

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 1 de 34

Índice

Presentación

Legislación básica

Justificación Teórica

- Modelo de intervención psicosocial ante desastres.
- Delimitación conceptual.

Objetivos

- Objetivos generales.
- Objetivos específicos.

Intervención

1. Procedimiento de actuación e intervención

- Valoración general del suceso.
- Roles y funciones del equipo de psicólogos.
- Niveles de intervención: Definición y Características.
- Organización General del Suceso.
- Evaluación Directa con las personas afectadas.
- Intervención Psicológica.

2. Situaciones especiales

- Comunicación de Malas Noticias.
- Apoyo Psicológico en el reconocimiento de cadáveres.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE C.E.M.A.

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 2 de 34

- Conductas autolesivas, parasuicidas y suicidas.

3. Post-impacto y Seguimiento Individual o Familiar.

4. Evaluación Global y Valoración de la Intervención.

Conclusiones

Bibliografía

Anexos

- Anexo 1. Ficha de datos generales.
- Recomendaciones para familiares y acompañantes del duelo.
- Evaluación general de la intervención.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 3 de 34

Presentación

El plan de Atención Psicosocial para pacientes, familiares y personal de Salud del Centro de Excelencia Médica en Altura CEMA, que se presenta da respuesta profesionalizada a la intervención psicológica ante situaciones de crisis en emergencia o desastres.

Se presenta una propuesta articulada de intervención, es decir, una organización y estructuración de la intervención psicológica en situaciones de crisis, teniendo en cuenta la propia estructura del CEMA como el organismo y recursos humanos de los que disponemos.

Los profesionales de la salud no deben ser ajenos a lo cotidiano, ni a lo que es excepcional y que adquiere especial significado en los municipios del Estado de Hidalgo.

En este sentido, la pérdida, el duelo, la negación de lo acontecido, los fuertes lazos morales y religiosos, nos sitúan ante el esfuerzo añadido en que todas las instituciones de uno u otro ámbito, esperan el apoyo humanitario y de la voluntad del servicio de todos los profesionales ante la incertidumbre y desesperación.

Es en estos momentos donde adquiere significado la intervención psicológica profesional, procurando restituir el sentido, en estos casos especiales, de “normalidad”.

www.ipbscordova.es

Legislación Básica

La intervención psicológica en crisis se encuadra dentro del servicio de Protección Civil, cuyo objetivo es la “protección física de las personas y de los bienes, en situación de grave riesgo colectivo, calamidad pública o catástrofe extraordinaria, en la que la seguridad y la vida de las personas pueden peligrar y sucumbir masivamente” (Ley sobre protección civil). El servicio de Protección Civil constituye así la afirmación de una amplia política de seguridad, que encuentra actualmente su fundamento jurídico en la Constitución, en la obligación de los Poderes Públicos de garantizar el Derecho a la Vida y a la Integridad Física.

El servicio de intervención en Crisis se encuadra dentro de la Prestación Social de Convivencia y Reinserción Social, que configura como “un conjunto de actuaciones dirigidas a posibilitar las condiciones personales y sociales para la convivencia, participación e interacción de los individuos en la vida social, con especial atención a las acciones de carácter preventivo. Asimismo, trata de recobrar la vinculación efectiva y activa de los individuos y grupos en su entorno, cuando este se ha deteriorado o perdido”.

Justificación Teórica

Existen diferentes modelos teóricos que provienen de distintos paradigmas (cognitivo, conductual, sistémico) y que han resultado ser útiles en la aplicación de teorías psicológicas en ámbitos de intervención de crisis. En el protocolo que aquí presentamos, se adoptan planteamientos y teorías de distintos modelos, pero en el caso de intervención de desastres masivos, se aborda principalmente el modelo de Inbar (1994), el cual aborda de manera amplia este tipo de intervenciones.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE C.E.M.A.

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 4 de 34

Delimitación Conceptual

A continuación se definirán los principales conceptos que dirigen nuestra intervención: accidentes, emergencias, desastres, catástrofes y crisis.

Se considera importante definir y delimitar conceptualmente el tipo de intervención psicológica ya que según se declare el suceso traumático como accidente, emergencia, desastre, o catástrofe, esta decisión va a influir en la cantidad de ayuda a ofrecer (movilización de recursos humanos y materiales) y en las repercusiones emocionales, políticas y económicas.

La capacidad de respuesta del sistema, el grado de disrupción de las estructuras sociales de la comunidad, las consecuencias psicológicas de las víctimas y la vulnerabilidad de la comunidad son criterios cuantitativos muy importantes a tomar en cuenta para diferenciar entre los diferentes acontecimientos estresantes (Renedo, G, 2003).

Brittton (1996), considera que los desastres, emergencias y accidentes se pueden considerar globalmente como periodos de crisis sociales generadoras de estrés colectivo (citado en García y Gil, 2004). La diferencia entre estos conceptos se sitúa en base a tres criterios: el número de personas implicadas, el grado de implicación dentro del área o sistema social implicado y la cantidad de ruptura o destrucción causada en el sistema social por el agente inductor del estrés colectivo.

Estos tres parámetros están situados en un continuo de mayor a menor estrés colectivo en el que se situarían los cuatro tipos de crisis sociales.

El *accidente*, se encuentra en los extremos de menos estrés colectivo, donde la ruptura se producirá en un grupo muy específico de víctimas pero no sobre niveles altos de las redes o estructuras.

La *emergencia*, esta es una posición central del continuo, producirá más estrés colectivo que el accidente y menos que el desastre; estas crisis interfieren sobre las actividades realizadas de un número determinado de personas implicadas, y se producen en un lugar muy concreto y afecta a personas de esa comunidad.

El *desastre*, está situado en el extremo mayor del estrés colectivo e implica un mayor número de víctimas afectadas, así como una ruptura de la mayoría de las estructuras sociales y de las infraestructuras comunitarias básicas disponibles. Por ejemplo, un terremoto, un tornado, un atentado terrorista, un incendio, una inundación.

Las *catástrofes*, García y Gil (2004), son las que se sitúan en el extremo de mayor estrés colectivo debido a la ruptura total de todas las estructuras sociales de la comunidad afectada, como ejemplo el gran terremoto del año 1985; las bombas atómicas etc.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 5 de 34

En el Centro de Excelencia Médica en Altura (CEMA) se establecieron 5 desastres o estados de emergencia como posibles riesgos que ponen la salud física y mental de los pacientes, colaboradores y personal que integra el centro hospitalario en riesgo.

- Sismo
- Incendio
- R.P.B.I.
- Fuga de gas
- Crisis social y terrorismo

Dentro del área de psicología no se implementa un plan especializado para cada uno de los desastres, mas bien, se interviene de acuerdo a la magnitud o el impacto psicosocial que pueda afectar directa o indirectamente a la población. Debido a que las diferentes reacciones psicofisiológicas están correlacionadas para cada uno de los diferentes desastres que se pueden manifestar, mismas que se pueden atender a través de un plan generalizado.

A continuación se presentan las reacciones psicofisiológicas de acuerdo al tipo de desastre:

- Sismo
 - Falta de control emocional.
 - Estrés.
 - Irritabilidad.
 - Pensamientos negativos recurrentes.
 - Estado constante de alerta.
 - Aislamiento.
 - Ansiedad leve.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 6 de 34

- Síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarreas).
- Diaforesis (sudor).
- Micción frecuente (orinar).
- Temblores o tensión muscular palpitaciones o taquicardia.
- Intentos de huida a ciegas.
- Llanto o gritos incontrolables.
- Deterioro grave del juicio y el criterio.
- Intentos irracionales por abandonar el área.
- Desplazamientos incontrolables y sin sentido alrededor de la zona.
- Irritabilidad.
- Proceso de duelo.

- Incendio

- Intentos de huida a ciegas.
- Llanto o gritos incontrolables.
- Deterioro grave del juicio y el criterio intentos irracionales por abandonar el área.
- Desplazamientos incontrolables y sin sentido alrededor de la zona.
- Oscuridad visual.
- Creación de imágenes ("se ve lo que se quiere ver").

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 7 de 34

- Bloqueo en la toma de decisiones.
- Estrés.
- Falta de control emocional.
- Ansiedad.
- Sobreactivación.
- Irritabilidad.
- Proceso de Duelo.

- **R.P.B.I.**

- Sensación quemante y/o de aplastamiento.
- Sobreactivación.
- Falta de control emocional.
- Deseo de rebatir todo cuanto se le dice.
- Proceso de Duelo.
- Inmovilidad.
- Irritabilidad.
- Mutismo.
- Sentimiento de vacío.
- Expresión verbal de un sentimiento de inestabilidad hacia los hechos.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 8 de 34

- Náuseas y vómitos extremos.
- Fuga de gas
 - Sobreactivación.
 - Falta de control emocional.
 - Deseo de rebatir todo cuanto se le dice.
 - Llanto o gritos incontrolables.
 - Náuseas y vómitos extremos.
 - Estrés.
 - Ansiedad.
 - Proceso de Duelo.
- Crisis social y terrorismo
 - Sobreactivación.
 - Estrés.
 - Ansiedad.
 - Parálisis parcial sin causa física incapacidad para utilizar alguna parte del cuerpo.
 - Llanto o gritos incontrolables.
 - Conversación rápida y continua.
 - Presta poca atención.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 9 de 34

- Uso inapropiado del sentido del humor.
- Deseo de rebatir todo cuanto se le dice.
- Hiperactividad física.
- Falta de control emocional.
- Proceso de Duelo.

El cuerpo de psicólogos tiene como objetivo la facilitación en el proceso de respuesta emocional y cognitiva de las personas frente a la situación desequilibrante generada por los sismos, incendios, R.P.B.I. y fugas de gas, a fin de contribuir a la estabilidad individual y la integración grupal, necesarias para afrontar la vida y el proceso de reconstrucción psicosocial.

Dentro de la organización y metodología establecida, se intervendrá en 3 diferentes instancias (véase tabla 1. en anexos):

- **Antes:** En esta instancia se establecen una planificación a fin de prever la respuesta y comportamiento emocional durante el desastre, realizando actividades destinadas a suprimir o evitar que sucesos de origen natural o provocados por el hombre dañen a las personas, sus bienes y ambiente, planificando acciones tendientes a reducir o aminorar la vulnerabilidad y fortalecer las capacidades de afrontamiento e implementando un conjunto de medidas y acciones para el abordaje oportuno y eficaz del evento.
- **Durante:** En esta instancia se realiza la intervención acorde a las exigencias que se requieran de acuerdo al tipo de desastre. Determinando las necesidades de atención psico-social, coordinación y visitas de acercamiento con las personas que solicitan el apoyo, a fin de compartir la situación problemática (necesidad) y la manera organizativa y técnica de abordarla, ejecución, seguimiento y evaluación de las jornadas o acciones de intervención psico-social.
- **Después:** En esta instancia se busca realizar actividades que se realizan con posterioridad al evento destructivo y tienen por objetivo volver al estado de desarrollo previo y más aún, intentando superar dicho nivel. Intentando recobrar la estabilidad psicosocial que poseía antes del suceso.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 10 de 34

Objetivos Generales

- 1.-Protocolizar y delimitar la actuación del psicólogo en situaciones de crisis derivadas de accidentes, desastres, emergencias y catástrofes en el Centro de Excelencia Médica en Altura CEMA.
- 2.-Prestar ayuda psicológica en situaciones de crisis a todas las personas de los municipios de nuestro estado con la mayor inmediatez y proximidad posible.

Objetivos Específicos

1. Establecer distintos niveles de intervención, con la movilización de recursos psicológicos necesarios según los distintos tipos de situaciones que desencadenen la crisis.
2. Describir aspectos generales de la metodología de intervención psicológica con los afectados directos, familiares y grupos de intervención en situaciones de crisis, para disminuir el impacto emocional y social.
3. Determinar los distintos escenarios y momentos de la intervención así como establecer la metodología de intervención en cada uno de ellos.
4. Definir situaciones y/o grupos de alto riesgo y canalizar recursos para su futuro ajuste psicológico y social.
5. Crear un documento práctico de información, organización de datos y documentos de apoyo a familiares, que faciliten la intervención psicológica en una situación de crisis así como el seguimiento de la misma.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 11 de 34

Modelo de Intervención Psicosocial en Desastres Masivos

Este modelo adopta un carácter preventivo y psicoeducativo centrado en la intervención de emergencias, crisis masivas o catástrofes comunitarias y que define el marco referencias, principios, estrategias, modelos y técnicas para la intervención en crisis, El Modelo de Inbar (1992) destaca las variables importantes de cara a la intervención. En la primera de ellas se centra la atención en el “momento” en el que se realiza la intervención y la segunda en “a quién” va dirigida la intervención.

Respecto al “momento” en que se va a realizar la intervención, Inbar señala que existen diferentes etapas cronológicas, organizadas en el antes, durante y después.

- **Antes del desastre o estado de emergencia.**

1. Preadvertencia.

Se trata de una etapa en la que existe un riesgo potencial pero aun no ocurre suceso alguno. No se tiene información concreta sobre la posibilidad de ocurrencia del evento. La forma de intervención en esta etapa se llevará a cabo mediante el diseño de programas de prevención.

- **Durante el desastre o estado de emergencia.**

2. Advertencia.

Etapa en la que existen indicios de que algo va a ocurrir. Se tiene información sobre la alta probabilidad de ocurrencia de un evento. La forma de realizar la intervención será mediante concienciación y preparación así como intentando disminuir los daños del desastre.

3. Impacto.

Etapa en la que ocurre el desastre. La intervención se llevará a cabo aplicando los programas y planes correspondientes de los distintos organismos implicados: fuerzas de seguridad, asistencias de apoyo, educativas y comunitarias.

- **Después del desastre o estado de emergencia.**

4. Post-Impacto.

Etapa posterior al suceso. La intervención centrará su objetivo en implementar programas de rehabilitación, recuperación y afrontamiento así como planes preventivos para evitar la posible ocurrencia de otro evento. Respecto a “a quién va dirigida la intervención.

El modelo considera que son afectados por un desastre y por tanto grupos susceptibles de intervención:

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 12 de 34

1. El individuo
2. La familia
3. La comunidad
4. Las Organizaciones (Colegios, Instituciones de emergencia, de seguridad, de salud...)

Estas dos variables: momento de intervención y a quién va dirigida, dan lugar a una matriz con las distintas posibilidades de intervención, en función a las situaciones y necesidades con las que se encuentren.

El CEMA, considerando la amplitud del modelo, en el protocolo que se presenta centrará sus funciones en el caso de la fase de impacto y post-impacto.

Es importante hacer referencia a los principios de intervención que dirigen las fases post-impacto. Existen estudios científicos (citados en Inbar, 1994) en el campo del tratamiento de síntomas de estrés agudo en distintas áreas, que fundamentan la adopción de varios principios que deben llevarse a cabo en la intervención en situaciones de crisis, y que garantizan la recuperación rápida y efectiva. Dichos principios son:

1. Proximidad.
Supone que las intervenciones se realicen lo más cerca posible del lugar donde ocurrió el desastre.
2. Inmediatez.
Dicho principio apunta a que se realicen las intervenciones lo antes posible tras el evento.
3. Expectación.
Estima el dirigir la intervención para retomar lo mejor posible el rol y función anterior.
4. Principio de construcción, desarrollo y mantenimiento de la continuidad cognitiva, emocional y conductual de los afectados e involucrados en el evento.

Por otra parte y como técnica de intervención, Inbar (1992), nos propone la indagación psicológica que supone intervenir con afectados y miembros de rescate para prevenir el surgimiento de síntomas psicológicos-cognitivos, emocionales y conductuales- a largo plazo. Esta técnica se lleva a lo largo de tres fases:

1. Fase de ventilación psicológica de los afectados y equipos de rescate, en la que se lleva a cabo una expresión emocional y una evaluación de situaciones de riesgo emocional como estados de ansiedad.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 13 de 34

2. Fase centrada en los síntomas, con el objetivo de hacer una atribución de las emociones y conductas como normales y anómalas.
3. Fase de activación de los recursos de afrontamiento, promoviendo el potencial cognitivo, emocional, conductual y social de la persona.

El modelo propone, por tanto, que la intervención psicológica debe dirigirse a estimular aspectos cognitivos, emocionales y conductuales que han sido adaptativos y adecuados antes del desastre. Además de cara a la intervención, ya sea preventiva o terapéutica, enfatiza aspectos como el autocontrol, competencia, participación, compromiso, involucración y desafío psicológico.

Procedimiento de Actuación e Intervención

Roles y funciones generales del Equipo de Psicólogos.

En general, el psicólogo de intervención en crisis por las características de este trabajo, tiene que cumplir los siguientes requisitos profesionales para poder desarrollar con garantía su trabajo:

- Formación y preparación en la materia.
- Estabilidad emocional y autocontrol.
- Habilidades de comunicación.
- Ser resolutivo y tener capacidad para la toma de decisiones en situaciones de límite.
- Capacidad para trabajar en equipo.

El CEMA propone dos perfiles fundamentales en la organización e intervención:

Responsable técnico de intervención.

Es persona del grupo de intervención inmediata que se responsabiliza de la organización del equipo, siendo indispensable su presencia en el lugar del suceso. Dentro de sus funciones destaca el ser la persona de referencia en la toma de decisiones respecto a:

- Coordinación con entidades y técnicos que estén interviniendo.
- Organización de las actuaciones del equipo de apoyo psicológico.
- Recogida de datos personales (Anexo 1)

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 14 de 34

Reparto de trabajo

Y asignación de personas, familias y allegados.

Valoración de situaciones especiales y toma de decisiones en caso de urgencias.

Informar a medios de comunicación.

Técnicos de apoyo psicológico.

Grupos de psicólogos de intervención directa con afectados, familiares y allegados cuyas funciones de evaluación e intervención se describen en forma general a continuación:

- Identificación de familiares afectados y valoración de la información con que se cuenta.
- Evaluación socio-familiar.
- Valoración de las necesidades de intervención inmediata.
- Evaluación individualizada.
- Intervención psicológica.
- Intervención en situaciones especiales.

Niveles de Intervención. Definición y Características.

En un primer momento se realizará una valoración del suceso para activar o no el dispositivo de intervención. Para que esta valoración sea lo más exhaustiva, rápida y operativa se toman en cuenta dos variables fundamentales; por un lado, la gravedad en función de las pérdidas, y por el otro, el impacto social y las repercusiones que puede tener lo sucedido. Para este fin, se plantea una serie de indicadores que van a permitir poner en marcha o no los distintos niveles de intervención. Estos son pérdidas humanas, pérdidas materiales, capacidad de respuesta del sistema, ruptura y daños producidos en los sistemas sociales; la localización rural o urbana, procedencia de los afectados; factores de vulnerabilidad grupal: inmigrantes, mayores, niños, discapacitados; repercusiones emocionales, económicas, familiares, pérdida de recursos.

Tras la valoración del suceso, en el caso de una catástrofe (terremotos y fenómenos naturales), se podrían dar:

- Gran Número de pérdidas humanas.
- Pérdidas materiales que afecten a un gran número de personas.
- Se requiere de ayuda externa.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 15 de 34

- Estructuras sociales destruidas.
- Fuerte impacto social.
- Intervención psicológica desde el primer momento.
- Un número ilimitado de profesionales.

Por la disparidad de las situaciones de desastre, se establecen diferentes niveles de intervención psicológica. Los criterios de intervención sugeridos de acuerdo al modelo son 5: niveles (0,I,II,III,IV).

1. Intervención a posteriori, nivel “0”, esto implica que no es necesaria la presencia del psicólogo en el lugar del suceso, pero se valora la necesidad de una intervención posterior en una fase post-impacto; ejemplo, pérdidas humanas por muerte natural o accidental con bajo número de fallecidos y no hay situación de urgencia ni valoración del impacto social.

2. Intervención inmediata, niveles “I,II,III,IV”. Se activa el dispositivo de intervención en el nivel que corresponda. Las características podrían ser accidentes, donde hay un número aproximado de tres fallecidos y pérdidas materiales que afecten a un grupo pequeños de personas. Se valora el impacto social y si hay interferencias y daños en los sistemas sociales. La intervención es desde el primer momento y el número de psicólogos será el necesario de acuerdo a la valoración del responsable.

Nivel II: Emergencias (trenes, autobuses...)

La característica es que el número de pérdidas humanas es elevado, al igual que las pérdidas materiales. Se valora que se ha producido un fuerte impacto social y que hay recursos suficientes para dar respuesta. La intervención del psicólogo es desde el primer momento y el número de psicólogos es de acuerdo a la valoración del responsable del servicio.

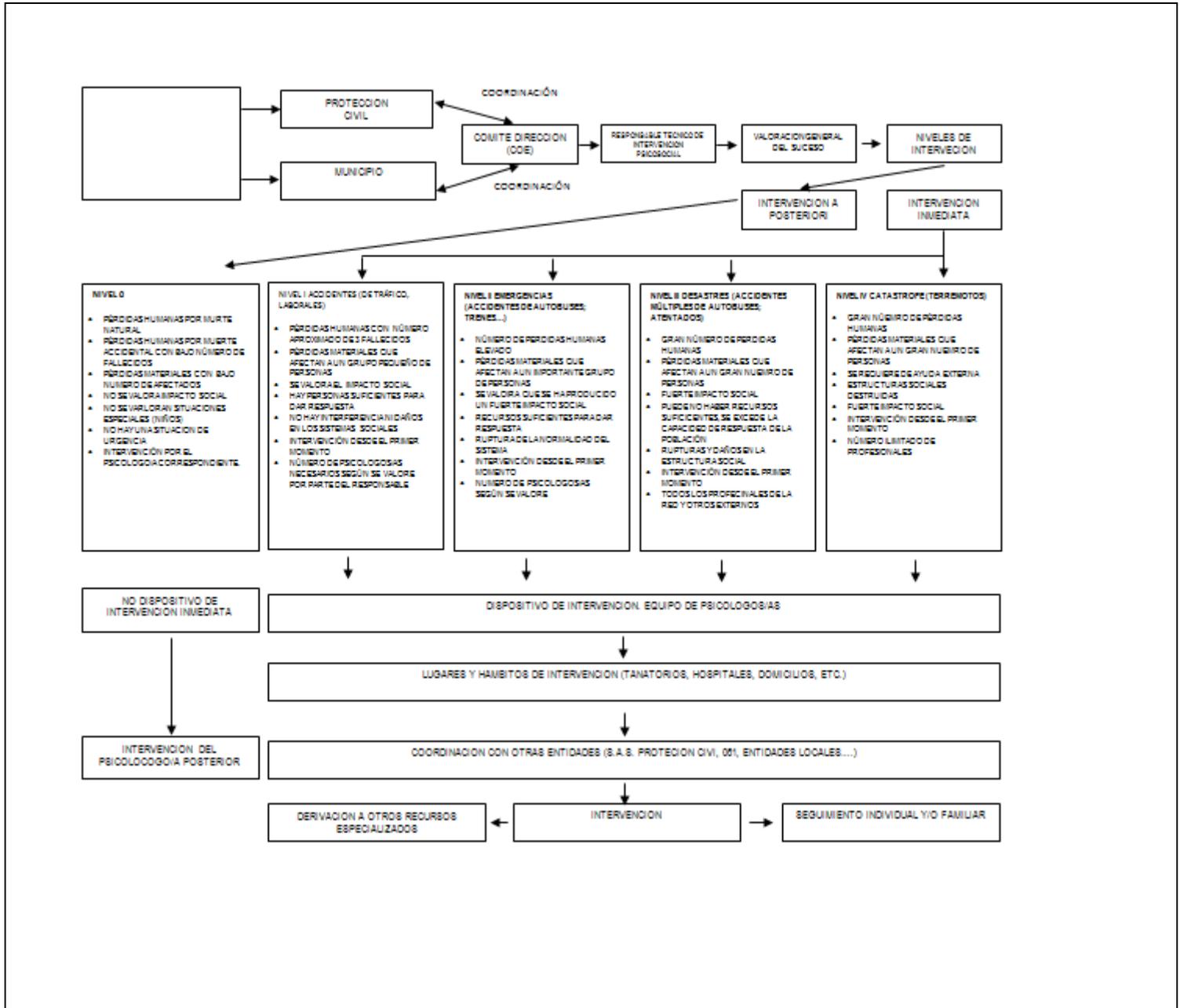
Nivel III: Desastres (accidentes múltiples de autobuses, inundaciones, atentados terroristas...) Se habla de un número muy elevado de pérdidas humanas y materiales que afectan a un gran número de personas, con un fuerte impacto social y que se ha ocasionado ruptura y daños en la estructura social. La intervención del psicólogo es desde el primer momento y se requiere de profesionales externos.

Nivel IV: Catástrofe (terremotos, fenómenos naturales...). Existe un gran número de pérdidas humanas y materiales que afectan a un gran número de personas. Se ha ocasionado ruptura de las estructuras sociales y un fuerte impacto social. La intervención es desde el primer momento y se requiere de un número ilimitado de profesionales.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE C.E.M.A.

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 16 de 34



Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 17 de 34

El objetivo de la intervención psicológica es facilitar el proceso por el que están pasando tanto los damnificados como familiares y allegados ante una situación de crisis y poder ayudar a la elaboración del duelo.

Una vez valorado el suceso, se procede a activar el dispositivo de intervención en el nivel que proceda contactando con los técnicos correspondientes para darles la información general y la localización del suceso, asignando los roles y actuaciones a desarrollar, cuando lleguen a los lugares donde se encuentran los afectados de la manera más organizada posible.

El responsable técnico de la Intervención deberá realizar lo siguiente:

1. Coordinarse con entidades y técnicos que estén interviniendo: recogida de información de técnicos de otros servicios y coordinación de aspectos fundamentales de planeación general.
2. Dado que el ámbito de intervención es un hospital, revisar la disposición del lugar, teniendo en cuenta los espacios con los que se cuenta (consultorio de psicología), tipos de familias y necesidades.
3. Organizar las actuaciones del equipo de apoyo psicológico: en un primer momento, se realizará una asignación inicial de responsabilidades en función a las necesidades inmediatas. Se prioriza por parte del responsable Técnico recoger lo antes posible la mayor cantidad de información y facilitar la organización del lugar para ordenar, lo más razonablemente todos los recursos disponibles.
4. Ficha general de datos (Anexo 1): Implementar fichas de datos por persona para poder informar en todo momento cuestiones como la localización de familiares, parentescos, etc.
5. Reparto de trabajo y asignación de familias: una vez superado el estrés inicial, y las atenciones más urgentes, el grupo de psicólogos se organiza y se asignan familias a cada psicólogo participante, al igual que las tareas de apoyo externo, adecuación de lugares, etc.
6. Selección de representantes familiares, lo que agiliza la comunicación y facilita el trabajo de los técnicos.
7. Informar a los medios de comunicación: en situaciones de crisis es importante contemplar y prever la atención a los medios de comunicación.

Una vez que el técnico psicológico se dispone a establecer el primer contacto con la familia, se deben tener en cuenta los siguientes factores a evaluar:

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 18 de 34

1. Identificación de familiares afectados.
 2. Ficha de datos familiares.
 3. Evaluación socio-familiar: situación actual de la familia; necesidades básicas (vivienda, abrigo...); recursos socio-familiares; redes de apoyo social; localización de familiares y/o allegados.
 4. Valoración de las necesidades de intervención inmediata y situaciones especiales: casos de menores de edad, personas mayores, antecedentes de salud mental; discapacitados; minorías étnicas; otra situaciones.
 5. Evaluación individualizada: sintomatología: psicósomática (dolor de pecho, mareos, dolor de cabeza...); cognoscitivas (confusión, desorientación, nivel de concentración...); emocionales (ansiedad, culpa, miedo, negación...); conductuales (ira, aislamiento, intranquilidad, evitación, conductas autolesivas....), estado de shock. Ataques de pánico, etc.; estilos de afrontamiento; historia psicosocial previa.
 6. Pruebas tipificadas. Por las características propias de la intervención en crisis, no resulta operativo ni apropiado utilizar cuestionarios u otras pruebas de evaluación.
 - Por parte de los Técnicos de Apoyo Psicológico, algunas de las técnicas que pueden ser utilizadas en la intervención psicológica en situación de crisis podrían diferenciarse en tres apartados: técnicas de comunicación, técnicas de intervención psicológica para situaciones especiales en situación de crisis y otras técnicas de intervención psicológica.
1. Técnicas de comunicación y otras habilidades.
 - Contacto psicológico: escuchar, empatizar, invitar a narrar lo sucedido, contacto físico, facilitación del desahogo, etc. Actitud facilitadora si la persona es capaz de actuar en su propio beneficio o actitud directiva, si la persona no puede actuar en su propio beneficio.
 - Informar acerca de lo que está sucediendo de la manera más adecuada en cuanto a forma, tiempo y demandas que soliciten.
 - Información de la normalidad de sus reacciones acerca de pensamientos, sentimientos y conductas que una persona puede tener ante una situación estresante de este tipo.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 19 de 34

- Primeros auxilios psicológicos. Técnicas fundamentalmente dirigidas a ofrecer seguridad, aliviar los síntomas de estrés agudo (irritabilidad, pérdida del sentido de realidad, aturdimiento, amnesia disociativa, etc). En definitiva, intentar ayudar a reestablecer cuanto antes el afrontamiento a la situación que está viviendo la persona.
- Informar a niños: dar las pautas necesarias a los familiares para que den información a los menores que estén implicados directa o indirectamente en un suceso.

3.- Otras Técnicas de Intervención Psicológica.

- Ayudar a la resolución de problemas inmediatos y toma de decisiones. Ayudar a priorizar, no tomar decisiones relevantes en ese momento, etc.
- Desactivación fisiológica, a través de técnicas de relajación (respiración diafragmática).
- Intervención conductual breve y counseling (en cuanto a culpa, elaboración de hipótesis causales, reproche...).
- Dar pautas y ayudar a recobrar el funcionamiento cotidiano y la normalización de roles en los días posteriores al suceso.
- Preparación y facilitación del proceso de elaboración del duelo y ceremonias de despedida.
- Reestructuración cognitiva.

Situaciones Especiales: Comunicación de malas noticias, identificación de cadáveres (reacción que puedan tener los familiares), conductas de suicidio.

Entre los posibles factores de riesgo para conductas suicidas están:

- La valoración de factores de riesgo familiares: antecedentes de suicidio en las familias.
- Valoración de factores de riesgo personales: psicológicos y psicopatológicos, presencia o ausencia de enfermedad somática y/o mental, anteriores intentos de suicidio.
- Diagnósticos de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo, esquizofrenia y otras psicosis, demencia y enfermedades crónicas dolorosas.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 20 de 34

- Impulsividad.

Este tipo de conductas pueden presentarse en afectados, familiares y/o allegados a las personas víctimas de una situación de crisis. El psicólogo tendrá como objetivo el detectar posibles factores de riesgo así como valorar su comportamiento para poder intervenir en caso que se considere oportuno.

Entre los factores de riesgo para conductas auto lesivas están: pensar que ha sido el responsables del accidente; sentirse culpable o impotente al no poder haber hecho nada por evitar el suceso traumático; personas impulsivas y con problemas para controlar sus impulsos; antecedentes personales de enfermedad mental u otras psicopatologías.

Entre los factores de riesgo de las conductas parasuicidas están: Necesidad de llamar la atención; antecedentes de intentos previos; nivel bajo de madurez intelectual y emocional; personas egocéntricas, extrovertidas, histriónicas, etc.

Los casos de diagnósticos psiquiátricos que cursan un riesgo de ideación y conducta suicida (diagnósticos según DSM-IV-TR), como los trastornos relacionados con sustancias, trastornos de personalidad; esquizofrenia y otras psicosis; trastornos de estado de ánimo; demencia vascular y demencia tipo Alzheimer, hay que dar contención y derivación inmediata al servicio sanitario o urgencias de hospital.

Post-impacto y seguimiento familiar y/o individual.

Una vez desarrollada la intervención en crisis, se hace necesario continuar la labor de afrontamiento en la base del post-impacto con el seguimiento, cuyo objetivo será valorar e intervenir y/o derivar al servicio especializado, si es necesario, según la evolución de las personas, familias, comunidad y todos los afectados por la situación de crisis. Este seguimiento, respeta los principios rectores de la intervención en situaciones de crisis que establece Inbar para esta fase: proximidad, inmediatez, expectación y de construcción, manteniendo el propósito de normalizar el funcionamiento cognitivo, emocional y conductual de los sujetos afectados.

Es importante concientizar que algunas personas no presentan síntomas o manifestaciones “anormales” a corto plazo, en la etapa inmediata al impacto, pero sí posteriormente. El concepto de “reachingout” (Inbar 1995) corresponde a una estrategia social y comunitaria dirigida a identificar y acercar asistencia psicológica a aquellos que pudieran necesitar apoyo, la cual debe tener continuidad (por lo menos durante 18 meses), y accesibilidad (esto es, que la gente pueda alcanzar y utilizar los recursos sociales disponible).

Es importante de igual manera, informar sobre las reacciones normales en situación de duelo, de manera que tengan la posibilidad de hacer una valoración, aunque no muy especializada, de conductas familiares que se desvíen significativamente de la norma y dar recomendaciones a seguir sobre una buena elaboración de duelo facilitando materiales orientativos.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 21 de 34

Apoyo psicológico a los miembros del equipo de intervención.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2002), los miembros del equipo de intervención en crisis pueden experimentar una serie de dificultades. Estas dificultades no deben ser consideradas necesariamente como síntomas o expresión de enfermedad, son reacciones normales frente a sucesos normales o inhabituales.

Las mismas, pueden durar días, semanas o meses y tienden a disminuir de forma gradual y requerirán, sobre todo, de apoyo y acompañamiento familiar y social. Así se puede encontrar tristeza y cambios de humor, conflictos familiares, sentimiento de inquietud, aburrimiento al volver al trabajo rutinario, irritabilidad y deseo de mantener contacto con las víctimas.

Algunas de las “reacciones” que pueden sufrir los miembros de un equipo de intervención en crisis son:

- Sensación subjetiva de embotamiento, ausencia de realidad, sentirse aturdido, no poder recordar aspectos importantes del acontecimiento traumático.
- Reexperimentación del acontecimiento traumático: pesadillas, recuerdos recurrentes.
- Intentos de evitar estímulos asociados con la situación vivida.
- Disminución de la capacidad de respuesta al mundo exterior, sensación de alejamiento de los demás.
- Aumento de la activación, irritabilidad, dificultades para conciliar y mantener el sueño.
- Síntomas de ansiedad y depresión, pérdida de motivaciones en la vida.

Por todas estas razones, la atención psicosocial con los miembros del equipo de intervención es fundamental para un adecuado manejo de la situación en crisis, así como para prevenir posibles dificultades o síntomas de estrés a corto, mediano y largo plazo.

Basándose en Fernández (1999) y Sánchez (2003), se deben tomar en cuenta algunas sugerencias y orientaciones por los responsables y miembros de un equipo de intervención en crisis antes, durante y después de una intervención.

Orientaciones que deben tomarse en cuenta antes de la intervención en crisis:

1. Definir claramente las funciones y perfiles de intervención, así como tener una adecuada formación y las habilidades necesarias.
2. Establecer previamente una adecuada distribución y organización del equipo de trabajo: rotación de roles y funciones, organización de tiempos de trabajo y una adecuada distribución de los recursos.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 22 de 34

- Garantizar una adecuada información de todo lo ocurrido a los miembros del equipo.
- Valorar el estado emocional antes de la intervención.

Orientaciones durante la intervención en crisis:

- Durante la intervención en crisis, cuidarse físicamente y comer frecuentemente en pequeñas cantidades.
- Valorar el estado emocional durante la intervención; si detectamos que alguno de los miembros del equipo está manifestando una reacción estresante, es aconsejable, según Fernández (1999) seguir la siguiente secuencia de intervención: apartar al personal afectado del lugar de trabajo, preguntarle por su estado, realizar una escucha activa, asegurarse que su estado es normal para la situación que está viviendo, darle apoyo y elogiar su esfuerzo y proporcionarle descanso o cambiarle la tarea si se juzga aconsejable.
- Respetar y comprender las posibles reacciones y sentimientos como irritabilidad, que pueden experimentar algunos miembros del equipo.
- Mantener un buen clima grupal, dando muestras de compañerismo, manifestando apoyo, tolerancia, reconocimiento mutuo.
- Establecer reuniones en cada cambio de equipo para intercambiar información.
- Mostrar autoconfianza en las capacidades personales y en la de todos los miembros del equipo y tener el convencimiento de la importancia de la labor que se está realizando.
- Mantener las rotaciones en el lugar de trabajo; en lugares estresantes, los participantes no deberían permanecer más de dos horas seguidas (depósitos de cadáveres); cuando se trate de dar apoyo a los familiares por pérdidas de seres queridos, el personal no debería realizar estas tareas durante más de cuatro horas.

Orientaciones y técnica de intervención después de la intervención en crisis.

- Informar a los familiares de los miembros del equipo de las posibles reacciones que se pueden experimentar.
- Realizar ejercicios físicos y de relajación, regresar a la rutina lo antes posible, descansar y dormir lo

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 23 de 34

suficiente, alimentarse de forma equilibrada, no abusar del alcohol u otras sustancias, buscar compañía y hablar con otras personas, compartir sentimientos y pensamientos de lo ocurrido como una experiencia de vida.

- En cuanto sea posible, una vez terminado el trabajo y antes de volver a la vida cotidiana o en las primeras 24 horas, es aconsejable practicar la técnica de intervención conocida como “desmovilización” o “defusing”, que consiste en establecer una reunión de grupo entre los miembros del equipo donde se favorezca narrar los hechos vividos, hablar sobre los sentimientos experimentados, informar y dar pautas de actuación acerca de los posibles síntomas o reacciones que pueden sufrir. En estos encuentros un principio básico es evitar que los participantes se intercambien críticas.
- Intervención psicológica tras las primeras 24-72 horas. Aplicar la técnica conocida como “debriefing”; es una estrategia grupal de apoyo psicológico altamente estructurada, es una reunión formal basada en principios de intervención en crisis y educacionales más que en terapéuticos. Los objetivos son aliviar el estrés sufrido tras el incidente, animar en la expresión de sentimientos, pensamientos y reacciones diversas, favorecer el apoyo intra-grupal, prevenir secuelas psicopatológicas futuras, normalizar todo lo expresado, detectar a las personas más afectadas y facilitarles el contacto con los profesionales de la salud.
- Intervención psicológica a medio-largo plazo: asesoramiento psicológico o psicoterapia para aquellas personas que lo requieran.
- Seguimiento: revisión y evaluación de los casos individuales para asegurar que mantiene una progresión en su tratamiento e identificar reacciones retardadas.

Conclusiones

A lo largo de este documento de trabajo hemos abordado desde el punto de vista técnico, las actuaciones de emergencias producidas en el ámbito socio-comunitario de nuestro municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo. Para este fin, partimos de los recursos e infraestructuras de las que disponemos actualmente en el CEMA, para atender las problemáticas más habituales en situaciones de crisis (niveles 0,I,II,III,IV de intervención). Este protocolo recoge diferentes posibilidades que nos podemos encontrar en situaciones poco previsibles, sirviendo de guía a los técnicos que deben desarrollar el trabajo de la manera más organizada posible. Por otro lado, es importante resaltar que este trabajo se ha centrado fundamentalmente en la fase del impacto de una emergencia, siendo a su vez la actuación en la que existe menos investigación experimental.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 24 de 34

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association A.P.A (2002). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. Barcelona; Masson.
- Bawin, M, A & Masne, C (1998). Tom en el Hospital Madrid combel Editorial.
- Beck, AT, , Brown, G.K. & Steer, R.A (1997) Psychometric characteristic of the scale for suicide ideation with psychiatric out patient. Behaviour Research & Therapist, 13, 187-188
- Bobes, J Gonzalez J.C & Saiz, P.A (1997). Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas Barcelona: Masson.
- Britton, N.R (1986) Developing and understading of disaster Australian & New Zeland Journal of sociology, 22, 254-271.
- Cortes, E.G (2003) La percepción psicológica del riesgo y el desastre. Cuadernos de crisis, n° 2, vol.1. www.cuadernosdecrisis.com.
- Davison G.C & Neale, J.M (1996). Abnormal Psychology. New York John Wiley & sons.
- De Nicolas, L Artetxe , A, I., Jauregi, A & Lopez S. (2000). Intervención psicológica en situaciones de emergencia y desastres Vitoria: Ed Gobierno Vasco.
- Echeburua, E. Corral P. Amor . P, J Zubizarreta, . I & Sarasua , B, (1997) Escala de gravedad de síntomas del trastorno de Estrés postraumático; propiedades psicométricas Analisis y Modificación de conducta , 23, 503-526.
- Endicot, J, Nee, J Harrison , W & Blumenthal , R (1993). Quality of Line Enjoyment and Satisfaction Questionnai (Q-LES-Q): A new measure Psychopharmacology Bulletin , 29, 321-326.
- Fernández J.M (1999). Manual práctico de apoyo psicológico en situaciones de emergencia grupo editorial Universitario.
- Foa, E, B, Riggs , D.S Dancu C.V. & Rothbaum, B, O (1993). Realiability and validity of a brief instrument assessing post-traumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress 6, 459-474.
- García -Renedo, M (2003) La intervención del psicólogo; papel del psicólogo, Tesis de licenciatura universitat Jaume I.
- García -Renedo M. & Gill-Beltran J.M (2004) Aproximación conceptual al desastre cuadernos de crisis, n° 4 vol.1, www.cuadernosdecrisis.com.
- Gray N & Cbban, V . (1999) . Osito y su abuelo Barcelona: Ed Timun Más.
- Horowitz, M, J; Winer, N & Alvarez W (1979) . Impacts of Event Scale : a measure of subjective stress Psychosomatic Medicine, 41, 209-218.
- Inbar .J (1992) Erosión psicológica comunitaria Perpectivas sistémicas, 34
- Inbar ,J (1994). Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas (primera parte). Perpectivas sistémicas, 34.
- Inbar J. (1995). Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas (segunda parte). Perspectivas sistémicas, 35
- Kaplan, H, I & Sadock, B, J (1996) . Manual de psiquiatria de urgencia Buenos aires : Editorial Medica

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 25 de 34

Panamericana.
 Kubler-Ross ,Enoventaydos Recuerda el secteroBarcelona:Luciernaga.
 Ley2/1985, de 21 de enro n, sobre protección civil.BOE n°22 del 25 de enero.
 Ley2/1988, de 4 de abril de servicios sociales de anadalucia BOJA n°29 del 12 de abril.
 Ley 2/2012 , de 11 de noviembre de gestión de emregencias en andalucia Boja n° 138 del 26 de noviembre.
 Mait, U,FBIlka, G &Holvik, B(1989). The late effect of accidental injury questionnaire (LEAIQ).ActaPsychiatrica Scandinavica,80,113-130.
 Mundy, M, (2001) Cuando estoy triste ante la pérdida de un ser querido .Madrid: Ed San Pablo.
 Organización panamericana de salud (2002). Protección de la salud mental en situaciones de desastre y emergencias Washington, D.C: Publicación de la organización panamericana de salud serie manuales y guías sobre desastre n°1
 Parkes, C.M (1998). Bereavement counselling: does itwork? British Medical Journal, 281,3-6.

Patronato provincial de servicios sociales Córdoba (2004). Plan Anual Provincial de servicios sociales.
 Plan territorial de emergencias de Andalucía (1998). BOJA n° 138 de 26 de noviembre.
 Prigerson, H.G. et al (1999). Consensus criteria for traumatic grieta preliminary empricaltest ,British journal of psychiatry, 174,67-73.
 Puy A & Romero A.J (1998) claves para intervención psicosocial en desastres En Martin A (Eds), Psicología comunitaria , fundamentos y aplicaciones Madrid ;Ed Síntesis
 Real decreto 1378/85 de 1 de agosto medida provicionales para la actuación en situaciones de emrgencia en los casos de riesgo, catástrofe o calamidad publica BOE n° 191 del 10 de agosto
 Real decreto 407/1992 de 24 de abril Norma Basica de de protección Civil BOE n° 105 del 1 de mayo
 RyanV&Alley .R.W(2002) Cuando los abuelos nos dejan: Madrid Ed. San Pablo.
 Sancchez F j (2003) LA ATENCION Psicologica al personal de emrgencia hojas informativas de los psicólogos de las palmas epocall, num 57, junio de 2003. Colegio Oficial de Psicologos de las palmas.
 Sarro B Cruz Cde la (1991). Los suicidios Barcelona ;Martinez Roca.
 ShotteD.e&Clum, G.A (1982).suicidal ideation in a college population: a test of a model Journal of Counselling and clinical Psychology, 5 690-696
 Shriver,M. (2000). Mama que es el Cielo. Salamanca: Ed Salamanca
 Spitzer, R.L, Williams J.B.W &Gibbon, M. (1987).Structures Clinical Interview for PTSD(SCID).New York; Biometrics Research Department.
 Tiernex, K, (1989). The social and community contexts of disaster, en Gist R.&Lubin, B (Eds) Psychosocial aspects of disaster. New York; Wiley. Verrept P (2003). Te echo de menos .Mdrid: Ed. Juventud.
 Worden, JW (1991). El tratamiento del duelo: asesoramiento Psicologico y terapia, Barcelona ;Paldos.

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 26 de 34

ANEXOS

ANEXO 1



Ficha de datos generales

Suceso	Fecha	Hora
Aviso		
Intervención		

Lugar del suceso

Responsable

Nombre	
Localización	

Datos de la fuente que informa

Nombre	
Cargo	
Tipo de información	
Localización	

Descripción del suceso

Perdidas Materiales
Pérdidas Humanas

Situación Actual

--

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 27 de 34

Entidad	Teléfonos	Nombre representante
Hospital/es		
Ayuntamiento		
Bomberos		
Protección civil		
Tanatorio		
Medico/ATS		

Este documento es propiedad de C.E.M.A. (Centro de Excelencia Médica en Altura by FIFA) CLAVE: CEMA-RG-PS-FDG-01 V.1.0

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 28 de 34

ANEXO 2



Ficha de datos familiares

Afectado/a

Nombre, apellidos	
Sexo y edad	
Domicilio	
Estado actual	
Localización	

Profesional referente	
-----------------------	--

Familiares allegados

Parentesco	Nombre/Apellidos	Edad	Dirección

Este documento es propiedad de C.E.M.A (Centro de Excelencia Médica en Altura by FIFA) CLAVE: CEMA-RG-PS-PDF-02 V.1.0

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 29 de 34

Representante familiar 1

Parentesco	Nombre/Apellidos	Edad	Dirección
Datos de interés			

Representante familiar 1

Parentesco	Nombre/Apellidos	Edad	Dirección
Datos de interés			

Este documento es propiedad de C.E.M.A (Centro de Excelencia Médica en Altura by FIFA) CLAVE: CEMA-RG-PS-PDF-02 V.1.0

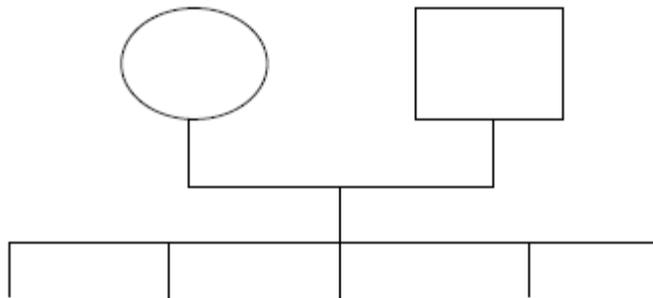
Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 30 de 34

Observaciones

Familiograma



Este documento es propiedad de C.E.M.A (Centro de Excelencia Médica en Altura by FIFA) CLAVE: CEMA-RG-PS-PDF-02 V.1.0

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	

ANEXO 3



Evaluación General de la intervención

Contestar cada una de las cuestiones, de acuerdo con las siguientes escalas.

1: Si 2: No

1: nada 2: poco 3: medio 4: bastante 5: mucho

1. ¿Se transmitió desde un primer momento, de forma rápida y eficaz, la información necesaria y las directrices de la intervención a todo el equipo?

1 2 3 4 5

2. ¿Se realizó con celeridad y eficacia la valoración general del suceso?

1 2 3 4 5

3. ¿Estuvieron bien delimitados los roles y las funciones de los distintos componentes del equipo de psicólogos?

1 2 3 4 5

4. ¿Fue rápida y correcta la organización inicial de las actuaciones del equipo de apoyo psicológico?

1 2 3 4 5

5. ¿Se evaluó desde el primer momento, la diversa sintomatología presentada en la población afectada por la crisis?

1 2 3 4 5

6. ¿Se actuó de forma ordenada y coordinada, colaborando con los demás organismos implicados (protección civil, bomberos, sanitarios)?

1 2 3 4 5

7. ¿Se realizaron de modo satisfactorio las fichas de datos generales?

1 2 3 4 5

8. ¿Se rellenaron de modo satisfactorio las fichas de datos familiares?

1 2 3 4 5

9. ¿Se desarrollaron de modo satisfactorio los primeros auxilios psicológicos (contacto psicológico inicial, escucha, empatizar, favorecer descarga emocional)?

1 2 3 4 5

10. La intervención directa con los familiares y allegados, ¿fue adecuada?

1 2 3 4 5

11. ¿tuvo que aplicar técnicas para dar malas noticias?

1 2

En caso afirmativo, ¿Se comunico a los familiares o allegados, de modo adecuado, cualquier mala noticia?

1 2 3 4 5

12. ¿Se realizó la selección de representantes familiares?

1 2

En caso afirmativo ¿Qué grado de satisfacción o valoración realiza de los representantes familiares?

1 2 3 4 5

13. ¿Tuvo que realizarse acompañamiento en el reconocimiento de cadáveres?

1 2

Este documento es propiedad de C.E.M.A (Centro de Excelencia Médica en Altura by FIFA) CLAVE: CEMA-RG-PS-EG1-03 V.1.0

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 32 de 34

ANEXO 4

Fase	Respuestas Psicológicas	Intervenciones psicosociales
Anticipatoria	<ul style="list-style-type: none"> • Se conoce y se anuncia la catástrofe. • Expectativa de inevitabilidad con alto nivel de tensión en la población. • Sobre o sub / valoración del posible desastre. • Se potencializan características humanas preexistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de un sistema de coordinación, asignando a personas claves a cargo de cada organismo competente • Diseño de planes detallados para preparar una apropiada respuesta social y de salud mental • Capacitación de personal competente en las intervenciones sociales y psicológicas indicadas. • Identificación de amenazas y vulnerabilidades. Identificar grupos de riesgo psicosocial.
Fase	Respuestas Psicológicas	Intervenciones psicosociales

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE C.E.M.A.

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 33 de 34

Primeras 72 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis emocionales. • Entumecimiento psíquico: se ven asustadas, apáticas, confundidas. • Excitación aumentada o "parálisis" por el temor. <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad difusa. • Deseo-temor de conocer la realidad. • Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra. • Inestabilidad afectiva con variaciones extremas. • Estado de confusión aguda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental. • Socorro y protección. • Satisfacción de las necesidades básicas más inmediatas. • Primera ayuda psicológica.
--------------------------	--	--

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD

**PLAN DE ATENCIÓN PSICO-SOCIAL PARA PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE
C.E.M.A.**

Departamento / Área: PSICOLOGÍA	Vigente a partir de: Enero 2016	Clave: CEMA-DO-PS-PI-01
	Versión: 1.0	Página 34 de 34

Fase	Respuestas Psicológicas	Intervenciones psicosociales
Recuperación	<ul style="list-style-type: none"> • Aflicción, miedo y nerviosismo. • Tristeza. • Duelo. • Equivalentes somáticos o síntomas somáticos persistentes. • Preocupación exagerada, inquietud motora, alteración en conductas cotidianas, pérdida del sueño y apetito. • Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral. • Desmoralización ante las dificultades de adaptación • Conductas suicidas • Cuadros de síntomas de estrés posttraumático 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuación de la evaluación. • Detección de individuos y grupos de riesgo, y casos con psicopatología. • Intervenciones psicosociales individuales y grupales facilitando las condiciones. • Atención en casos con trastornos psíquicos • Acompañamiento y apoyo emocional a los más vulnerables y maltratados. • Remisión a tratamiento especializado si el cuadro no mejora o afecta notoriamente la vida cotidiana

Elaboró	Revisó	Autorizo	Libero
DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PSICOLOGÍA	MCD. VICENTE MORENO CALVA DIRECTOR DE CALIDAD	COMITÉ CEMA	DRA. GABRIELA MURGUIA CANOVAS PRESIDENTA DEL CONSEJO UFD