

# ¿CÓMO DEBERIAMOS CUIDARNOS, QUIENES CUIDAMOS?



AUTOCUIDADO Y APOYO PREVENTIVO PARA  
EL PERSONAL INTERVINIENTE

Lic. Diego Nuñez  
Compilador

Diego Núñez

---

# PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES

REVERSIÓN 2016

## ¿CÓMO DEBERÍAMOS CUIDARNOS, QUIENES CUIDAMOS?

Guía de orientación

(COMPILACIÓN)

EL MATERIAL DE LOS OTROS AUTORES COMPILADOS SON NOMBRADOS AL PIÉ DE SUS  
RESPECTIVAS OBRAS Y EN EL CONTENIDO BIBLIOGRÁFICO.

Diego Núñez es Licenciado en Psicología UAI y Formado en Psicología de la Emergencia, además de Oficial Psicólogo de Bomberos y primer Bombero Psicólogo de la República Argentina. Autor del libro "Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales: material de uso para Bomberos ante situaciones operativas de crisis, pánico, emergencias y catástrofes". Ha realizado el Posgrado en Psicología de la Emergencia y prevención e intervención con víctimas directas e indirectas dictado por el Instituto de Psicotrauma de Suisse - Suiza y la Academia Nacional de Bomberos de la República Argentina. Especialista en Psicología Educacional. Diplomado en Asistencia y prevención en Violencia de Género. Diplomado en Mindfulness, práctica que realiza diariamente junto a grupos para la reducción del estrés y su manejo. Coordinador del "Primer Simposio Internacional sobre Primeros Auxilios Emocionales de PAE – Primeros Auxilios Emocionales ante situaciones de Urgencias, Emergencias y Desastres" desde la Cátedra de Medicina Legal y Deontológica de la Facultad de Medicina de la UBA, Universidad de Buenos Aires (2011). UNSL, Universidad Nacional de San Luis, expositor y capacitador en "Primeros Auxilios Preventivos Emocionales ante situaciones críticas y autocuidados", Facultad de Ciencias Humanas y PSF – Psicólogos Sin Fronteras San Luis. UNQ – Universidad Nacional de Quilmes "Intervenciones ante diferentes situaciones de violencia". Instructor de Equipos de Rescate y Emergencia para Fuerzas de Seguridad-Rescate y Bomberos. Creador e instructor del modelo C.E.C. (Comunicación Emocional Conductual -no verbal-). Ha realizado el Curso de Posgrado en Negociación del Departamento de Posgrados de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Academia de Medicina Legal y Forense de la República Argentina y de otros dedicados específicamente a la Psicología en el área de diferentes técnicas de resolución de conflictos, catástrofes sociales, emergencias y asistencia a los diferentes tipos de víctimas. En la Policía de la Provincia de Buenos Aires capacita como Psicólogo de la Superintendencia de Políticas de Género al personal policial de las Comisarias de la Mujer y la Familia en "Autocuidados y Apoyo Preventivo para el personal Policial", para de esta manera optimizar el recurso humano en el cuidado, asistencia y protección de pares y víctimas, además de capacitar en Prevención y asistencia en Violencias de Género y asistir las mismas junto a diferentes tipos de hechos, prevención y asistencia salutogénica a personal policial y diferentes capacitaciones a comisarías, DDI, Jefaturas Distritales-Departamentales, orientadas al cuidado del personal, la prevención y la asistencia en situaciones específicas ante las diferentes instancias de esta actividad policial. Ha sido integrante fundador del que ha sido el Departamento de Psicología de la Emergencia de la Academia Nacional de Bomberos de la República Argentina, además de creador y motivador de lo que da en llamar "Psicología del Bombero" y del área "Emergencias y Prevención Psicológica, Operativas y Psicotraumas" en Bomberos de La Florida - Quilmes, brindando este servicio de asistencia, contención y capacitación de Psicología del Bombero, a todos los cuarteles de Bomberos de Latinoamérica que lo solicitan hasta el día de hoy. Docente a nivel universitario. Así también con la experiencia de haber intervenido en diferentes áreas desde la Psicología del Bombero, PAPE y la Psicología de la Emergencia, a ser, como operadores en rescate en altura, auxilios psicológicos en accidentes automovilísticos, asesor psicológico-pedagógico en reformas de planes de estudios para las Escuelas de Cadetes para la Federación Bonaerense de Bomberos de la Provincia de Buenos Aires y en ésta también en las áreas también nombradas anteriormente. A nivel provincial a dirigido áreas profesionales dedicadas a la Psicología de la Emergencia, como la Co-Coordination de la Comisión de Psicología Emergencista en el Colegio Provincial de Psicólogos de las Provincia de Buenos Aires y la Coordinación de Psicología Emergencista en el Colegio de Psicólogos de Quilmes. Coordinador y capacitador en "Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales" a la Cruz Roja de Ibarra-Ecuador, en el Estado Plurinacional de Bolivia, República del Paraguay, México y formador y capacitador del Equipo EPAEM en la Prov. de San Luis. En APN- Administración de Parques Nacionales ha realizado también capacitaciones de prevención y autocuidado junto al Equipo PAPE, surgido de la unión junto a Personal Profesional de APN y Guardaparque formados en Auxilios psicológicos e intervención con víctimas, además de asistencia a víctimas en el Centro de Formación de Guardaparques. Actualmente a generado el "Curso de Autocuidados y Apoyo Preventivo para el Personal Policial" siendo capacitador del mismo como primera experiencia latinoamericana en el área policial. Como motivador de la Psicología del Bombero y PAPE (Primeros Auxilios Psicológicos Emocionales) realiza diferentes jornadas y supervisiones en cuarteles de Bomberos de la Provincia de Buenos Aires y de la República Argentina, como así también, asesorando y guiando profesionalmente y técnicamente, Universidades, Instituciones, Estaciones de Bomberos y Emergencias de América latina, fomentando y formando conciencia acerca de cómo cuidarse antes, durante y después de las diferentes intervenciones al personal de Equipos Profesionales, Bomberos, al personal Policial, a los diferentes profesionales de la salud y voluntarios, y como cuidar a las víctimas, quien nos necesita, difundiendo su técnica y práctica desde la operatividad, junto a diferentes procesos constantemente.

diego\_on@hotmail.com

Facebook: Diego Núñez Primeros Auxilios Preventivos Emocionales

www.pape.com.ar

## Indice

•	Prólogo .....	Pág. 5
•	Prevención del Agotamiento Vocacional (emocional). Restablecimiento emocional del Interviniente. ....	Pág. 7
•	Técnicas de Post-Intervención. ....	Pág. 8
•	Debriefing – Defusing. ....	Pág. 13
•	Resiliencia .....	Pág. 16
•	Prevención e Intervención. ....	Pág. 19
•	Diferentes reacciones naturales y esperables en personal interviniente (Según el Dr. Richard F. Mollica). ....	Pág. 29
•	Lo Disruptivo. ¿Víctimas o damnificados? (Según el Dr. Mordechai Benyakar). ....	Pág. 24
•	Bibliografía. ....	Pág. 26





# Prólogo

---

Hace tiempo cambié pensar por sentir...hace muchísimo mas tiempo opté dejar de impartir teoría teniendo sentadas personas frente a mí, para formar círculos activos donde compartimos experiencias, técnicas y diferentes conocimientos formales e informales...y saberes que se utilizan pero no han sido escritos aún, dado que se nutren desde el boca a boca desde sus orígenes, y ahí comprendí la tremenda frase con que se inicia y culmina la película “Metrópolis” del director alemán Fritz Lang, “El mediador entre el cerebro y las manos ha de ser el corazón”, ( “der Mittler zwischen Hirn und Händen muss das Herz sein” ). Y también comprendí para aprender a partir de otra gran frase como la del Psicólogo Estadounidense Abraham Maslow, “Si tu única herramienta es un martillo, tiendes a tratar cada problema como si fuera un clavo” (“If your only tool is a hammer, every problem tend to treat as if it were a nail”). Así, todo esto fue junto a compañer@s circunstanciales, colegas y entusiastas Guardaparques, Policías, Bomber@s, Rescatistas, Guardavidas, Profesionales de la Salud y de la Educación, ONG’s, Asoc. Civiles...u mujeres y hombres...much@s... que buscaban, y aún hoy buscamos cambios a través del autoconocimiento, de convocarnos, como lo dije anteriormente, para compartir, algo tan obvio y natural pero muy olvidado el día de hoy en esta sociedad super tecnologizada y desbordada en demandas, en la cual estamos insertad@s a presión, en contra de nuestra salud emocional-fisiológica-social. Con la exigencia de readaptarnos constantemente sin poder en la mayoría de las veces lograrlo. Y así pasamos un día tras otro con altísimos niveles de exigencias, autoexigencias y sobreexigencias, sin tomar contacto con nuestras necesidades y emociones. Y esto me llevó en estos años la manera en que transmitimos el conocimiento, aún más en el ámbito de las emergencias y situaciones críticas junto a víctimas y personal interviniente con la necesidad de ser asistidos...Con honestidad!, desaprender es todo un aprendizaje. Decidir abandonar lo por mal transmitido, mal incorporado es una tarea de mucha tristeza y a veces sufrimiento, pero necesaria para seguir, para “ ser parte de la tierra, sentirme tierra, ser abono para quienes vendrán”. Así me replanteé la transmisión de los conocimientos teniendo en cuenta en primer lugar el entorno de la persona que los necesita y solicita, acompañándola durante ese proceso y haciendo foco constantemente en sus recursos para que sea protagonista de todo lo que se descubre y construye, y no solo espectadora de quien posee ( en apariencia muchas veces ) el conocimiento. Atento a esto, sepamos que muchísimas personas sin ser profesionales ni especialistas en el área de apoyo humano, asistencia, crisis, emergencias y un largo etcétera; ya las aplicaban con otros saberes, otras formas y maneras, quizás diferentes a las actuales pero siempre con la misma finalidad y objetivo, dar apoyo, sostener, contener, acompañar y ante todo...ayudar a disipar la niebla para poder ver el camino con claridad y avanzar...

De otro modo considero, sería agresivo y violento, imbuido todo de una mirada obsoletamente patriarcal y machista, ante lo cual considero hoy somos tod@s damnificad@s y muchas personas lamentablemente víctimas. Pongamos en todas nuestras acciones una mirada ecuánime de género y respeto, y también deseos de respeto sobre nuestros verbos: hacer, ayudar, accionar, ofrecer...etc. Porque si equivocamos o confundimos el origen y finalidad de los mismos estaríamos apartándonos de la esencia, jugando y/ó exponiéndonos a ser superhéroes, formando parte de esa fantasía primaria de dependencia ignorando los recursos posibles en cada persona, ubicándola como víctima ( cuando quizás no lo sea ) para engañosamente constituirnos en héroes, mostrarnos como héroes. Y así negar y clausurar las posibilidades vitales de la persona.

En lo particular, como eslabón en la transmisión de conocimientos, siento y elijo practicar y avanzar en la esencia de mantener nuestras propias responsabilidades, y ser pilares, si se encuentra esto en nuestras posibilidades, junto a l@s demás. Lamailto:otr@s...la esencia es la salud y el origen está en cada un@ de nosotr@s. ¿Si yo no estoy bien...qué voy a ofrecerle a esa otra persona?.

Hay vida y hay muerte, todo lo del medio entre ell@s es nuestro. Seamos nutritiv@s.

Finalmente agradezco a mis colegas, comapñer@s de ruta y amig@s Florencia y Walter...en tanto que la vida nos orientó y juntos formamos el Equipo PAPE (Primeros Auxilios Psicológicos Emocionales). A mis dos amores que son mis pilares.

***“No hagas para recibir, ni esperes recibir...simplemente sé feliz con lo que hacés y compartilo”***

Lic. Diego Nuñez

13 de mayo de 2016, Buenos Aires.

# Prevención del Agotamiento Vocacional (emocional)

## RESTABLECIMIENTO EMOCIONAL DEL INTERVINIENTE

Cuando hablamos de Agotamiento Vocacional (A.V.) nos estamos refiriendo al desgaste físico y emocional propio de las personas con vocación de servicio, quienes llevan consigo una sobrecarga de trabajo diariamente.

Con el paso del tiempo, este desgaste conlleva a manifestar síntomas que derivan en patologías orgánicas y psicológicas-emocionales, las cuales pueden presentar las siguientes variables:

### Variables socio-ambientales que influyen en A.V.

- Exposición permanente a situaciones adversas (crisis, urgencias, emergencias, desastres, catástrofes, violencias de todo tipo...etc....)
- Contacto habitual con víctimas de diferentes situaciones críticas, con el sufrimiento ajeno, con persona traumatizadas física o emocionalmente.
- Imposibilidad de intervenir o brindar asistencia efectiva en todas las situaciones en que se siente involucrado.
- Automodulación de su formación ética y deontológica profesional, debido a situaciones socioculturales (violentas o no), externas, relacionadas con su desempeño.
- Al encontrarse expuesto a situaciones críticas constantemente, comienza a perder motivación - sensibilidad por su tarea.

### Síntomas esperables en A.V. (cronicados)

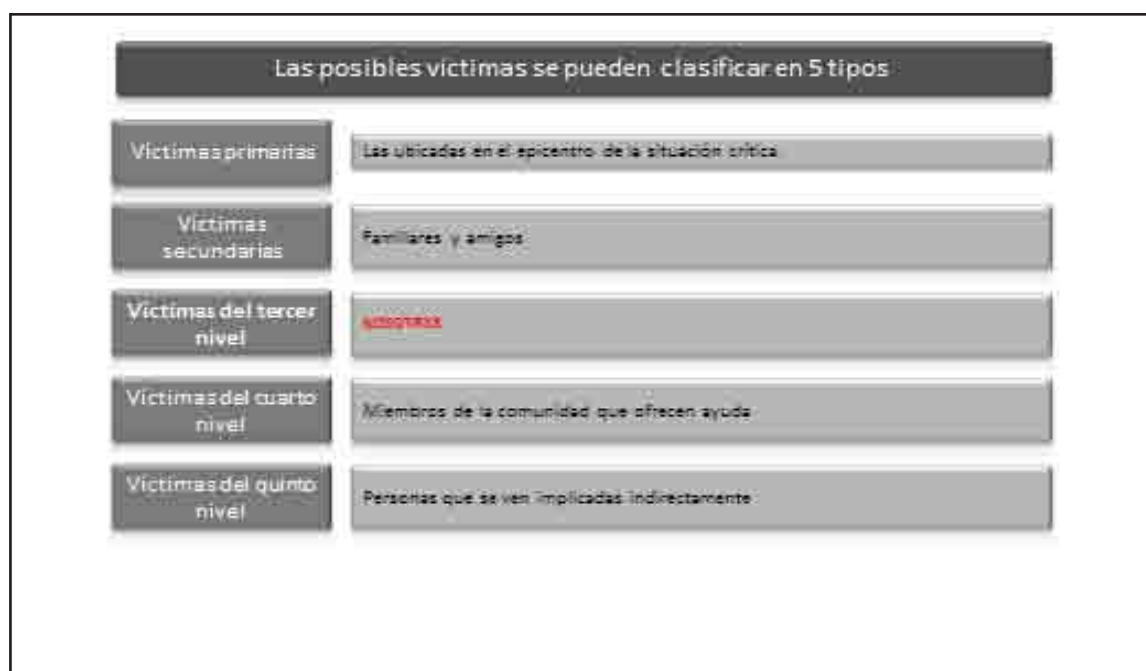
- Agotamiento físico y mental.
- Bajo rendimiento.
- Sentimiento de culpa.
- Pesadillas.
- Mal humor.
- Irritabilidad (falta de sueño)
- Ansiedad.
- Reacciones violentas. (verbales - corporales)
- Disociación.
- Falta de apetito - Apetito desmedido.
- Problemas de salud (hasta la depresión)
- Sentimientos de abrumación y abandono de su propia persona debido a la sobrecarga de trabajo.
- Pérdida gradual de las relaciones en el entorno.



# Técnicas de Post-Intervención

Las técnicas de post-Intervención aplicables para el Personal Interviniente promueven desde la salutogénesis acciones activas que complementan y refuerzan las funciones y conductas adaptativas de la persona. Al igual que cualquier persona damnificada o víctima, el Personal Interviniente puede vivenciar distorsión en sus pensamientos, desorganización de ideas, sentirse abrimad@ y en estado de alerta defensiva, como así también poseer un alto nivel de ansiedad, el cual cronificado en el tiempo podría generar un malestar mayor, tal como; estrés agudo o TEPT – Trastorno de Estrés Post Traumático. Por esta razón la psicoeducación y el trabajo preventivo en el Personal Interviniente es fundamental, ya que son ell@s en la mayoría de los hechos e intervenciones quienes absorben el primer impacto emocional desde lo visual, olfativo, gustativo, auditivo y táctil-kinestésico frente al cual afrontan y junto a lo cual deben desempeñar su labor con las presiones sociales e institucionales externas y muchas veces también las internas, naturales y esperables de las demandas ante la situación que se vive. Así son necesarias las defensas psicológicas de estas personas con las cuales hay que tener cuidado de no interferir, ya que el Personal Interviniente las necesita para poder llevar adelante sus acciones, junto a un conjunto de reacciones naturales y esperables.

Y nunca olvidar que dentro de la clasificación en los diferentes niveles de víctimas quienes intervenimos también ocupamos un lugar, dado que es imposible, remarco, no posible, no lleva con nosotr@s un pequeño retazo de lo intervenido, pero aún mas importante es saber y conocer que si ese pequeño retazo en el tiempo se transforma en un lastre para nosotr@s, en un a pesada mochila que cargar diariamente, estaríamos situad@s en un problema...algo que se ha estado cronificando, y por lo cual, con la posibilidad de perjudicarnos.





### *Los diferentes modos de prevención se clasifican en:*

**Prevención primaria:** mediante la cual se evita situaciones traumatogénicas, utilizando las leyes, la educación y los protocolos y normas.

**Prevención secundaria:** asistencia inmediata luego de la situación crítica para prevenir patologías, acompañar a quien lo necesite previa evaluación de sus necesidades y así no abandonar.

**Prevención terciaria:** rehabilitación y tratamiento de secuelas para una satisfactoria interactividad social y calidad de vida.

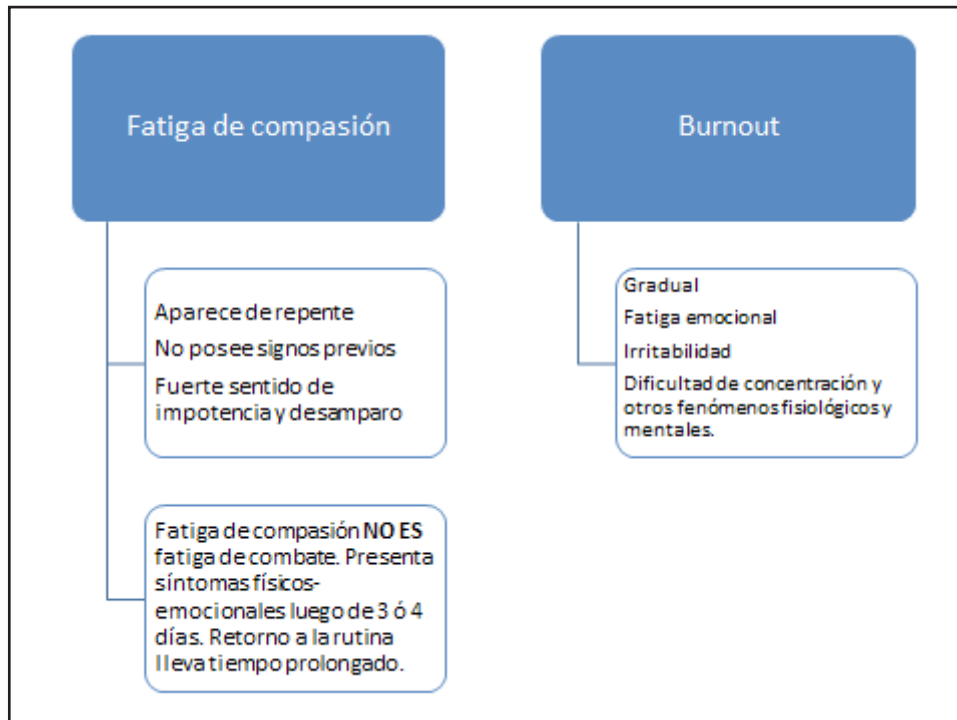
### **Técnicas de Post Intervención**

- La fatiga de compasión (M. Lahad)

Joinson 1992 – Figley 1995



Influencia en intervinientes/profesionales producto de la intervención junto a víctimas con TEPT. Los síntomas son semejantes en lo fisiológico-emocional-cognitivo al de las víctimas.



## A. NUTRICION

### 1. Vitaminas

Durante los períodos de stress agudo o crónico las fuentes de alimentación de vitaminas y sales minerales, pueden resultar insuficientes, por lo que se hace necesario la ingesta de cantidades mas elevadas de vitaminas “C” y las del complejo “B”, en particular las vitaminas B1 (Tiamina), B2 (Riboflavina), la Niocina, B3 (Acido pantoténico), B6 (Piridoxina).

### 2. Sales Minerales

Un stress excesivo provoca carencia de sales minerales esenciales, tales como el magnesio, calcio y el zinc; su déficit está directamente vinculado con una amplia variedad de trastornos tales como la esterilidad, problemas en el crecimiento, úlceras, hipertensión o insuficiencia coronaria, por esto se recomienda la ingesta de líquidos en especial los que contengan electrolitos y/o jugos naturales en las cantimploras o termos.

### 3. Azúcar

Existe una tendencia a dar caramelos, dulces, gaseosas, chocolates, a los trabajadores de emergencias, con la falsa creencia que esto ayuda a reponer energías. La reacción al stress, libera el azúcar que normalmente se encuentra almacenada en el hígado bajo la forma de glucógeno.

Simultáneamente, la adrenalina segregada inhibe la producción de insulina, por este motivo se recomienda alimentos bajos en azúcares.

#### **4. Cafeína**

La cafeína contenida en el café, té o bebidas de cola, así como el chocolate, tienden a favorecer la respuesta del organismo al stress, inhibiendo el sueño o bloqueando el descanso natural del organismo agotado por el esfuerzo permanente, sin embargo es muy popular repartir café en las compañías de Bomberos o en las zonas de emergencia como forma de “calentar el cuerpo”.

#### **5. Grasas**

El stress prolongado no solamente tiende a provocar la acumulación de azúcar, sino también de colesterol en la sangre, por la liberación de los ácidos grasos libres almacenados en el organismo, en tal sentido una alimentación alta en grasas como el pollo broaster, pollo a la brasa, papas fritas, etc. Sólo contribuyen al aumento del colesterol en la sangre.

#### **6. Alimento abundante**

Recuerde que en una situación de stress la digestión se hace lenta por la redistribución de la sangre a favor de los músculos y del cerebro, por lo consiguiente una comida difícil de digerir o abundante puede traer problemas de indigestión y malestar entre el personal de los equipos de respuesta que deben retornar al trabajo de emergencia.

#### **7. Alimentación balanceada**

- a. Se recomienda la sustitución de dulces, caramelos, por frutas.
- b. Sustituir café, té, chocolate, por agua mineral, jugo de frutas y/o leche, sales hidratantes y electrolitos por vía oral.
- c. Proveer suplementos vitamínicos y de minerales.
- d. Proveer una alimentación alta en energía tal como la fruta seca, avellanas, granos, nueces, cantidad apropiada de fibra alimentaria (50 gramos por día).
- e. Reducción de la absorción del colesterol, reemplazando las grasas minerales saturadas por grasas vegetales instauradas.

### **B. ACTIVIDAD FÍSICA**

La actividad física quema los subproductos de la reacción del stress, los cuales de otro modo, podrían ser nocivos.

Los productos inutilizados como azúcares y grasas contribuyen a la aparición de procesos degenerativos, tales como las enfermedades cardiovasculares, la úlcera.

Otros productos surgidos por la reacción del stress como la noradrenalina, nos vuelve altamente vulnerables con respecto a las emociones negativas, como el miedo y la cólera, si esas sustancias no son empleadas en una actividad física, pueden causar trastornos en las relaciones interpersonales.

El aparato respiratorio y el corazón reaccionan al ejercicio de manera sintrópica, vale decir que se vuelven mas fuertes y mas eficaces, cuando son empleados de manera apropiada.

Practicado como medida preventiva contra el stress, el ejercicio exige cierta regularidad, 30 minutos tres veces por semana, aportan efectos beneficiosos.

## C. SALUD MENTAL

El principal objetivo inmediato con los trabajadores de los equipos de respuesta que participan en un desastre o se ven involucrados en un incidente crítico con stress es el de minimizar la severidad y duración del trauma emocional.

Se debe permitir la expresión de sus emociones y ayudarlos a entender y comprender sus sentimientos y los efectos psicológicos que puedan aparecer algunas semanas después.

Existen técnicas de desmovilización psicológica que se orientan a los objetivos planteados líneas arriba y se conoce como “Debriefing”, el cual puede ser espontáneo o dirigido, esta acción la puede realizar personal entrenado pero de preferencia por psicólogos , previamente capacitados \*en el accionar del Bombero

Con la finalidad de evitar la fatiga emocional, y la aparición de errores por parte de los equipos de respuesta en situaciones de desastre se sugiere el siguiente horario de trabajo : 12 horas de trabajo por 12 de descanso, durante la primera semana.

Posteriormente 5 días de trabajo por un día libre y en condiciones extremas de alto riesgo 2 horas de trabajo por 15 minutos de descanso.

El “Debriefing” debe de ser aplicado inmediatamente después de una situación de incidente crítico en stress, se pueden realizar mini debriefing, en los intervalos de descanso.

Después de una semana se debe de realizar un seguimiento y reunión con el equipo para evaluar su readaptación a la rutina laboral y familiar.

El debriefing no es una reunión de crítica ni de poses de dureza emocional sino es mas bien una oportunidad en la cual el trabajador del equipo de respuesta puede expresar sus emociones y sentimientos, y ser comprendido, manifiesta sus síntomas físicos y psicológicos que puede estar sintiendo, aprende a reconocerlos como reacciones esperadas en estas circunstancias y se prepara para reintegrarse a la rutina diaria.

Al término de una emergencia que a significado situaciones de alto riesgo o peligro para los equipos de respuesta, o a demandado gran agotamiento de estos equipos, se recomienda al retorno a la base una breve sesión de “Desmovilización” (defusing), el cual se aplica el mismo día y en forma inmediata, no requiere la presencia de un profesional psicólogo, \*aunque si de personal capacitado por éste, y permite la ayuda a estabilizar la situación y mitigar el impacto, bajo la consigna nadie debe de regresar a sus hogares o labores acostumbradas sin antes haber pasado por esta actividad.

El “defusing” debe realizarse en forma inmediata y antes de realizar cualquier otra tarea de limpieza o arreglo personal, no es una sesión de crítica, más bien de comentario y desfogue emocional, puede durar minutos u horas, los miembros del equipo se sientan en círculo y en la intimidad, tiene una fase de introducción en la cual se indica lo que se va a realizar, una de exploración de las emociones y otra de información sobre lo esperado en situaciones de stress, y su carácter pasajero.

## D. SOPORTE PSICOSOCIAL

Bourne (Neurofisiólogo – USA) que realizó trabajos en Viet – Nam, manifiesta que aún en situaciones muy peligrosas, si el individuo siente que cuenta con el apoyo del grupo, tiene la noción de que domina la situación y siente que desempeña una función social muy importante, quedará protegido contra los efectos negativos del stress. Es decir, existen ciertos factores psicosociales que protegen al individuo de los efectos dañinos del stress, así este se encuentre en circunstancias extremadamente peligrosas, y esto tiene que ver con el grado de camaradería, compañerismo e integración del grupo del cual forma parte, de la confianza que tiene en sus conocimientos técnicos y el dominio que le permiten estas habilidades y conocimientos para poder manejar y dominar las situaciones por complejas que éstas sean, y por .ultimo del grado de convencimiento de que está realizando una misión muy importante y apreciada socialmente, contribuyendo a aliviar el dolor, el sufrimiento y a salvar vidas humanas.

Rof Carballo (neurofisiólogo español) manifiesta que un sujeto expuesto de caer en una situación de stress, si cuenta con una confiada relación con un confidente, o si tiene alguna persona que lo apoye o si tiene un respaldo afectivo de amistad, amor; quedará protegido de los efectos negativos del stress. Rof Carballo, presenta un enfoque diferente al anterior, el prioriza el respaldo afectivo como protección al stress, en esto se respaldan algunos trabajos que indican que las personas solas, sin pareja se encuentran en desventaja frente a los casados o los que tienen pareja, cuando sufren el impacto de un incidente crítico en stress, de lo que se deduce que es de vital importancia que las instituciones que forman parte de los equipos de respuesta, se promuevan y fortalezcan los lazos de unión entre los diversos grupos familiares de cada uno de

sus integrantes a través de reuniones de confraternidad que permitan conocerse y ayudarse mutuamente cuando el caso lo requiera para disminuir el impacto emocional de un incidente crítico en stress, y que les proporcionen la comprensión necesaria a su retorno del hogar, después de haber participado en un desastre.

Los grupos familiares deben de conocer las reacciones psicológicas del stress post-traumático afín de poder identificar los síntomas oportunamente, comprenderlos, y solicitar la ayuda correspondiente.

\*Los cambios me pertenecen.

# Debriefing – Defusing

---

## TÉCNICA Y HERRAMIENTA PARA USO DEL BOMBERO

La técnica del debriefing nació en los Estados Unidos en los años 80 con el trabajo del Dr. Jeffrey Mitchell durante las catástrofes naturales y en el contexto del desarrollo de teoría de intervención en caso de crisis. Esta, se profundizó con el doctor noruego Atle Dyregrov, Y después ha sido transformada varias veces, principalmente en Gran Bretaña.

La experiencia del sostén psicológico a las víctimas acumulada durante el siglo veinte, ha permitido obtener un cierto número de certezas. Las reacciones a un incidente traumático son normales y no son muestras de una debilidad de carácter; por consiguiente, las víctimas aun si tienen reacciones emocionales fuertes, no deberán ser consideradas como “casos” psiquiátricos.

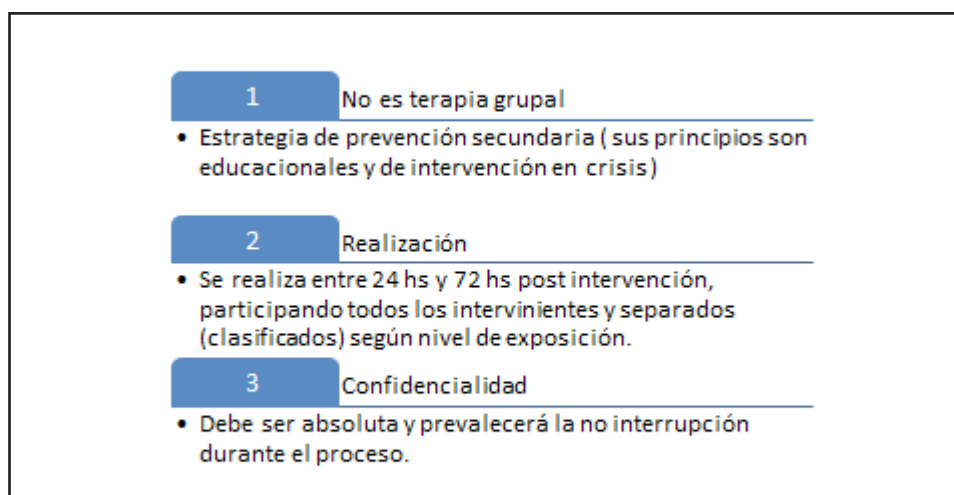
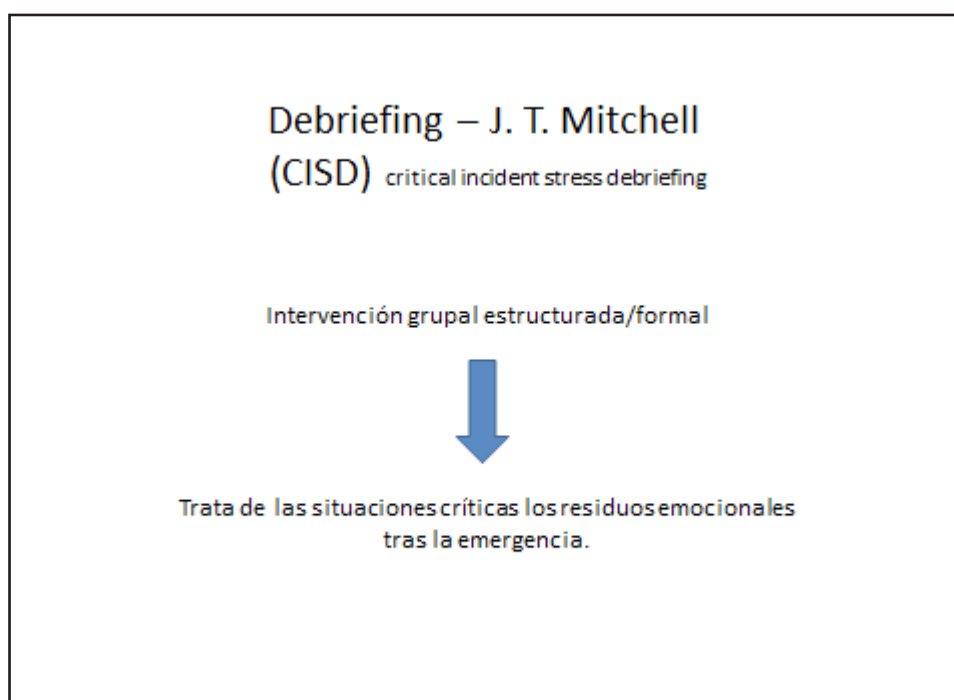
El sostén debe intervenir lo mas rápidamente posible después de un evento traumático, esto a fin de permitir dar una apreciación adecuada de los hechos y un sentido a lo que está pasando.



El debriefing es un método de intervención que trata de reducir las reacciones a un evento traumático. Por esta razón no es una terapia del síndrome de estrés postraumático y parte del principio que la mayoría de las víctimas tienen en ellos mismos la capacidad de reaccionar de manera adecuada. En consecuencia :

- A. Intervención debe llevarse a cabo lo más rápidamente posible después del incidente.
- B. La víctima debe poder hablar libremente de lo que le está pasando.
- C. También debe poder revivir sus emociones, llorar, Enojarse, temblar, sin sentirse juzgada.

En otras palabras, el método de debriefing forma parte de las herramientas de sostén emocional, pero como es nombrado en el capítulo anterior, podrá ser aplicado por no profesionales de la Psicología, siempre y cuando estos sean correctamente instruídos para utilizar esta técnica.



## Objetivos:

aliviar el estrés  
expresar sentimientos, pensamientos y reacciones  
favorecer apoyo intragrupal  
prevención de secuelas psicopatológicas  
normalización  
contactar/derivar personas afectadas con los profesionales de Salud Mental

### Resumiendo...

Proceso para afrontar y tomar contacto c/ sonidos, olores, pensamientos, sentimientos, recuerdos, reacciones físicas **"como reacción normal ante un evento anormal"**.

El defusing debe realizarse en forma inmediata y antes de realizar cualquier otra tarea de limpieza o arreglo personal, no es una sesión de crítica, mas bien de comentario y desahogo, su tiempo es ilimitado, almenos hasta cuando nuestros sentidos nos indiquen lo contrario.

Es importante que prevalezca la intimidad y el respeto por el otro durante la reunión grupal, para de esta manera poder obtener la atención suficiente de todos y así realizar la introducción al trabajo, la exploración de las emociones y por último la información sobre lo esperado en situaciones de estrés.

## Defusing – J.T. Mitchell

- Encuentro semiestructurado/informal, luego de intervenir (dentro de las primeras 24 hs), 6 a 15 personas...duración; 20 min. a 1 hora...coordinadora/or formada/o en la técnica.

### Objetivos:

- apoyo mutuo
- sentimientos y reacciones
- resolución de problemas

# Resiliencia

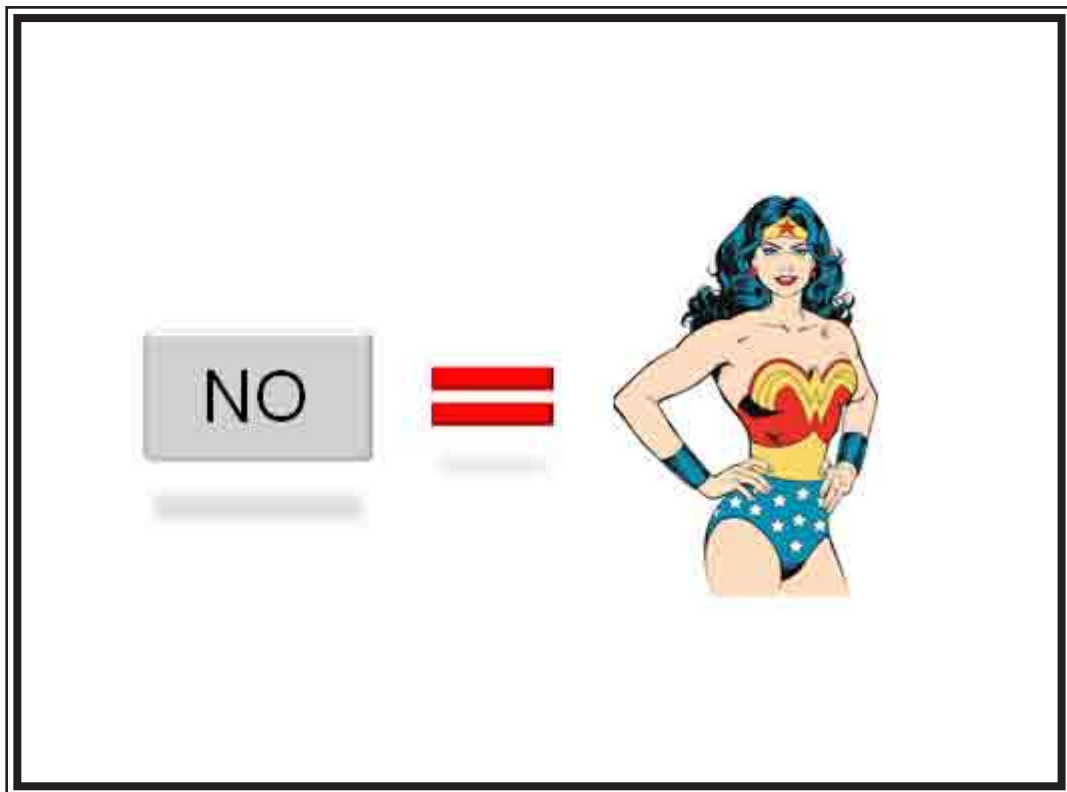
---

En nuestra tarea diariamente nos relacionamos con personas en situaciones estresantes generadas a causa de tragedias, accidentes y diferentes tipos de crisis traumáticas. Nosotros mismos en nuestra cotidianidad hogareña, laboral y social, transcurrimos por momentos en los cuales sentimos dificultad para hallar una solución y superarlas. Pero sucede que muchas veces no solo lo podemos superar, sino que nos sentimos nutridos, fortalecidos y transformados por la adversidad vivida.

Esta reacción, este sentimiento es denominado resiliencia. Esta palabra proviene del latín resilio, que a su vez significa; volver atrás, volver de un salto. Por esta razón designaremos como resiliencia a “la capacidad humana que permite a las personas, enfrentar y sobreponerse mas allá de las experiencias de adversidad, para no solo superar el hecho o contingencia, sino también ser transformados por la experiencia vivida”. Es la adaptación positiva ante situaciones negativas. Es la resistencia al trauma.

Lo deseable es que el medio provea y promueva recursos para fomentar el desarrollo que será nuestro pilar con respecto a los beneficios para nuestra salud mental.

***“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”  
(Organización Mundial de la Salud. – OMS-)***



No necesitamos “Mujeres Maravillas” que asistan e intervengan en situaciones críticas y junto a otras personas...porque pueden terminar de la siguiente manera!



La carga del desgaste emocional es intentar  
estar bien... sin estarlo,  
y así terminamos perjudicados en el intento

NO



Tampoco necesitamos ningún “Superman”...asistiendo emergencias, urgencias ,desastres y catástrofes, y aún menos...víctimas...porque pueden terminar perjudicados en sus intentos!

El sobreesfuerzo emocional carga con un gran costo... malestar, estrés, pérdidas, muerte...



#### Después de eso...

Vienen las pérdidas afectivas, el desgano del contacto social, el sentirnos siempre cansados, el no entender porque nos sale todo mal...  
las parejas que no se entienden y se rompen...  
el distanciamiento con los afectos...  
el sentirnos siempre "nublados"...  
la intolerancia... la rabia... el desinterés...  
"la angustia en el pecho..."  
los dolores de cabeza interminables...

# Prevención e Intervención

---

Cuando hablamos de Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales, desde la prevención nos referimos a la asistencia e inmediata intervención que se les ofrece ante la urgencia, a veces crítica a víctimas y personas afectadas, empleando diferentes estrategias y técnicas específicas para así ofrecer la mejor contención posible.

Esto se realiza ante estados de crisis, dado que se encuentran saturados los mecanismos de adaptación de la persona que está atravesando una situación violenta y/o que disrumpe desconocida hasta ese momento y otras veces situaciones reiterativas y cronificadas en el tiempo, y la cual dificulta de alguna manera su curso de vida. Esta incapacidad de adaptación es una peligrosa situación, ya que se ve elevado el nivel de estrés, desencadenándose cambios extremos en la impulsividad y la excitación, ante los cuales los mecanismos de defensa no funcionan, al igual que los mecanismos de adaptación, los cuales se verán disminuidos precipitadamente.

Al verse superada en sus capacidades de resolución, la persona experimenta tal estado de tensión que la inhabilita en la búsqueda de posibles soluciones.

Es por esto que las intervenciones que se realicen tenderán al restablecimiento del equilibrio emocional.

Ante estas situaciones los Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales perseguirán los objetivos de:

- Brindar protección y seguridad, así como también aliviar inmediatamente, o a corto plazo, síntomas de estrés, previniendo de este modo la aparición de futuras reacciones emocionales negativas.

El dar apoyo a la persona en el mismo momento en que lo requiere permite aliviar su desorganización emocional, ya que su ansiedad no permanecerá estática sino muy por el contrario dada la tensión por la crisis se encontrará en constante cambio. Ante este cuadro, nuestra intervención ayudará a que la persona pueda adaptarse lo mejor posible a la situación, y el invalorable apoyo ofrecido por nosotros brinda como resultado que lo que se está experimentando, produzca un efecto de feedback –ida y vuelta -, de sentirse acompañada, de contar con la posibilidad y la oportunidad de la “esperanza”, y así reasociarse emocionalmente e ir fortaleciéndose de a poco.

Al producirse una crisis la víctima actúa de diferente manera a como se comporta normalmente. Estos cambios se producen de acuerdo al factor desencadenante, es decir, al hecho que haya desencadenado la crisis y la capacidad de adaptación que posea y pueda hacer uso la persona en esa circunstancia.

Las crisis en general están compuestas por profundos cambios que se



producen en diferentes situaciones donde reina la confusión y la incertidumbre. Bajo estas características se verá afectado el equilibrio personal como así también social, observándose cambios en las sensaciones, y produciéndose tensiones y sentimientos de impotencia de quien o quienes se encuentren afectad@s al impacto vivido.

Recordemos que al encontrarnos frente a un/una compañer@-par en instancia de crisis debemos siempre tener en cuenta, que en ese momento se sienten incapaces de salir de la situación crítica ó traumática por si mism@s, es por esta razón que nosotros nos encontramos allí. Por ese motivo nuestro trato debe ser firme y respetuoso, por los momentos y emociones que atraviesa.

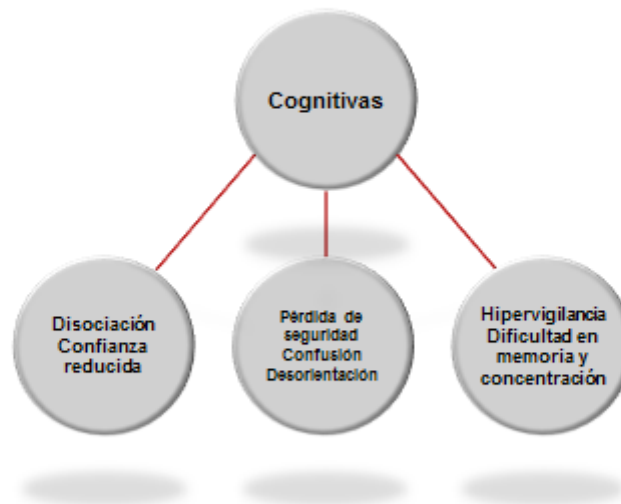
Los Primeros Auxilios Preventivos Psicológicos Emocionales deben ser parte de la preparación y el entrenamiento del personal para brindarlos en las intervenciones que realicen junto a víctimas... como así también utilizarlos como recurso para el autocuidado y la protección emocional hacia ellos mismos y sus compañer@s

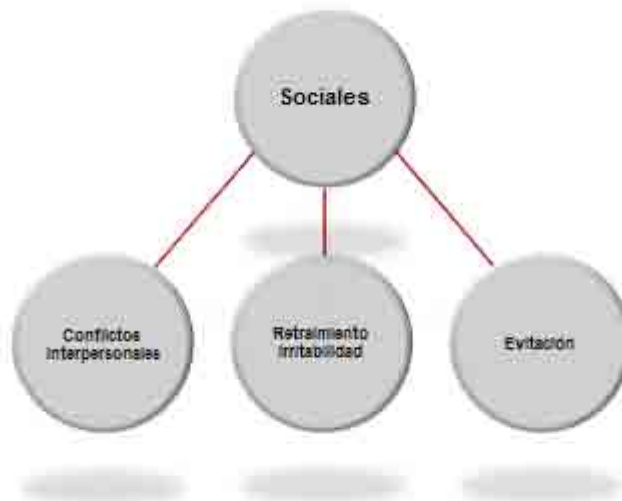
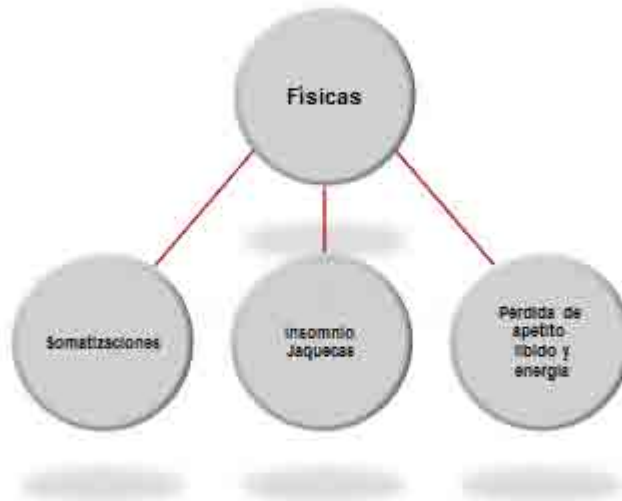
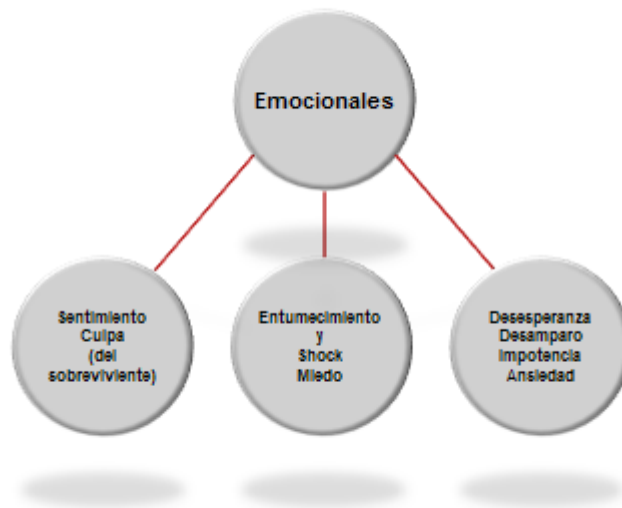
El personal que interviene en situaciones críticas y junto a personas en riesgo necesita prevención en su trabajo diario, porque en su accionar “no hay síntomas para tratar” sino que hay reacciones naturales a su tarea.

Los síntomas tienen que ver con la enfermedad y la prevención en cambio tiene que ver con la salud.

# Diferentes reacciones naturales y esperables en personal interviniente (Según el Dr. Richard F. Mollica)

RICHARD F. MOLLIKA, MD, MAR es el Director del Programa de Refugiados de Harvard en Trauma (HPRT) del Hospital General de Massachusetts y la Escuela Médica de Harvard. Recibió su título de médico en la Universidad de Nuevo México y completó su residencia Psiquiatría en la Escuela de Medicina de Yale, en la cuál también entrenó en epidemiología y recibió el título de la filosofía de la Escuela de la Divinidad. En 1981, el Dr. Mollica fué co-fundador de la Clínica de Psiquiatría de Indochina (IPC). Durante las últimas dos décadas el HPRT y el IPC han sido pioneros en la atención de la salud mental de los sobrevivientes de la violencia masiva y la tortura. HPRT modelo clínico / del IPC ha sido replicado en todo el mundo.





## Diferentes reacciones observables...

( Prof. de la Salud, Rescatistas, Bomber@s, Guardaparques, Guardavidas, Profesionales de alta exposición, Voluntari@s, Equipos de Asistencia, Policías, Víctimas directas e indirectas...etc)



### ***Episodios o periodos depresivos***

En este cuadro encontramos:

- 1) Animo deprimido
- 2) Pérdida de interés
- 3) Pérdida de experimentar placer
- 4) Enlentecimiento psicomotor
- 5) Sentimientos de inutilidad
- 6) Disminución de la energía
- 7) Inutilidad, ruina, culpa o responsabilidad por todo.
- 8) Alteración del sueño, peso, apetito y deseo sexual.

## ¿Qué debemos hacer?

### **Observación**

- 1) Expresión de tristeza en el rostro
- 2) Los hombros caídos
- 3) Lentitud en el movimiento
- 4) La vestimenta poco cuidada
- 5) El paso lento
- 6) El tono bajo de la voz
- 7) La cabeza inclinada hacia abajo
- 8) Las sejas, las lagrimas y la vista pérdida
- 9) El entrecejo fruncido (omega melancólica)

### **Atención**

- 1) A simple vista, atención muy disminuida
- 2) Por la gran introversión su atención esta dirigida hacia su estado de ánimo
- 3) No les interesa nada de lo exterior

## **Sensopercepción**

1) En estos estados solo se registra el presente cargado de ansiedad, culpa, tristeza, ineptitud y fracaso. Los logros del pasado no cuentan y las posibilidades del futuro no existen.

## **Ideación**

- 1) El flujo de ideas es lento
- 2) Estas son ideas delirantes por la exaltación efectiva. Son de impotencia, de ruina y de alta culpabilidad de suicidio.

## **Asociación de Ideas**

- 1) La asociación es lenta pero su coherencia es normal.

## **Juicio**

- 1) Puede estar desviado por la exaltación efectiva.

## **Pensamiento**

- 1) Curso lento, ideas de ruina y autoculpabilidad, ideas de indignidad y autoacusación que llevan al suicidio.

## **Memoria**

- 1) No hay alteraciones groseras, mientras dura la depresión se hace mas difícil retener información, especialmente, si no esta conectada con las vivencias penosas o vinculadas al estado depresivo.

## **Conciencia**

- 1) Leve obnubilación de la conciencia.

## **Afectividad**

- 1) La emoción es permanentemente de tristeza.
- 2) Se abruma con supuestas responsabilidades.
- 3) Sentimientos penosos que confirman con el relato.
- 4) No vislumbran ninguna posibilidad de cambio.
- 5) Sentimientos de soledad y abandono.
- 6) Prevalece la sensación de displacer.

## **Actividad**

- 1) Se observa inhibición motora a través de la lentificación de los movimientos.
- 2) La actividad motriz esta muy disminuida.
- 3) Son características la inmovilidad, la actividad de cavilación y el ensimismamiento.

## **Perturbaciones somáticas**

- 1) Digestiones laboriosas.
- 2) Estreñimiento.
- 3) Hipotensión arterial.
- 4) Edema.
- 5) Disminución de la temperatura de miembros inferiores.
- 6) Disminución de la libido de ambos sexos.
- 7) Cianosis, astenia, amenorrea, impotencia.

## **Perturbaciones del sueño**

- 1) Insomnio medio o tardío.
- 2) Insomnio inicial.
- 3) Menos frecuencia en el exceso de sueño (hipersomnia).

# Lo Disruptivo. ¿Víctimas o damnificados?

(Según el Dr. Mordechai Benyakar)

---

“¿Quién es el destinatario de la proyección y de la sobreidentificación? Quien fuè suficientemente dañado como para sufrir desvalimiento y no solo se hace visible al resto sino que lo conmueve, despertando su compasión. Que esto ocurra depende de las condiciones psicológicas por las que atraviesa cada individuo en el momento de saber acerca del daño, condiciones que lo hacen mas o menos permeable al sufrimiento del otro. Pero también de los valores personales, grupales y sociales que condenan con mayor o menor firmeza ciertos daños y señalan a determinados grupos sociales como mas vulnerables. Pero a quien se elige víctima?...a alguien que, además de ser vulnerable, como ya dijimos, sea lo suficientemente parecido a cualquiera de nosotros y estè lo suficientemente distante de nosotros como para poder pensarlo diferente, como para poder identificarnos con èl al mismo tiempo que nos separamos. Y esta elección o bien se apoya en creencias religiosas muy fuertes o bien en planteamientos ideológicos. En uno y otro caso, la victimización se presenta como un imperativo que exige de pensar en su naturaleza y consecuencias. La tarea de soslayar el pensamiento queda disimulada y, a veces, también justificada tras el altruismo un indiscutido valor social- que acompaña al proceso y que surge como respuesta a los sentimientos de culpa. Aunque la compasión, la solidaridad, el altruismo, alivian la culpa, no la redimen. Por ello el germen que da lugar al proceso de victimización sigue activo, buscando perpetuarlo. Igual que como sucede con los testimonios vivientes, ello ocurre con los damnificados que son los destinatarios de las actividades de asistencia y ayuda y de reparación de los daños. Estas actividades suelen confinar al dañado a la condición de víctima, un rol rígidamente definido del cual es muy difícil salir. Esto ocurre porque una vez erigido en víctima el sujeto pierde su condición de tal en la medida en que desaparece como el producto de su historia singular y comienza a quedar reducido a ser el objeto del daño y de las necesidades sociales, al mismo tiempo que su historia pasa a ser leída casi exclusivamente a la luz de ambos condicionamientos. Destinada a nombrar al sufriente que mueve nuestra compasión y deseo de ayuda, la palabra víctima es, sin embargo, un modo de ejercer violencia e invisibilizarla en el mismo acto. En el imaginario dominante, la víctima es alguien que tiene, por ejemplo, su capacidad perceptiva, emocional, intelectual, disminuída por el sufrimiento. Se le adjudica impotencia, debilidad, incluso parálisis, y escasa o nula posibilidad de soportar y reponerse de las adversidades. La definición menosprecia y desconoce la subjetividad de la persona y la presiona a adaptarse a la imagen dominante, quedando de este modo, atrapada en un rol estereotipado que resulta funcional para la sociedad pero del cual también podrá obtener ciertos beneficios, puesto que, al mismo tiempo, esas características le permiten ser reconocida y que la sociedad acuda a su ayuda. La persona damnificada...la palabra damnificado/a no acarrea ningún otro significado que deforme la percepción o genere expectativas en quien así llama al afectado. Del damnificado solo sabemos que sufrió un daño, y aún en cuanto sepamos en que consistió el hecho infausto que vivió ignoramos que efectos produjo en él, o sea, no sabemos si hubo o no daño subjetivo y, si lo hubo, en que consistió. En tanto se mantiene como interrogante, el damnificado conserva a priori su subjetividad, su movilidad psíquica, su capacidad de respuesta.

En resumen a diferencia de los damnificados, las víctimas son una penosa necesidad de las sociedades porque: 1) sirven de soporte para mantener la memoria social respecto de ciertos hechos 2) expían las culpas individuales y sociales 3) alivian la angustia que provoca la presencia del sufrimiento en tanto permiten objetivar y depositar el mal en el hacedor del daño y confinar sus efectos en algún sector de la sociedad que es erigido en víctima 4) sostiene las identidades grupales, muchas veces aglutinando a los individuos tras una causa común o bandera política. Veamos ahora que sucede del lado del victimizado. El proceso de quien sufrió un daño suele ser como sigue: hasta el momento de sufrirlo se veía a si mismo como una persona normal que podía trabajar, amar, divertirse, tener amigos. A partir de que le causan un daño psíquico, estas capacidades se malogran y comienza a sufrir. Desde su comprensión de lo que le sucedió, el sufrimiento le fue ocasionado por el mundo externo: algo vino de afuera y le produjo un daño. Esto no es lo que

ocurre en otras dolencias psíquicas en las que los individuos sienten que el origen del sufrimiento está en ellos mismos, en algo que no pudieron elaborar, a pesar de que en los desórdenes de personalidad se tiende a ubicar el problema en el miedo.. La gran diferencia con otras condiciones es que en las patologías disruptivas tanto individuo como sociedad reconocen que el daño fue provocado por el afuera. Sentir que el daño provino del mundo externo habilita al damnificado a reclamar que o bien aquel que le infligió el daño o bien quién debió haberlo evitado ( el grupo o la sociedad en general) deberán repararlo, compensarlo, o por lo menos, aliviarle de algún modo su sufrimiento. En principio esta reacción pone en funcionamiento la responsabilidad de la sociedad a la que se asocia la culpa imaginaria de quienes son testigos del daño. Así se establece el sistema, por ejemplo, de las indemnizaciones, mecanismo mediante el cual la sociedad se hace responsable de los daños que sufren sus miembros, en tanto sean daños reconocidos como tales y les hayan sido infligidos a quienes la sociedad decidió proteger”.

(Mordechai Benyakar, *Lo Disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*; pág. 68)

Recordemos siempre que la única posibilidad de unir lo bio-psico-social, es mediante el habla. Expresar lo que sentimos mediante nuestras emociones, y no engañarnos con pensamientos, los cuales confundimos con emociones, pues no lo son. Los pensamientos ante situaciones de crisis, generalmente surgen como máscaras encubridoras de lo que realmente sentimos, de nuestras emociones. Hay que trabajar mucho el contacto y la atención plena para poder estar centrado@s y hablar y expresarnos desde nuestras emociones...no es fácil...hay que desaprender mucho quizás...pero es posible...No se trata de lograrlo o fracasar, vá mucho mas allá, y el beneficio siempre aparecerá aunque pienses que no podés o que es difícil y cuesta...insistir y ser paciente es la fórmula, así todo surge y resurge. Este es el contenido que desde una educación social patriarcal hemos recibido mujeres y hombres que nos desempeñamos sobre todo en equipos de primera respuesta, rescate, fuerzas de seguridad, salud...y en realidad como sociedad en general...aprendimos porque nos enseñaron (y no por casualidad) a estereotiparnos, y así se nos ha etiquetado fácilmente, dado que se nos ha enseñado a no ser nosotr@s, a que si cumplimos determinados roles debemos ser dur@s y aguantar todo...y lo real es que nos enseñaron a perdernos, y realmente a veces es difícil cuando incorporamos algo y mal, desincorporarlo y aprender...y al menos en nuestras áreas de desempeño, no aceptar solo la teoría por teoría en si misma y quien te la ofrezca, aunque esté vestida esa persona en libros, sponsors, escudos y demás...nosotr@s necesitamos no solo el conocimiento que nos pueden transmitir, sino que quien lo transmita lo aplique desempeñando las mismas tareas que nosotros a parte de su tarea profesional, que sea Rescatista y lo que me transmita me provoque emociones junto al conocimiento, que sea, Bomber@, Policía, Paramedic@, Guardavidas...etc...y que sus vivencias y experiencias junto al conocimiento siempre nutritivo genere en mí ese reconocimiento de las emociones del que antes nombraba.. pero la buena noticia es que el cambio es posible. Seguramente llevará mucho esfuerzo, pero lo va a valer. Seamos responsables. No aceptemos lo inaceptable, eso nos enferma, patologizándonos. Se trata de ser conscientes de lo que sentimos para poder conocer nuestros propios límites, que es algo natural, y así poder tomar acciones concretas.

Y finalmente, si cualquier síntoma, ansiedad, agitación...o como deseen llamarlo perdura mas allá de lo tolerable, aceptable...y eso nos condicione el día a día en nuestros diferentes ámbitos...mas allá de que estemos hablando de prevención y autocuidados, si eso aparece y está, debemos realizar consultas con profesionales de la salud mental, y no tengamos vergüenza, todo lo que nos sucede y sentimos es normal, natural y esperable por las intervenciones y tareas que realizamos.

Espero estar pronto nuevamente junto a ustedes con más material para ofrecerles y que compartamos.

***“No hagas para recibir, ni esperes recibir...simplemente sé feliz con lo que hacés y compartilo”***

Lic. Diego Nuñez  
diego\_on@hotmail.com  
Facebook: Diego Nuñez Primeros Auxilios Psicológicos Emocionales  
www.pape.com.ar



## Bibliografía

Cuerpo Saludable. Córdoba. Edición de Autor. Palmetti, N. 2008

Intervención psicológica con intervinientes en emergencias. Luz Gutierrez Gutierrez, Isabel Vera Novascués y Elena Puertas Lopez. PCE

Anexo 1- Volviendo a casa. Desarrollado por la unidad de apoyo social MSF-OCBA. Marzo 2006

Healing invisible wounds: paths to hope and recovery in a violent world. Paperback. Mollica Richard F. 2008

Lo Disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales. Mordechai Benyakar. Ed. Biblos 2006

Debriefing, Erste Hilfe durch das Wort: Hintergründe und Praxisbeispiele, Gisela Perren-Klingler. Ed. IPTSuisse.

Duncker. Who Can Catch a Liar. Paul Ekman Maureen O'Sullivan. American Psychologist.

Face, voice and body in detecting deceit. Paul Ekman. The Duchenne Smile: Expression and Braun Physiology II. Paul Ekman. Journal of Personality and Social Psychology.

Evidence-based efficacy of adaptogens in fatigue, and molecular mechanisms related to their stress-protective activity. Panossian, A y Wikman, G. 2009

Técnicas y procedimientos de intervención postdesastre disponible para trabajadores psicosociales para asistir sobrevivientes. Raquel E. Cohen MD, MPH.



Reversión 2016

