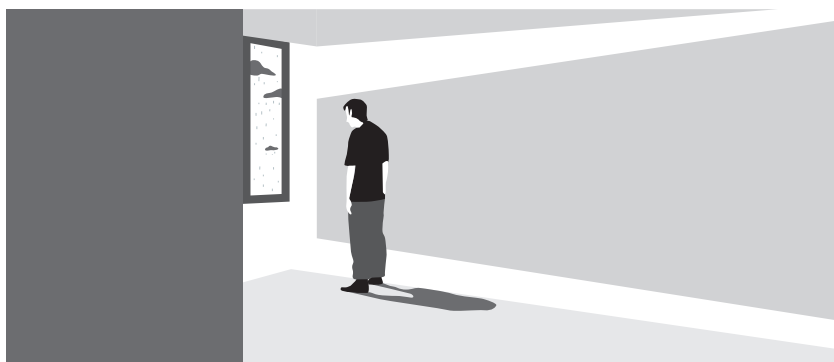
Insomnio,
pesadillas.

Es esperable que estos síntomas disminuyan con el paso de los días y que al cabo de semanas ya no estén presentes. Todos son normales, por lo que no son una señal de que usted esté con un problema de salud mental.



Es importante ayudarse con las siguientes estrategias de respuesta positivas frente al estrés:

- ✓ Intente descansar (*entre 7 a 8 horas continuas en la noche*).
- ✓ Recuerde utilizar las técnicas de respiración.
- ✓ Comparta con familia y amigos.
- ✓ Realice actividades que le ayuden a relajarse: caminar, rezar, meditación, salir en bicicleta, etc.
- ✓ Intente realizar actividad física recurrente (*4 o más veces por semana*).
- ✓ Procure establecer rutinas de actividades diarias.
- ✓ Evite el consumo de alcohol o drogas.



Aún siguiendo estas recomendaciones, en ciertas personas los síntomas no se irán fácilmente. Identifique si quizás:

- Los signos y síntomas se mantienen o aumenta su intensidad después de un mes del evento.
- Cree que perdió la capacidad de cuidar de sí mismo (dejar de bañarse o comer) o de otros (bebés, niños).
- Es atormentado recurrentemente por imágenes o recuerdos del evento traumático.
- Tiene la sensación de “*no poder dar vuelta la página*”
- Se desconecta de sus emociones y recuerdos.
- Se aísla de sus seres queridos.

Si es así, usted debe acercarse a su centro de salud habitual y solicitar atención médica, por un médico o psicólogo/a. Este tipo de reacciones tienen buen tratamiento cuando se abordan a tiempo.

¿Dónde pedir Ayuda?

- Consultorio Municipal o centro médico.
- Centro de Apoyo a Víctimas 600 818 1000
- Instituto de Seguridad Laboral 600 586 9090
- Centro de la Mujer (SERNAM) 800 104 008
- Defensoría Penal Pública (2) 2439 6800
- Salud Responde 600 360 7777
- FONASA 600 360 3000
- Centro de Asistencia a Víctimas de
Atentados Sexuales (2) 2708 1668
- Orientación sobre maltrato infantil 800 730 800
- SAMU (131)
- BOMBEROS (132)
- CARABINEROS (133)
- Policía de Investigaciones (134)



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



CIGIDEN

Centro de Investigación
para la Gestión Integrada
del Riesgo de Desastres