

**GUIA DE PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA**

GT-GA01

**TABLA DE CONTENIDO**

[DEFINICIONES 4](#_Toc100238373)

[1. INTRODUCCIÓN 11](#_Toc100238374)

[2. JUSTIFICACION 13](#_Toc100238375)

[3. NORMATIVIDAD 15](#_Toc100238376)

[4. OBJETIVOS 16](#_Toc100238377)

[5. ALCANCE 17](#_Toc100238378)

[6. POLITICAS DE OPERACIÓN 17](#_Toc100238379)

[7. LINEAS DE INTERVENCION DEL PROTOCOLO DE PSICOLOGIA DE LA EMERGENCIA 18](#_Toc100238380)

[7.1 . CRISIS 18](#_Toc100238381)

[7.1.1 SÍNTOMAS DE CRISIS ACTIVA EN LOS AFECTADOS 19](#_Toc100238382)

[7.1.2 INTERVENCIÓN DE CRISIS PARA SERVIDORES DE LA UAE CUERPO OFICIAL DE BOMBEROS DE BOGOTÁ 19](#_Toc100238383)

[7.1.3 PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS 20](#_Toc100238384)

[7.1.4 LA INTERVENCIÓN EN CRISIS EN SEGUNDA INSTANCIA 22](#_Toc100238385)

[7.1.5 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS: 22](#_Toc100238386)

[7.1.6 CRITERIOS PARA SOLICITAR LA INTERVENCIÓN EN CRISIS 24](#_Toc100238387)

[7.1.7 RUTA DE ACTIVACIÓN 26](#_Toc100238388)

[BIBLIOGRAFIA 29](#_Toc100238389)

[DOCUMENTOS RELACIONADOS 33](#_Toc100238390)

**LISTA DE TABLAS**

[Tabla 1. Principios básicos de los primeros auxilios psicológicos. 21](#_Toc98227210)

[Tabla 2. Tipos de intervención 23](#_Toc98227211)

**LISTA DE DIAGRAMAS**

[Diagrama 1 Ruta de atención en situación de crisis nivel 1,2 y 3. 27](#_Toc97629919)

# DEFINICIONES

**CADAVER**: Es el nombre que recibe un cuerpo que antes ha estado vivo pero que ahora está muerto. Se trata de los restos físicos que deja un ser vivo al fallecer.[[1]](#footnote-1)

**CASIC:** Es un perfil de los cinco subsistemas que pueden manifestarse en el momento de la crisis, tales como: Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo.[[2]](#footnote-2)

**COVID-19:** Es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente la COVID‑19 es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo[[3]](#footnote-3).

**CRISIS:** Es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.[[4]](#footnote-4)

**DAÑOS PSQUICOS Y EMOCIONES:** Se refiere a la imposibilidad de afrontar el evento violento y sus efectos, así como a la dificultad de generar procesos que podrían dar continuidad a sus vidas (decidir por sí mismas, relacionarse, fijarse metas y proyectos)[[5]](#footnote-5)

**DEBRIEFING:** El debriefing psicológico es una intervención breve que se realiza en los primeros días luego del evento traumático; generalmente es una sesión grupal de más o menos tres o cuatro horas de duración, en la que los afectados por exposición a esta situación traumática hacen una especie de catarsis, contando sus sentimientos y reacciones frente al evento.[[6]](#footnote-6)

**DEFUSING:** Se trata de una sesión informal, aunque semiestructurada, que tiene lugar tan pronto como es posible después del incidente crítico o en las primeras 24 horas. Es conducido en una atmósfera de apoyo mutuo, en la cual los participantes describen sus sentimientos y reacciones al suceso. Se desarrollan estrategias de resolución de problemas para que la productividad del trabajo no se vea disminuida o deteriorada.[[7]](#footnote-7)

**DESASTRE:** Se entiende por desastre el daño o la alteración graves de las condiciones normales de vida en un área geográfica determinada, causado por fenómenos naturales y por efectos catastróficos de la acción del hombre en forma accidental, que requiera por ello de la especial atención de los organismos del estado y de otras entidades de carácter humanitario o de servicio social.[[8]](#footnote-8)

**DESESPERANZA:** Estado de ánimo que puede aparecer en las depresiones graves. La persona piensa que no hay esperanza y solución para sus problemas. Con frecuencia conduce al suicidio.[[9]](#footnote-9)

**EMERGENCIA:** Situación que aparece cuando en la combinación de factores conocidos, surge un fenómeno o suceso que no se esperaba, eventual e inesperado y desagradable por causar o poder causar daños o alteraciones en las personas, los bienes, los servicios o el ambiente. La emergencia supone la ruptura de la normalidad de un sistema, pero no excede la capacidad de respuestas de la comunidad.[[10]](#footnote-10)

**EMPATIA:** La empatía es la capacidad de comprender la vida emocional de otra persona, casi en toda su complejidad. La empatía está referida entre otras cosas a la [escucha activa](https://psicologiaymente.com/social/escucha-activa-oir), la comprensión y el apoyo emocional. Además, la empatía implica tener la capacidad suficiente para diferenciar entre los estados afectivos de los demás y la habilidad para tomar perspectiva, tanto cognitiva como afectiva, respecto a la persona que nos expresa su estado emocional.[[11]](#footnote-11)

**EQUILIBRIO:** Alteración del funcionamiento orgánico o del comportamiento mental.[[12]](#footnote-12)

**ESTADO VULNERABLE:** Este se refiere a la reacción subjetiva ante el evento peligroso, cuando este ocurre y posteriormente, la persona responde según sea su percepción del evento.[[13]](#footnote-13)

**ESTADO DE CRISIS ACTIVO:** Describe al individuo que se encuentra en estado de desequilibrio, a quien la tensión ha invadido y cuyos mecanismos homeostáticos se han roto. Este estado tiene una duración de 4 a 6 semanas durante los cuales se muestra un desorden psicológico y físico el cual incluye un exceso de actividad sin objetivo o la inmovilización, trastorno en las funciones del pensamiento y en el funcionamiento intelectual. Este estado de malestar se ve acompañado por una dolorosa preocupación por los eventos que condujeron a la crisis. Finalmente se llega a un periodo de reajuste.[[14]](#footnote-14)

**ESTRÉS:** La respuesta fisiológica, psicológica y del comportamiento de una persona, para intentar adaptarse a los estímulos que le rodean.[[15]](#footnote-15)

**ESTRÉS AGUDO:** Es una reacción postraumática intensa, que desborda la capacidad de afrontamiento de la persona y que se caracteriza principalmente por la presencia de síntomas disociativos como el embotamiento emocional, el aturdimiento, la extrañeza respecto a la realidad, la despersonalización y la amnesia disociativa que lleva consiga la capacidad para recordar aspectos significativos del suceso traumático. Así mismo las personas afectadas experimentan síntomas de reexperimentación del suceso, conductas de evitación y síntomas intensos de ansiedad. Todo ello genera un malestar clínico significativo e interfiere negativamente en su vida cotidiana, esta sintomatología clínica emerge en las primeras tres semanas después del suceso.[[16]](#footnote-16)

**EVENTO PELIGROSO:** Es un acontecimiento estresante, de origen externo o de cambio interno el cual le ocurre al individuo en un estado de relativa estabilidad en su vida y que inicia una serie de acciones y reacciones en cadena. Los eventos pueden ser anticipados y predecibles o bien inesperados y accidentales.[[17]](#footnote-17)

**ESTADO VULNERABLE:** Este se refiere a la reacción subjetiva ante el evento peligroso, cuando este ocurre y posteriormente, la persona responde según sea su percepción del evento.[[18]](#footnote-18)

**ESTADO DE CRISIS ACTIVO:** Describe al individuo que se encuentra en estado de desequilibrio, a quien la tensión ha invadido y cuyos mecanismos homeostáticos se han roto. Este estado tiene una duración de 4 a 6 semanas durante las cuales el remolino psicológico y físico el cual incluye un exceso de actividad sin objetivo o la inmovilización, trastorno en las funciones del pensamiento y en el funcionamiento intelectual. Este estado de malestar se ve acompañado por una dolorosa preocupación por los eventos que condujeron a la crisis. Finalmente se llega a un periodo de reajuste.[[19]](#footnote-19)

**FACTOR PRECIPITANTE**: Este es el eslabón entre los eventos causantes de la tensión que convierte al estado vulnerable en un estado peligroso, es lo suficientemente poderoso para iniciar la crisis, o bien puede ser un incidente sin importancia aparente.[[20]](#footnote-20)

**FLASHBACK:** Se produce en los trastornos por estrés postraumático. Los acontecimientos vitales traumáticos vividos con anterioridad aparecen de nuevo en la conciencia con gran viveza, con muchos detalles, se dice que con una cualidad casi fotográfica. A estos recuerdos se les ha llamado recuerdos tipo flashbulb (B. Brow y J. Kulik, 1977). A veces se desencadenan por la fatiga o bien porque la situación ambiental en la que el sujeto se encuentra le recuerda a la original. En otras ocasiones también aparecen estos recuerdos fuera del trastorno por estrés postraumático, en sujetos con fobias, trastornos obsesivos, miembros fantasmas, depresivos.[[21]](#footnote-21)

**HOMEÓSTASIS PSICOLÓGICA:** Está dada por el equilibrio entre las necesidades y su satisfacción. Cuando las necesidades no son satisfechas, se produce un desequilibrio interno. El sujeto busca alcanzar el equilibrio a través de conductas que le permitan satisfacer dichas necesidades.[[22]](#footnote-22)

**INTERVENCIÓN EN CRISIS:** Tiene como objetivo crear un entorno seguro a las víctimas y ofrecerle apoyo, si como evaluar las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo familiar y social de la víctima.[[23]](#footnote-23)

**INCIDENTE CRÍTICO:** Son situaciones que irrumpen de un modo impensable, dejando en suspenso los mecanismos psíquicos que sostienen la vida cotidiana de las personas, e implican una amenaza para la integridad física o psicológica de los afectados. Los afectados pueden manifestar reacciones diversas, cuyo rango puede ir desde una reacción esperable hasta el desarrollo de un Trastorno de Estrés Postraumático.[[24]](#footnote-24)

**INCIDENTE NO CRITICO:** Este tipo de eventos no reviste riesgo inminente para la salud mental del personal, sin embargo, se pueden generar procesos acumulativos que posteriormente pueden impactar emocionalmente al funcionario.[[25]](#footnote-25)

**IN SITU:** En el lugar o sitito”.[[26]](#footnote-26)

**LABOR DEL PSICÓLOGO DE EMERGENCIA:** El rol del psicólogo de urgencia en situaciones de emergencia y desastre, es activo y empático. Mantendrá un rol de acompañante, de contención. Es promotor de catarsis. Es pedagogo, orientador, coordinador y organizador, mediador y negociador. El psicólogo que interviene en estas situaciones de urgencias psicológicas, por lo tanto, deberá estar altamente capacitado y especializado en esta actividad.[[27]](#footnote-27)

**PALIAR:** Disminuir o hacer más soportable algo negativo, en especial daño físico o moral.[[28]](#footnote-28)

**PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS (PAP):** Se refieren a la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para restablecer su estabilidad emocional y facilitarte las condiciones de un continuo equilibrio personal.[[29]](#footnote-29)

**PSICOLOGIA DE LA EMERGENCIA-PAP:** Rama de la Psicología General que estudia los distintos cambios y fenómenos personales, presentes en una situación de peligro, sea esta natural o provocada por el hombre en forma casual o intencional.[[30]](#footnote-30)

**RESILIENCIA:** Es un concepto que surge de la inquietud por identificar aquellos factores que facilitan a las personas sobreponerse de manera exitosa a la adversidad y dificultades que se presentan en sus vidas[[31]](#footnote-31)

**SINTONIZACIÓN:** Es el mecanismo a través del cual la persona conecta emocionalmente con su entorno y con las personas que le rodean para, así, captar la alegría o la tristeza que hay en él[[32]](#footnote-32).

**TERAPIA MULTIMODAL:** Se refiere a un proceso de terapia breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y se encamina a la resolución de la crisis, a adquirir el dominio cognitivo del incidente de la crisis e integrarlo a la vida para establecer una mayor apertura y disposición hacia el futuro. La terapia multimodal requiere de un acompañamiento del paciente en crisis, en ella se analiza los aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognitivos de la persona.[[33]](#footnote-33)

**TRANSLABORACIÓN:** Es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis, para elaborar el proceso traumático[[34]](#footnote-34).

**TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMÁTICO (TEPT):** Es un trastorno psicológico caracterizado por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo.[[35]](#footnote-35)

**VISIÓN DEL TUNEL:** Es una alteración de la atención que se produce en situaciones de estrés intenso, particularmente cuando se experimenta una sensación de amenaza. No obstante, ésta no se corresponde siempre con la realidad.[[36]](#footnote-36)

1. **INTRODUCCIÓN**

En el desarrollo de su labor, los bomberos se pueden ver expuestos a sucesos traumáticos en situaciones de emergencia y a estrés. Las víctimas de sucesos traumáticos pueden sufrir un estrés severo que puede dar lugar a un conjunto de síntomas disociativos y ansioso-depresivos. El trauma puede interferir negativamente en la calidad de vida de la persona, afectarle en su vida cotidiana y en las relaciones sociales. Si los síntomas se mantienen más allá del primer mes, puede desarrollarse un trastorno por estrés postraumático.[[37]](#footnote-37)

Jeffrey Mitchell (1989) presidente de la International Critical Stress Foundation, Inc. USA, experto en el tema manifestó que los trabajadores de emergencias también son vulnerables al impacto psicológico negativo del trabajo en desastres. El estar expuesto a demandas tales como las labores de triage, la violencia social, el contacto directo con la muerte y situaciones con personal herido y entre otras, así como el trabajo en ambientes altamente tóxicos o de gran riesgo para la integridad física, aunado a problemas de tipo organizativo, familiar o interpersonal; pueden causar un impacto de repercusiones importantes sobre la salud física y mental de los integrantes de los equipos de respuesta.[[38]](#footnote-38)

Lifton (1967) fue uno de los primeros investigadores que trató sobre el deterioro psicológico de los equipos de rescate; en 1984 la Federal Emergency Management Agency (FEMA), conjuntamente con el National Institute of Mental Health (NIMH) de los EU, empezaron a preocuparse por el impacto psicosocial de los desastres en los equipos de respuesta (bomberos, policías, paramédicos, médicos de emergencias, etc.), según Valero “*Dicho impacto incluye términos como Incidente Crítico en Stress, Y síndrome de Stress Post-traumático, de este modo los integrantes de los equipos de respuesta son las víctimas ocultas del desastre*”.[[39]](#footnote-39)

La presente guía establece los lineamientos para la aplicación de los principios de la psicología de la emergencia al cuerpo oficial de bomberos de Bogotá, como un programa permanente de intervención preventiva en el marco del SVE para riesgo psicosocial.

1. **JUSTIFICACION**

La Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial Bomberos de Bogotá ha identificado que el personal bomberil tiene un riesgo alto de afectación psicológica y emocional debido a los sucesos de emergencia que continuamente están atendiendo. La actividad realizada por el cuerpo de bomberos está clasificada como de alto riesgo, esto obedece a que no solo participan en incendios, sino también asisten a víctimas de accidentes de tránsito (algunas veces con muertos o mutilados), situaciones de personas con conducta suicida, rescates en estructuras colapsadas, desastres naturales y en casi todo tipo de emergencias que afectan a la sociedad; emergencias en las que cada día hombres y mujeres se encuentran expuestos a innumerables peligros que deterioran su salud, como son temperaturas extremas, inhalación de humos, vapores y gases tóxicos, entre otros generando desórdenes musculo-esqueléticos, lesiones en piel, enfermedades respiratorias, cardiovasculares y psicológicas.[[40]](#footnote-40)

Por otra parte, según Valero existen diferentes agentes estresores que actúan sobre el bombero como persona, tales como:

* Estresores sociales: Provenientes de la interacción con otras personas pueden ser la fuente de potenciales agentes de tensión particularmente cuando se esperan comportamientos por parte del bombero.[[41]](#footnote-41)
* Estresores familiares: Deudas contraídas, enfermedades crónicas de familiares cercanos, problemas en la educación de los hijos, conflicto conyugal, separación o divorcio.[[42]](#footnote-42)
* Estresores personales: Se produce cuando existe una inadecuación entre lo que se anhela ser y lo realmente se es o puede ser. Algunos tratan de cambiar su apariencia física o hacer cambios en el comportamiento diario, en el estilo de vida en un esfuerzo por disminuir esta brecha, lo cual demanda grandes esfuerzos emocionales y de tiempo.[[43]](#footnote-43)

El presente protocolo se crea para fortalecer la salud mental mediante la prevención, el apoyo y la intervención temprana ante un evento de alto impacto que puedan enfrentar los bomberos de la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial Bomberos de Bogotá. Lo anteriormente expuesto, se logra a partir de la identificación de los sucesos a los que están expuestos los bomberos en sus labores diarias y que pueden traer consigo, el desarrollo de patologías como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), entre otros; y mediante la aplicación de diferentes técnicas psicológicas en el ámbito de intervención en crisis.

1. **NORMATIVIDAD**

**Ley 1090 de 2006,** por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión del psicólogo y se dicta el código Bioético y Deontológico. El ejercicio profesional se rige por los principios universales de responsabilidad; al ofrecer los servicios el psicólogo debe garantizar los más altos estándares de su profesión y competencia. El mantenimiento de estos últimos será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social, quienes solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para las cuales han sido cualificados. Se mantendrán actualizados en los avances científicos y profesionales relacionados con los servicios que prestan (Art. 2). En el Artículo 3, se señalan las áreas de desempeño del psicólogo, que no necesariamente están circunscritas en el área de la salud. Así mismo, el artículo 4, señala los campos de acción del psicólogo, que como en el caso anterior, no se circunscribe únicamente al campo de la salud. [[44]](#footnote-44)

**Ley 1616 de 2013** en Salud Mental, por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental que garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, priorizando a los niños, niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en el ámbito del SGSSS y con fundamento en el enfoque promocional de la calidad de vida y la estrategia, así como de los principios de la atención primaria en salud. Esta Ley incluye a la salud mental como parte integral de la salud general de la población y como componente esencial de bienestar y del mejoramiento en la calidad de vida de los colombianos. Además, brinda oportunidades para la creación de equipos interdisciplinarios, integración con otros sectores, desarrollo de acciones de promoción para transformar los determinantes sociales de la salud y la ampliación de diferentes modalidades de atención.[[45]](#footnote-45)

1. **OBJETIVOS**

**General**

Brindar de manera oportuna la atención psicológica a los funcionarios de la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá (UAECOB) con el fin de minimizar el riesgo de desarrollar patologías en salud mental.

**Específicos**

* Sensibilizar a los servidores de la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá sobre la importancia del apoyo e intervención temprana en Salud Mental.
* Reportar al área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) los eventos de alto impacto para brindar el apoyo psicológico que se requiera.
* Desarrollar habilidades individuales en los Bomberos, que les permitan identificar sus recursos personales para enfrentarse a situaciones adversas, reduciendo la vulnerabilidad emocional, fortaleciendo su estructura psicológica ayudando a su Resiliencia.
* Intervenir con diferentes técnicas en salud mental para reducir el riesgo de un trauma o patología en el personal de la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá.

1. **ALCANCE**

El presente Protocolo de Psicología de la Emergencia fue diseñado y actualizado por el equipo de Seguridad y Salud en el trabajo (SST) y tiene como alcance brindar de manera oportuna cuidados psicosociales a todos los servidores y contratistas de la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá.

1. **POLITICAS DE OPERACIÓN**

Es responsabilidad de cada líder de proceso:

* Socializar al personal requerido los documentos (Instructivos, formatos, procedimientos y políticas) que son aprobados por la Subdirección de Gestión Humana.
* Garantizar el cumplimiento de los requisitos establecidos en los documentos (Instructivos, formatos, procedimientos y políticas) aprobados por la Subdirección de Gestión Humana.
* Actualizar los documentos del MIPG cuando la normatividad y documentos externos aplicables cambien.
* Revisar y/o actualizar los documentos del MIPG cada vez que se requiera, como máximo cada 2 años, con apoyo del referente SIG de la dependencia.
* Revisar periódicamente la vigencia de la normatividad y documentos externos aplicables.
* La organización de los documentos producto de las actividades desarrolladas en este procedimiento, deben quedar estructuradas de acuerdo con las tablas de retención documental -TRD concertadas con el líder del proceso.
1. **LINEAS DE INTERVENCION DEL PROTOCOLO DE PSICOLOGIA DE LA EMERGENCIA**
	1. **. CRISIS**

Es un estado temporal de desorganización emocional, cognitiva y conductual causado por cambio súbito y significativo en la situación vital del afectado, caracterizado por su incapacidad para superarlo con los mecanismos habituales de afrontamiento.Está caracterizada porque el estadio de crisis es temporal y se reestablece el equilibrio de 4 a 6 semanas. Toda crisis implica perdida de autocontrol, desorganización emocional y alteración de las estrategias de afrontamiento. Así mismo existen unos elementos de estado crítico, los cuales se nombran a continuación:

* Evento peligroso:Es un acontecimiento estresante, de origen externo o de cambio interno el cual le ocurre al individuo en un estado de relativa estabilidad en su vida y que inicia una serie de acciones y reacciones en cadena. Los eventos pueden ser anticipados y predecibles o bien inesperados y accidentales.[[46]](#footnote-46)
* Estado vulnerable: Este se refiere a la reacción subjetiva ante el evento peligroso, cuando este ocurre y posteriormente, la persona responde según sea su percepción del evento.[[47]](#footnote-47)
* Factor precipitante: Este es el eslabón entre los eventos causantes de la tensión que convierte al estado vulnerable en un estado peligroso, es lo suficientemente poderoso para iniciar la crisis, o bien puede ser un incidente sin importancia aparente.[[48]](#footnote-48)
* Estado de crisis activo**:** Describe al individuo que se encuentra en estado de desequilibrio, a quien la tensión ha invadido. Este estado tiene una duración de 4 a 6 semanas durante las cuales incluye un exceso de actividad o la inmovilización, trastorno en las funciones del pensamiento y en el funcionamiento intelectual. Finalmente se llega a un periodo de reajuste.[[49]](#footnote-49)
	+ 1. **SÍNTOMAS DE CRISIS ACTIVA EN LOS AFECTADOS**

Algunos de los síntomas que pueden asociarse con un estado de crisis pueden ser los siguientes:

* Síntomas físicos: fatiga, cansancio, dolor de cabeza, de espalda, cuello, temblor, pérdida de apetito.
* Síntomas conductuales: agresión física, aislamiento del ambiente, alteración del sueño, tristeza, irritabilidad, culpabilidad, cambios de humor, ansiedad, desesperanza.
* Síntomas emocionales: llanto, tristeza, sentimiento de culpa, se encuentra a la defensiva, irritabilidad e ira. Niveles de ansiedad como sudor, presión en el pecho, se siente ahogado.
* Síntomas Cognitivos: retraimiento, desorientado, confundido, dificultad para tomar decisiones, pensamiento desorganizado.

Para el abordaje de la crisis y sus elementos, se creó la psicología de la emergencia la cual se definen como: “rama de la psicología que estudia el comportamiento humano, es situaciones en crisis antes, durante y después de un evento de alto impacto (emergencia o desastre)[[50]](#footnote-50).

* + 1. **INTERVENCIÓN DE CRISIS PARA SERVIDORES DE LA UAE CUERPO OFICIAL DE BOMBEROS DE BOGOTÁ**

Cuando los recursos de afrontamiento y la capacidad de solución de problemas se tornan insuficientes aparecen las crisis vitales, la persona se siente incapaz de tratar con las circunstancias abrumadoras que enfrenta en ese momento, lo cual incluye el control de las emociones o los componentes subjetivos de la situación y le impide comenzar el proceso de solución de problemas (Lasaruz, 1980).

La intervención es un proceso que puede dividirse en dos partes: **intervención** de primera instancia (**primeros auxilios psicológicos**), la **cual** es brindada de inmediato y la **intervención** en segunda instancia (**intervención en crisis**), la **cual** se encamina a facilitar la resolución psicológica de la **crisis**, por lo **cual** requiere más tiempo, valoración del grado de afectación de cada persona. Algunas de estas técnicas de intervención son utilizadas con el personal de la UAE Cuerpo Oficial de bomberos de Bogotá como: Defusing, Debriefing y terapia multimodal Casic, cada una de estas se explica a continuación, así mismo las rutas de activación:

* + 1. **PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS**

Cuando los recursos de afrontamiento y la capacidad de solución de problemas se tornan insuficientes aparecen las crisis vitales, la persona se siente incapaz de tratar con las circunstancias abrumadoras que enfrenta en ese momento, lo cual incluye el control de las emociones o los componentes subjetivos de la situación y le impide comenzar el proceso de solución de problemas (Lasaruz, 1980).

La intervención es un proceso que puede dividirse en dos partes: **intervención** de primera instancia (**primeros auxilios psicológicos**), la **cual** es brindada de inmediato y la **intervención** en segunda instancia (**intervención en crisis**), la **cual** se encamina a facilitar la resolución psicológica de la **crisis**, por lo **cual** requiere más tiempo, valoración del grado de afectación de cada persona. Algunas de estas técnicas de intervención son utilizadas con el personal de la UAE Cuerpo Oficial de bomberos de Bogotá como: Defusing, Debriefing y terapia multimodal Casic, cada una de estas se explica a continuación, así mismo las rutas de activación:

Los primeros auxilios psicológicos son una intervención psicológica temprana en personas que han padecido un suceso traumático, la meta principal de esta técnica según Slaikeu (1944), es reestablecer el enfrentamiento inmediato, se aplica a nivel individual, siempre y cuando no exista una afectación psicológica importante ya que en ese caso se debe realizar una intervención de segunda instancia. Así mismo la pueden aplicar personas que estén entrenadas y certificadas en primeros auxilios psicológicos no necesariamente debe ser un profesional en salud mental.

Los bomberos al experimentar algunos sucesos traumáticos ya nombrados, se debe intervienen con esta técnica que se trata fundamentalmente, de aliviar el sufrimiento, atender a las necesidades básicas, contribuir al restablecimiento físico, poner en contacto a la víctima con su red natural de apoyo social, facilitar la reanudación de la vida y detectar a las personas que se encuentran en riesgo para ser remitidas a centros de salud mental.[[51]](#footnote-51) Igualmente de acuerdo con lo anterior los bomberos también pueden capacitarse y entrenarse para prestar los primeros auxilios psicológicos a las víctimas de un suceso traumático *in situ*.

Tabla 1. Principios básicos de los primeros auxilios psicológicos.

|  |
| --- |
| 1. Escucha responsable
 |
| 1. Transmitir aceptación
 |
| 1. Atmosfera de confianza y aceptación
 |
| 1. Proporcionar información y validar información
 |
| 1. Permitir libre expresión
 |

**Fuente:** Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Manual básico de primeros auxilios psicológicos. 2014.

A continuación, se describen los subtemas por los cuales es importante de proporcionar primeros auxilios psicológicos en momentos de crisis:

* Brindar apoyo: ayudar a las personas a sobrellevar parte de la carga, ello significa permitirles manifestarse para extender la cordialidad, el interés y proporcionar la atmosfera en la que el temor y la ira puedan expresarse.[[52]](#footnote-52)
* Reducir la mortalidad: se dirige a la salvación de vidas (homicidio o suicidio) y la prevención del daño físico durante la crisis. Este aspecto es determinante para los primeros auxilios psicológicos, implica deshacerse de las armas, activar red de apoyo o iniciar la hospitalización de urgencias.
* Enlacecon fuentes de asistencia: este subtema proporciona una conexión donde la persona comienza a dar pasos concretos hacia la translaboración de la crisis, como la expresión de emociones, sentimientos e imágenes del incidente crítico. Además, se identifica si el sujeto debe ser remitido a otros entes como terapia para crisis, urgencias, hospitalización, la parte jurídica, medica.[[53]](#footnote-53)

* + 1. **LA INTERVENCIÓN EN CRISIS EN SEGUNDA INSTANCIA**

Es una segunda instancia o terapia multimodal para crisis, la cual se refiere a un proceso de terapia breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y se encamina a la resolución de la crisis, a adquirir el dominio cognitivo del incidente de la crisis e integrarlo a la vida para establecer una mayor apertura y disposición hacia el futuro. La terapia multimodal requiere de un acompañamiento del paciente en crisis que puede durar una (1) a seis (6) semanas y en ella se analiza los aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognitivos del paciente.

* + 1. **OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS:**
* Detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento. Estabilizar al individuo y protegerlo de estrés adicional, evitando estrés post traumático y prevenir reacciones diferidas de estrés. Debe ser dirigido por un profesional en psicología especializado (a).
* Procurar por un alivio inmediato de los síntomas.
* Restaurar el nivel de funcionamiento cognitivo, afectivo y conductual.
* Prevenir intentos autolíticos o agresión a otros.
* Comprender los eventos precipitantes relevantes que condujeron al desequilibrio.
* Identificar los recursos que se pueden utilizar, tomados de los ya existentes en la comunidad y al alcance del sujeto.
* Iniciar nuevas formas de percibir, pensar y sentir, así como iniciar la formulación de formas de enfrentamiento para la solución de la crisis.

Tabla 2. Tipos de intervención



**NOTA:**

* La profesional en psicología determinará si requiere seguimiento o remisión
* La intervención individual o grupal se realizará por psicólogo especializado
* Se registrará la atención psicológica en los formatos correspondientes: (CASIC) y Entrevista psicológica.

**En la UAECOB cuentas con apoyo psicosocial para:**

1. **Orientación:** Se brinda a servidores que manifiestan una situación, conflicto o inquietud, frente a la cual se escucha y orienta bajo un contexto de comunicación participativa, facilitando así un espacio de análisis y reflexión para la movilización de recursos propios, familiares, sociales y/o institucionales, promoviendo y/o generando la prevención de problemas y trastornos mentales y la promoción de la salud mental.
2. **Acompañamiento:** Este proceso de atención permite que los trabajadores encuentren un espacio de acompañamiento con profesionales en el área de salud mental, con los cuales pueden expresar sus sentimientos y emociones, así mismo, por medio de esta intervención se facilita el fortalecimiento de habilidades, desarrollo y potenciación de estas. Enfatiza en el fortalecimiento, participación y empoderamiento de los derechos y conciencia de estos y sus posibilidades para ejercerlos con responsabilidad.
	* 1. **CRITERIOS PARA SOLICITAR LA INTERVENCIÓN EN CRISIS**

Como referencia de clasificación de nivel de Riesgo de la Salud Mental de los Bomberos, se establecen 3 niveles de incidentes que se clasifican como críticos y no críticos, donde se debe reportar y activar el protocolo para intervención inmediata. A continuación, se desglosan los criterios para solicitar una intervención en crisis:

**NIVEL 1 CRITICO:** activación de protocolo inmediato (ver diagrama 3 ruta de activación)

este nivel se activa al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

* Muerte de un compañero del equipo de trabajo.
* Situaciones amenazantes para la integridad física del equipo.
* Accidentes con lesiones graves tanto de compañeros como personas de la comunidad.
* Atención de eventos donde están involucradas víctimas conocidas o familiares.
* Muerte o lesiones graves en niños.
* Intento de suicidio de personas de la comunidad y compañeros.

**NIVEL 2 NO CRITICO:** el protocolo se activa entre las primeras 24 a 72 horas después del evento de alto impacto (ver diagrama 3 ruta de activación)

Este nivel se activa al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

* Accidentes con múltiples víctimas.
* Atención de Emergencias con desenlace negativo, donde los Bomberos estén involucrados tras la atención o servicio prestado.
* Contacto con cadáveres.

**NIVEL 3 NO CRITICO:** el protocolo se activa entre las primeras 24 a 72 horas después del evento de alto impacto (ver diagrama 3 ruta de activación)

Este nivel se activa al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

* Rescate de animales.
* Atención de emergencias donde se presenten personas o animales con heridas leves.
* Atención de Emergencias con desenlace positivo, donde los Bomberos tenían responsabilidad por la vida de personas que se encontraban en riesgo en algún momento del proceso.
* Atención de emergencias donde estuvo en riesgo inminente la vida Del Bombero, pero no hubo consecuencias finales fatales.
* La necesidad de consumir alcohol o consumir sustancias psicoactivas para afrontar situaciones de difícil manejo.
	+ 1. **RUTA DE ACTIVACIÓN**

A continuación, se da a conocer el diagrama de la ruta de activación de situaciones críticas, desarrollo la intervención en crisis, el inicio, proceso y la finalización. Para la activación de esta ruta se debe emplear el formato de confidencialidad, formato de formulación clínica, formato de seguimiento; el formato de remisión psicológica en el caso que el profesional lo determine al igual que el formato de conocimientos de historia clínica. Para la activación de esta ruta se debe emplear el formato de Entrevista psicológica, remisión psicológica en el caso que el profesional lo determine (ver anexo 4. Formato de entrevista psicológica y anexo 5. Remisión psicológica).

Diagrama 1 Ruta de atención en situación de crisis nivel 1,2 y 3.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTRADA** | **PROCESO** | **SALIDA** |
| Jefe de estación/bombero o comandanteRuta de Activación para intervención en crisis (grupal o individual). Personal que debe activar el apoyo psicológico: Jefes de Estación – Bomberos – Comandantes – SST.Llamar a las líneas: 316-4739585 o 316-4739582 | Identificación del eventoIndividual GrupalIntervención en crisis (dirigida por psicólogo especialista en intervención en situación de crisis)1. Pasoso a seguir: Establecer el primer contacto y acercamiento.
2. Estabilizar a la persona o grupo de estrés adicional reduciendo los sentimientos negativos del evento.
3. Identificar necesidades y preocupaciones inmediatas, recoger información adicional y adaptar intervenciones de los Primeros Auxilios Psicológicos a estas necesidades.
4. ofrecer ayuda práctica a los sobrevivientes para tratar necesidades y preocupaciones inmediatas
5. Estabilización emocional.

¿Se logró la estabilización? emocional?**NO**NO**SI**NOSeguimiento | Cierre del eventoRemisión a EPS/ARL (Psiquiatría) |

* Cuando se esté realizando la primera sesión de intervención se debe evaluar si es necesario continuar con próximas sesiones o se cierra la línea de intervenciones.
* La intervención se debe desarrollar por un profesional de la salud mental con habilidades clínicas
* De ser posible el desplazamiento a la atención se realizará en carro institucional.
* Se realizará 3 a 4 sesiones máximo.
* Si se requiere se realiza firma formato de confidencialidad.

# BIBLIOGRAFIA

1. ALARCON PULIDO, Eva, *et al*. Intervención Psicológica Ante Situaciones de Emergencias y Desastres 2014. Página 21.
2. ARAYA, CRISTIAN. Psicología de la Emergencia. Octava Edición. 2013. Página 69. ISBN 956-310-315-7
3. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5ª ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. ISBN 978-84-9835-810-0.
4. BETANCUR C, et al. Perfil epidemiológico de los bomberos estructurales de los municipios de Dosquebradas y la Virginia del departamento de Risaralda. Universidad libre. 2013. Página 14. Internet:

<http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/Viewer/index.jsp?file=123456789/329/PERFIL%20EPIDEMIOL%c3%93GICO%20DE%20LOS%20BOMBEROS%20ESTRUCTURALES%20DE%20LOS%20MUNICIPIOS.pdf>

1. CANNON, W. B. (1926). Physiological regulation of normal states: some tentative postulates concerning biological homeostatics. En: A. Pettit (ed.). París: Éditions Médicales. PP. 91.
2. CENTRO MANUEL ESCUDERO. Psicología clínica y Psiquiatría. Psicólogos especialistas en primeros auxilios psicológicos. Internet:

<https://www.manuelescudero.com/los-primeros-auxilios-psicologicos-madrid/>

1. CENTRO NACIONAL DE MEMORIA HISTORICA. Aportes teóricos y metodológicos para la valoración de los daños causados por la violencia. Bogotá: CNMH, 2014. Internet:

<http://centrodememoriahistorica.gov.co/wp-content/uploads/2020/01/Aportes-te%C3%B3ricos-y-metodol%C3%B3gicos-valoraci%C3%B3n-da%C3%B1os-causados-por-la-violencia.pdf>.

1. COLEGIO COLOMBIANO DE PSICOLOGIA COLPSIC. Perfil y competencia del psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud. 2014. Página 11.
2. ECHEBURUA, Enrique y DE CORRAL, Paz. Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, ¿cómo y para qué? Psicología Conductual, Vol. 15, N 3, 2007. Página 373, 375,378-387.
3. GÓMEZ DEL CAMPO. J. (1994). Intervención en las crisis: Manual para el entrenamiento. Página.74
4. GUERRERO L y COLPSIC. Estrategias de Intervención en Crisis por Pandemia de Coronavirus-Colombia 2020.
5. LAZARUS, A. A. (1958). «NEW METHODS IN PSYCHOTHERAPY: A CASE STUDY». South African Medical Journal. Páginas 660-664.
6. NATIONAL INSITUTE OF MENTAL HEALTH. Trastorno por estrés postraumático; 2020. Disponible en:

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/pdf_20-mh-8124s_ptsd-sp_160750.pdf>

1. MALDONADO JORGE, *et al*. ¿Cómo recuperarse de una tragedia
2. MALLO, NATALIA NOEMI Y YAYA, IRENE LUCIA (2017). Intervenciones post traumáticas tempranas. IX Congreso Internacional de Investigación y Practica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultas de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Internet:

<https://www.aacademica.org/000-067/269.pdf>

1. MILLER, K., y ISCOE, I.The concept of crisis: Current status and mental health implications Human Organization, Páginas 22,195-201
2. MINSALUD. Lineamientos para la implementación del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) en el marco de la emergencia sanitaria por coronavirus (COVID-19) Junio 2020).
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). ¿Qué es la COVID-19?Internet: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
4. PEREZ JULIAN y GARDEY. Definición de cadáver. 2017.Internet:

<https://definicion.de/cadaver/>

1. PUERTA E y VÁSQUEZ M. Caminos para la Resiliencia. Concepto de Resiliencia. Universidad de Antioquia; 2012. Internet:

[http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/8053e5b2-7d04-4997-9dc0-4dcada70658f/BoletA%CC%83%C2%ADn+2\_Concepto+de+Resiliencia.pdf?MOD=AJPERES](http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/8053e5b2-7d04-4997-9dc0-4dcada70658f/BoletA%CC%83%C2%ADn%2B2_Concepto%2Bde%2BResiliencia.pdf?MOD=AJPERES)Psicología y mente. Visión en túnel. Internet:

<https://psicologiaymente.com/clinica/vision-en-tunel>

1. PSIQUIATRIA.COM, 2020. Internet:

<https://psiquiatria.com/glosario/desesperanza>

1. PSIQUIATRIA.COM, 2020. Internet:

<https://psiquiatria.com/glosario/flashbacks#:~:text=Definici%C3%B3n%3A%20Pueden%20ser%20de%20tres,producidas%20anteriormente%20por%20drogas%20alucin%C3%B3genas.&text=El%20juicio%20de%20realidad%20se,est%C3%A1n%20producidas%20por%20la%20droga>.

1. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. 2019. Internet:

<https://dle.rae.es/in%20situ>

1. SANCHEZ BEATRIZ, Psicología y Mente, 2020. Internet:

 <https://psicologiaymente.com/psicologia/empatia>

1. SANTACRUZ, J. Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). Revista Colombiana de Psiquiatría vol. 37 – suplemento No 1; 2008. Internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a16.pdf>
2. SAZ, ANA. Diccionario de Psicología. Madrid 2000.
3. SERRANO MÓNICA Psicóloga especializada. Acompañar sin juzgar: empatía y sintonización afectiva.2015. Internet:

[https://www.psicologiaycrianza.com/consolar-sin-juzgar-empatia-y-sintonizacion- afectiva/](https://www.psicologiaycrianza.com/consolar-sin-juzgar-empatia-y-sintonizacion-%20%20afectiva/)

1. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. Editorial el Manual Moderno. 2000. ISBN 968-426-7118. Páginas.16, 115, 116, 117, 118, 120, 122, 127, 153,155-216,195-201.
2. TRUJILLO, M. (2002). Psicología para después de una crisis. Madrid: Aguilar. Wainrib, B. R. y Bloch, E. L. (2001). Intervención en crisis y respuesta al trauma. Bilbao: Desclée de Brouwer.
3. UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Manual básico de primeros auxilios psicológicos. 2014. Páginas 43-44. Internet:

<http://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_psicologicos_2017.pdf>

1. VALERO SANTIAGO. Manual para el Cuidado de la Salud Mental en los Equipos de Primera Respuesta. Página 6, 8.
2. THEFREEDICTIONARY.COM, 2020, Internet:

 <https://es.thefreedictionary.com/desequilibrio>

## **DOCUMENTOS RELACIONADOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO** | **DOCUMENTO** |
| GT-GA01-FT01 |  Confidencialidad. |
| GT-GA01-FT02 |  Entrevista psicológica. |
| GT-GA01-FT03 |  Remisión psicológica. |
| GT-GA01-FT04 |  Seguimiento Psicológico |

 **CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VERSIÓN** | **FECHA** | **DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN** |
| 01 | 12/04/2022 | Creación de documento |

 **CONTROL DE FIRMAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Elaboró**Carolina SánchezViviana Lucero Monroy  | **Cargo**Profesional Contratista SGHProfesional Contratista SGH | **Firma**Original FirmadoOriginal Firmado |
| **Revisó**Daniel Parra SilvaMauricio Arcángel VascoDavid Almanza Sánchez- Vo.Bo. de Mejora Continua - OAP | **Cargo**Profesional Contratista SGHProfesional Contratista SGHProfessional Contratista OAP | **Firma**Original FirmadoOriginal FirmadoOriginal Firmado |
| **Aprobó**Ana María Mejía Mejía Vanessa Gil Gómez  | **Cargo**Subdirectora de Gestión HumanaSubdirectora de Gestión Humana (E) | **Firma**Original FirmadoOriginal Firmado |

1. PEREZ JULIAN. Publicado: 2017.Definición de cadáver [↑](#footnote-ref-1)
2. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. Página 155. [↑](#footnote-ref-2)
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). ¿Qué es la COVID-19? https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses [↑](#footnote-ref-3)
4. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. Página 16. [↑](#footnote-ref-4)
5. CENTRO NACIONAL DE MEMORIA HISTORICA. Aportes teóricos y metodológicos para la valoración de los daños causados por la violencia. Bogotá: CNMH, 2014. [↑](#footnote-ref-5)
6. SANTACRUZ, J. Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). [↑](#footnote-ref-6)
7. MALLO, NATALIA NOEMI Y YAYA, IRENE LUCIA (2017). Intervenciones post traumáticas tempranas. IX Congreso Internacional de Investigación y Practica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. [↑](#footnote-ref-7)
8. UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Manual básico de primeros auxilios psicológicos. 2014. Página 43. [↑](#footnote-ref-8)
9. PSIQUIATRIA.COM, 2020.desesperanza. [↑](#footnote-ref-9)
10. . ALARCON PULIDO, Eva, *et al*. Intervención Psicológica Ante Situaciones de Emergencias y Desastres 2014. Página 21. [↑](#footnote-ref-10)
11. SANCHEZ BEATRIZ, Psicología y Mente, 2020 [↑](#footnote-ref-11)
12. THEFREEDICTIONARY.COM, 2020 [↑](#footnote-ref-12)
13. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. [↑](#footnote-ref-13)
14. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. [↑](#footnote-ref-14)
15. UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Manual básico de primeros auxilios psicológicos. 2014. Página 43. [↑](#footnote-ref-15)
16. ECHEBURUA, Enrique y DE CORRAL, Paz. Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, ¿cómo y para qué? Psicología Conductual. Página 375. [↑](#footnote-ref-16)
17. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. [↑](#footnote-ref-17)
18. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. Página 22. [↑](#footnote-ref-18)
19. MILLER K. The concept of crisis: Current status and mental health implications Human Organization, Páginas 195-201 [↑](#footnote-ref-19)
20. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. [↑](#footnote-ref-20)
21. Psiquiatria.com.2020 [↑](#footnote-ref-21)
22. Cannon, W. B. (1926). Physiological regulation of normal states: some tentative postulates concerning biological homeostatics. En: A. Pettit (ed.). A Charles Richet: ses amis, ses collègues, ses élèves. París: Éditions Médicales. Pág. 91. [↑](#footnote-ref-22)
23. ECHEBURUA, Enrique y DE CORRAL, Paz. Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, ¿cómo y para qué? Psicología Conductual. Página. [↑](#footnote-ref-23)
24. MALLO, NATALIA NOEMI Y YAYA, IRENE LUCIA (2017). Intervenciones post traumáticas tempranas. IX Congreso Internacional de Investigación y Practica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. [↑](#footnote-ref-24)
25. Miller, K., Y Iscoe, I (.1963) The concept of crisis: Current status and mental health implications Human Organization, 22,195-201 [↑](#footnote-ref-25)
26. REAL ACADEMI AESPAÑOLA. 2019 [↑](#footnote-ref-26)
27. CENTRO MANUEL ESCUDERO. Psicología clínica y Psiquiatría. Psicólogos especialistas en primeros auxilios psicológicos. [↑](#footnote-ref-27)
28. SAZ, ANA. Diccionario de Psicología. Madrid 2000. [↑](#footnote-ref-28)
29. UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Manual básico de primeros auxilios psicológicos. 2014. Página 43. [↑](#footnote-ref-29)
30. ARAYA, CRISTIAN. Psicología de la Emergencia. Octava Edición. 2013. Página 69. [↑](#footnote-ref-30)
31. PUERTA E y VÁSQUEZ M. Caminos para la Resiliencia. Concepto de Resiliencia. Universidad de Antioquia; 2012. [↑](#footnote-ref-31)
32. SERRANO MÓNICA Psicóloga especializada. Acompañar sin juzgar: empatía y sintonización afectiva.2015. https://www.psicologiaycrianza.com/consolar-sin-juzgar-empatia-y-sintonizacion-afectiva/ [↑](#footnote-ref-32)
33. LAZARUS, A. A. «New methods in psychotherapy: a case study». South African Medical Journal. Página. 660-664. [↑](#footnote-ref-33)
34. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. Página 25. [↑](#footnote-ref-34)
35. UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Manual básico de primeros auxilios psicológicos. 2014. Página 44. [↑](#footnote-ref-35)
36. Psicología y mente. Visión en túnel

https://psicologiaymente.com/clinica/vision-en-tunel [↑](#footnote-ref-36)
37. ECHEBURUA, Enrique y DE CORRAL, Paz. Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, ¿cómo y para qué? Psicología Conductual, Vol. 15, N 3, 2007, Página 373-387. [↑](#footnote-ref-37)
38. VALERO, Santiago. Manual para el Cuidado de la Salud Mental en los Equipos de Primera Respuesta. Página 8. [↑](#footnote-ref-38)
39. VALERO, Santiago. Manual para el Cuidado de la Salud Mental en los Equipos de Primera Respuesta. Página 6. [↑](#footnote-ref-39)
40. BETANCUR C, et al. Perfil epidemiológico de los bomberos estructurales de los municipios de Dosquebradas y la Virginia del departamento de Risaralda. Universidad libre. 2013. Página 14. [↑](#footnote-ref-40)
41. VALERO, Santiago. Manual para el Cuidado de la Salud Mental en los Equipos de Primera Respuesta. Página 7. [↑](#footnote-ref-41)
42. VALERO, Santiago. Manual para el Cuidado de la Salud Mental en los Equipos de Primera Respuesta. Página 7. [↑](#footnote-ref-42)
43. VALERO, Santiago. Manual para el Cuidado de la Salud Mental en los Equipos de Primera Respuesta. Página 7. [↑](#footnote-ref-43)
44. COLPSIC. Perfil y competencia del psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud. 2014. Página 11. [↑](#footnote-ref-44)
45. COLPSIC. Perfil y competencia del psicólogo en Colombia, en el contexto de la salud. 2014. Página 11. [↑](#footnote-ref-45)
46. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. Página 22. [↑](#footnote-ref-46)
47. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. Página 22. [↑](#footnote-ref-47)
48. MILLER K. The concept of crisis: Current status and mental health implications Human Organization, Páginas 195-201 [↑](#footnote-ref-48)
49. MILLER K. The concept of crisis: Current status and mental health implications Human Organization, Páginas 195-201 [↑](#footnote-ref-49)
50. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. Página 60. [↑](#footnote-ref-50)
51. ECHEBURUA, Enrique y DE CORRAL, Paz. Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, ¿cómo y para qué? Psicología Conductual, Vol. 15, N 3, 2007, pp 373-387. Página 378. [↑](#footnote-ref-51)
52. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. [↑](#footnote-ref-52)
53. SLAIKEU KARL. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Segunda edición. [↑](#footnote-ref-53)