

Acompañamiento Psicosocial de niñas, niños, adolescentes y jóvenes  
en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular:

# Módulo II

Atención en crisis



Como empresa federal, la GIZ asiste al Gobierno de la República Federal de Alemania en su labor para alcanzar sus objetivos en el ámbito de la cooperación internacional para el desarrollo sostenible.

**Publicado por:**

Deutsche Gesellschaft für  
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Domicilios de la Sociedad Bonn y Eschborn, Alemania  
Apdo. Postal 755  
Bulevar Orden de Malta,  
Casa de la Cooperación Alemana,  
Urbanización Santa Elena, Antiguo Cuscatlán,  
La Libertad, El Salvador  
Tel. +503 2121 5100  
giz-el-salvador@giz.de  
[www.giz.de/elsalvador](http://www.giz.de/elsalvador)

**Responsable de la publicación:**

Felicitas Eser  
Directora

Programa Regional Integración y Reintegración de Niños y Jóvenes en Riesgo de Migración Irregular en Centroamérica  
(ALTERNATIVAS)

**Autora:** Ingrid Ariela Arteaga Merino

**Revisión de contenido:** Consuelo Ivett Castañeda, Jaqueline Karina Mazariegos Fernández, Juan Ramón Córdova,  
Lisa Oelschlegel, Olga Paz y Rocío Santana.

**Apoyo en desarrollo:** Erick Romero, Josué Miguel Ruiz.

**Corrección de estilo:** Josseline Zamora, Sofía Amaya Garay.

Consultores de GOPA mbH, Alemania.

San Salvador, Segunda edición: julio de 2021

El contenido del texto no refleja necesariamente el punto de vista de la GIZ.

## Siglas y Acrónimos

<b>ALTERNATIVAS</b>	Programa de integración y reintegración de la niñez y juventud en riesgo de Migración irregular
<b>BMZ</b>	Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) de Alemania
<b>APS</b>	Atención Psicosocial (APS)
<b>CIDH</b>	Comisión Interamericana de Derechos Humano
<b>CIE-10</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>ECAP</b>	Equipo de estudios comunitarios y acción psicosocial
<b>GIZ</b>	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
<b>GOPA</b>	Gesellschaft für Organisation, Planung und Ausbildung mbH
<b>IASC</b>	Comité Permanente entre Organismos (IASC siglas en inglés)
<b>LGBTI</b>	Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgéneros e Intersexuales
<b>NNAJ</b>	Niñas, niños, adolescentes y jóvenes
<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>SICA</b>	Sistema de la Integración Centroamericana
<b>SISCA</b>	Secretaría de la Integración Social Centroamericana (SISCA)
<b>TEPT</b>	Trastorno de Estrés Postraumático
<b>TNCA</b>	Triángulo Norte de Centro América
<b>ToT</b>	Training of Trainer (siglas en inglés, “Formación de formadores”)
<b>UNICEF</b>	United Nations Children’s Fund

## Tabla de Contenido

<b>Siglas y Acrónimos</b>	<b>3</b>
<b>Introducción a los Módulos de Formación</b>	<b>7</b>
<b>El Programa ALTERNATIVAS</b>	<b>7</b>
<b>Puntos de Partida de los Módulos de Formación</b>	<b>8</b>
“Diagnóstico regional de ofertas de apoyo psicosocial y competencias”	8
Estrategia para el Desarrollo de Capacidades	9
<b>Fundamento Teórico de los Módulos de Formación</b>	<b>10</b>
Acompañamiento Psicosocial	10
La Pirámide de Atención Psicosocial (APS) en Emergencias	12
<b>Puesta en Marcha de los Módulos de Formación</b>	<b>13</b>
Módulos de Formación	13
Etapas del Desarrollo con Actores Locales	16
<b>Metodología Basada en Evidencia</b>	<b>17</b>
<b>Módulo 2: “Atención en Crisis”</b>	<b>17</b>
1. Contextualización	17
2. Objetivos del Módulo	18
<b>Capítulo 1: Estrés, crisis y eventos potencialmente traumáticos</b>	<b>20</b>
<b>1. La presencia de crisis.</b>	<b>21</b>
<b>2. Tipos de crisis.</b>	<b>22</b>
<b>3. Reacciones ante las crisis y grupos de vulnerabilidad</b>	<b>22</b>
3.1 Reacciones en contextos de migración y movilidad:	23
3.2 Reacciones en niñas/os y preadolescentes	24
3.3 Reacciones en personas que han vivido violencia sexual	27
<b>Capítulo 2: Atención en crisis</b>	<b>32</b>
<b>1. ¿Quién, cuándo y dónde proporcionar Atención en Crisis?</b>	<b>32</b>
<b>2. ¿Cómo brindar la atención en crisis?</b>	<b>33</b>
<b>3. Aspectos a tomar en cuenta en la atención en crisis:</b>	<b>35</b>
<b>4. Principios de acción para brindar la atención en crisis</b>	<b>38</b>
4.1 Observar	38
4.2 Escuchar	38
4.3 Conectar	40
<b>5. Lenguaje Verbal y No Verbal</b>	<b>41</b>
<b>6. Derivación y atención en crisis</b>	<b>42</b>
<b>7. Algunos elementos específicos a considerar son:</b>	<b>43</b>
<b>8. Consideraciones especiales de la atención en crisis:</b>	<b>44</b>
8.1 Mujeres	44
8.2 Población LGBTI+	44
8.3 Crisis silenciosa	44
8.4 Crisis agresivas o violentas:	45
<b>Capítulo 3. Atención en crisis en situaciones específicas:</b>	<b>48</b>
<b>1. Atención en crisis en casos de violencia sexual:</b>	<b>48</b>
<b>2. Atención en crisis en conductas autolesivas, parasuicidas y suicidas:</b>	<b>48</b>
2.1 Señales en adolescentes	49
2.2 Mitos respecto del suicidio:	50

2.3 Factores de riesgo -----	52
2.4 Qué hacer y qué no hacer ante ideación y conducta suicida: -----	53
<b>3. Atención en crisis con niñas y niños -----</b>	<b>55</b>
3.1 Beneficios de implicar a la familia en la atención en crisis-----	55
3.2 Factores que dificultan la implementación -----	56
3.3 Principios de la implementación -----	56
3.4 Pasos en la aplicación de la atención en crisis en niñas, niños y preadolescentes:-----	56
<b>Capítulo 4: Herramientas para atención en crisis -----</b>	<b>60</b>
<b>1. Herramientas para la atención en crisis a adolescentes, jóvenes y adultos. -----</b>	<b>62</b>
Herramienta 1: Guía de intervención en crisis -----	62
Herramienta 2: Enraizado -----	63
<b>2. Herramientas para la atención en crisis con niñas y niños. -----</b>	<b>64</b>
Herramienta 3: Identificando redes de apoyo -----	64
Herramienta 4: “mi comunidad” -----	65
Herramienta 5: “un nudo en la panza” -----	66
Herramienta 6: “castillo de los miedos” -----	68
Herramienta 7: “niños niñas superheroínas/ niños super heroes”-----	68
<b>3. Herramientas para la atención en crisis en situaciones de ideación o intento suicida. -----</b>	<b>69</b>
Valoración e intervención del comportamiento:-----	69
Herramienta 8: Intervención en conductas autolesivas: -----	69
Herramienta 9: Intervención en Conductas autolíticas o suicidas: -----	70
Herramienta 10: Intervención en conductas parasuicidas:-----	71
Herramienta 11. Elaboración de plan de seguridad -----	71
Herramienta 12: “pautas de protección” -----	73
<b>4. Herramientas de psicoeducación y procesos a realizar ante eventos específicos. -----</b>	<b>73</b>
Herramienta 13: Psicoeducación general en situaciones de crisis: -----	74
Herramienta 14: Psicoeducación sobre el miedo -----	76
Herramienta 15: psicoeducación para grupo familiar o acompañantes en casos de suicidio. -----	76
Herramienta 16. Atención en crisis en situaciones de violación sexual -----	77
<b>5. Herramientas para el grupo familiar o redes de apoyo.-----</b>	<b>78</b>
Herramienta 17. Orientaciones para brindar atención en crisis a NNA (0-3 años)-----	79
Herramienta 18. Orientaciones para brindar atención en crisis a NNA (3-6 años)-----	80
Herramienta 19. Orientaciones para brindar atención en crisis a NNA (9-12 años) -----	81
<b>6. Herramientas para el manejo grupal -----</b>	<b>82</b>
Herramienta 20: La pluma secreta -----	83
Herramienta 21: El dibujo de los miedos -----	84
Herramienta 22: Respiración Controlada-----	84
Herramienta 23: Contención-Comprensión -----	85
<b>Anexo -----</b>	<b>87</b>
<b>Anexo 1. Psicoeducación, brindando el tema de “Violencia Sexual” -----</b>	<b>88</b>
<b>Anexo 2. Tarjetas, secretos buenos y secretos malos-----</b>	<b>89</b>
<b>Anexo 3: Guía para psicoeducación a familia ante ideación e intento suicida-----</b>	<b>90</b>
<b>Anexo 4. Estudio de la ideación suicida -----</b>	<b>92</b>
<b>Bibliografía -----</b>	<b>97</b>

## Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Lógica de intervención del Programa ALTERNATIVAS. -----	10
Ilustración 2. La pirámide del IASC. -----	13
Ilustración 3. Módulos de Formación-----	14
Ilustración 4. Módulos de formación y su relación con los niveles en la pirámide de APS -----	15
Ilustración 5. Pasos en la aplicación de la atención en crisis en niños y preadolescentes -----	57

## Índice de tablas

Tabla 1. Objetivos de los Módulos de Formación -----	14
Tabla 2. Diferencia entre estrés y crisis -----	21
Tabla 3. Como brindar atención en crisis. -----	33
Tabla 4. Pautas básicas al momento de brindar atención en crisis -----	37
Tabla 5. Actitudes en la escucha responsable -----	39
Tabla 6 Listado de herramientas para atención en crisis -----	61

## Introducción a los Módulos de Formación

### El Programa ALTERNATIVAS

En el Triángulo Norte de Centroamérica -Honduras, El Salvador y Guatemala- siempre han existido flujos migratorios con sus propias dinámicas, las cuales están en constante cambio producto de una diversidad de factores. Estos tres países son a su vez de origen, tránsito y destino de poblaciones migrantes, así como países donde retornan una gran cantidad de personas, lo cual genera una complejidad única relacionada a la movilidad humana. Este contexto pone en evidencia las realidades que atraviesan las familias, y que expone a condiciones de vulnerabilidades principalmente a niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

Algunos factores de riesgo psicosocial asociados a la migración irregular en el contexto del Triángulo Norte se pueden agrupar en tres grandes grupos:

- (a) **Exclusión socioeconómica y vulneración de derechos.** Inequidad o falta en acceso a servicios sociales de apoyo para la garantía de derechos de bienestar: alimentación, vivienda, asistencia médica, vestido y otros servicios sociales básicos. Vulneración del derecho a la educación tanto por acceso como por garantía de permanencia en el sistema escolar. Vulneración en el derecho al trabajo tanto por el acceso como condiciones dignas acordes a la normatividad laboral. Falta de redes de apoyo a nivel social e institucional para personas y familias en situación de vulnerabilidad.
- (b) **Violencia intrafamiliar.** Negligencia en el cuidado físico y emocional. Desintegración familiar, familias disfuncionales. Dificultad para resolver conflictos de forma no violenta. Patrones relacionales y de comunicación violentos, relaciones distantes o de abuso a nivel emocional, violencia física, verbal, psicológica y /o sexual. Sobrecarga emocional, física, económica, de responsabilidades y falta de redes de apoyo socio familiares en familias monoparentales. Sistemas familiares con potencial de desarraigo, y/o desempleo de sus tutores. Otro factor de riesgo consiste en la necesidad, expectativa y acciones relacionadas a la reunificación familiar. Estos factores generan en algunas ocasiones que los núcleos familiares desarrollen efectos expulsivos, los cuales a su vez se convierten en condiciones que potencian el riesgo de migración irregular.
- (c) **Violencia Social.** Exposición a situaciones de violencia común y generada por pandillas en zonas con altos índices de violencia. Extorsión o amenazas por parte de pandillas hacia ellos y sus familias. Ser obligados o “reclutados” para participar en actos delictivos (con diferencias marcadas por género), residir en un territorio controlado por una pandilla y con límites territoriales con otras pandillas. Esta realidad limita la libre movilidad y pleno desarrollo de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, exponiéndoles a violencia física, económica, psicológica y sexual.

El grupo meta de ALTERNATIVAS son las niñas, niños, adolescentes y jóvenes expuestos a las condiciones descritas, además de enfrentarse a riesgos psicosociales en la ruta migratoria y en el momento del retorno. Las NNAJ que están expuestos a estas realidades pueden llegar a experimentar efectos, como sufrimiento emocional (miedo, ansiedad, tristeza y depresión). Al no tener un acompañamiento psicosocial adecuado, estos efectos les pueden generar poca claridad en sus proyectos de vida, sufrir estigmatización y discriminación, así como presentar riesgo de suicidio y experimentar estrés, ansiedad u otras alteraciones emocionales que a su vez pueden intensificarse sin la respuesta adecuada.

Por tanto, desde el Programa Regional “Integración y reintegración de niños y jóvenes en riesgo de migración irregular en Centroamérica -ALTERNATIVAS-” ejecutado en determinados municipios de Guatemala, Honduras y El Salvador por la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH y la Secretaría de Integración Social Centroamericana (SISCA) por encargo del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) de Alemania, se considera necesario ofrecer una respuesta integral de acompañamiento psicosocial que brinde a NNAJ, sus familias y comunidades, herramientas de recuperación y afrontamiento a nivel individual, familiar, comunitario y social; siendo ellos los protagonistas en su proceso de transformación.

El objetivo del programa regional ALTERNATIVAS es que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en riesgo de migración irregular de los municipios seleccionados de El Salvador, Guatemala y Honduras hagan uso de ofertas mejoradas para su integración social, escolar y laboral, y desarrollen perspectivas para permanecer en su lugar de procedencia.

**A su vez, el programa posee cuatro componentes:** (1) Apoyo psicosocial y ofertas de información diferenciada; (2) formación escolar y profesional; (3) cooperación para la formación y el empleo; y (4) cooperación multinivel para la reintegración de NNAJ retornados. Al ser complementarios entre sí, los componentes combinan medidas a nivel local y nacional, apuntando a la reducción de causas inmediatas y disminución de factores de riesgo psicosocial asociados a la migración irregular a nivel local. El programa se dirige específicamente a NNAJ en situación de vulnerabilidad y retornados.

ALTERNATIVAS contribuye de manera esencial a la buena gobernanza a nivel local, nacional y regional, ya que fortalece redes entre diferentes actores clave, promoviendo el diálogo entre ellos y fortaleciendo las capacidades de planificación e implementación a nivel local. Además, contribuye a generar ofertas de formación para NNAJ y aporta a la reducción de la pobreza a largo plazo. El programa también contribuye a proteger los derechos de NNAJ, con énfasis en el derecho a la educación y el derecho a la integridad física y mental; y tomando especial consideración para que niñas y mujeres jóvenes tengan igual acceso a la educación y a la formación profesional.

## Puntos de Partida de los Módulos de Formación

### “Diagnóstico regional de ofertas de apoyo psicosocial y competencias”

Desde ALTERNATIVAS se ha construido una propuesta de enfoque de acompañamiento psicosocial a nivel local, el cual parte del “Diagnóstico regional de ofertas de apoyo psicosocial y competencias” realizado con diferentes profesionales que llevan a cabo acciones de atención o apoyo psicosocial en los siete municipios donde el programa tiene presencia.

Este diagnóstico se realizó al inicio del año 2019 a través de 148 entrevistas semiestructuradas a psicólogos, trabajadores sociales, médicos y otros profesionales de 88 instituciones y organizaciones; 10 grupos focales; 7 talleres de planificación local y una serie de despachos con diferentes autoridades y técnicos locales de las instituciones en Honduras, El Salvador y Guatemala.

#### **Dentro de las conclusiones del diagnóstico se menciona:**

1. Las instituciones/organizaciones que brindan apoyo psicosocial tienen perfiles temáticos y de especialización muy distintos (p. ej., enfoque de salud y de derechos, migración, psicología, trabajo comunitario, etc.).



2. Existe una gama amplia de profesionales y actores que realizan acciones de acompañamiento psicosocial a nivel local y muchas veces estos actores no están conscientes de esto o no desarrollan las acciones de manera intencionada, sino como respuesta a demandas específicas.
3. Muy pocas instituciones consideran que realizan acciones en ámbitos relacionados al tema migratorio, así como muy pocas trabajan en este ámbito (p. ej., acciones para la disminución de factores de expulsión).
4. Es necesario fortalecer la comprensión del enfoque psicosocial poniendo en el centro de las atenciones a los mismos beneficiarios, articular procesos y promocionar los principios del enfoque psicosocial.
5. Se requiere fortalecer la estructura de atención psicosocial con énfasis en mejorar las medidas y ofertas locales de atención psicosocial en los municipios.
6. La mayoría de las organizaciones que están vinculadas a la atención de las poblaciones en riesgo de migrar irregularmente, o de migrantes retornados, no cuenta con metodologías o lineamientos establecidos en apoyo psicosocial.
7. Es necesario brindar a los diferentes actores herramientas metodológicas, que por la particularidad de sus atenciones diferenciadas, puedan ser fortalecidas y aplicadas en sus contextos, adecuadas a la edad de los beneficiarios.
8. Es importante incluir enfoques lúdicos y vivenciales que permitan mejorar y potencializar el impacto de las atenciones.
9. Los procesos formativos deben ser previstos para un grupo multidisciplinario, que logre profundizar la comprensión del modelo psicosocial y permita fortalecer la articulación de las organizaciones y los diferentes servicios que brindan en cada uno de los municipios.
10. Algunas organizaciones no cuentan con procesos de cuidado para los equipos técnicos. Por tanto, es necesario poder contar con espacios para prevenir el desgaste laboral o trauma vicario, y procesar las emociones de los servicios.

En resumen, el diagnóstico permitió encontrar tres elementos fundamentales que son la base de la estrategia de desarrollo de capacidades para la mejora de los servicios locales de acompañamiento psicosocial:

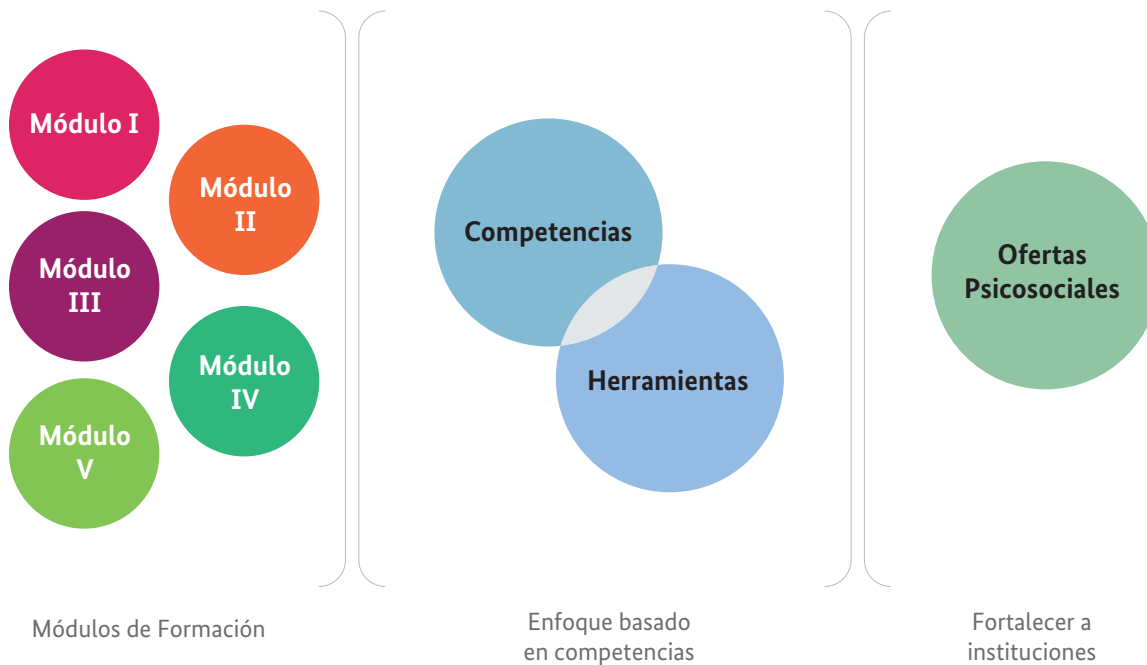
1. Hay equipos técnicos que presentan herramientas metodológicas limitadas para realizar su trabajo en las áreas psicosociales.
2. Hay organizaciones con buenas herramientas metodológicas, pero sus equipos técnicos no han sido capacitados adecuadamente.
3. Finalmente, hay instituciones y equipos técnicos que no cuentan con herramientas metodológicas a utilizar, a pesar de que están atendiendo en áreas relevantes y a personas con necesidades de apoyo psicosocial.

## Estrategia para el Desarrollo de Capacidades

Los elementos del diagnóstico permitieron al programa ALTERNATIVAS definir y desarrollar una estrategia de desarrollo de capacidades con la intención de fortalecer o mejorar las ofertas psicosociales a nivel local en los municipios seleccionados, en dos vías (**ver Ilustración 1**):

- a. **Fortalecer las competencias** del personal que realiza las intervenciones psicosociales.
- b. **Facilitar o mejorar instrumentos y herramientas metodológicas** que las contrapartes puedan utilizar en sus acciones diarias con grupos en situación de vulnerabilidad o retornados.

Ilustración 1. Lógica de intervención del Programa ALTERNATIVAS.



Para lograr desarrollar ambas vías se han diseñado cinco módulos de formación (ver Ilustración 3) como parte de una estrategia que busca fortalecer las ofertas de apoyo psicosocial a nivel local que permita a niñas, niños, adolescentes y jóvenes elaborar experiencias previas de desamparo y violencia, y desarrollar una mayor resiliencia individual y familiar frente a contextos vulnerables. Esta estrategia va dirigida a un espectro amplio de profesionales que realizan procesos y acciones en el ámbito de la atención psicosocial.

Cada uno de los cinco módulos de formación está concebido desde un enfoque de derechos humanos, el cual sirve como marco común para toda la estrategia. Asimismo, se parte de conocer los contextos donde viven NNAJ, los factores de riesgo y factores protectores, y cómo estos tienen un impacto en las personas, las familias y las comunidades mismas, generando situaciones de vulnerabilidad.

## Fundamento Teórico de los Módulos de Formación

### Acompañamiento Psicosocial

La estrategia del programa ALTERNATIVAS y el diseño de cada módulo de formación retoman el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un punto de referencia global e integral ya que incluye elementos esenciales para

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (OMS, 2006, p.1)

diseñar medidas respecto a la salud. Primero reconoce que el bienestar debe abarcar el nivel psicológico, social y físico. Las personas tienen el derecho de buscar y tener un estado de bienestar integral (a nivel individual, familiar y comunitario, desde un enfoque sistémico). Por tanto, el tejido social que existe en una comunidad es vital para el bienestar mismo de las personas y para lograr una mejor integración y reintegración de NNAJ en sus lugares de origen.

Por ello ALTERNATIVAS también parte del término “**Trauma psicosocial**” acuñado por Ignacio Martín-Baró (1990) el cual hace referencia a “la noción de que las consecuencias del trauma son eminentemente sociales ya que ha quedado afectado el tejido social mismo donde las personas encuentran sus sentidos cotidianos y proyectos de vida. Por lo tanto, la meta de la intervención sería la de reparar el tejido social rasgado por la barbarie que se instaló en la vida cotidiana de la población civil”. El tejido social conlleva aspectos histórico-culturales que influyen de manera transgeneracional en el bienestar de las personas.

En especial las NNAJ que sufren y viven situaciones de vulnerabilidad experimentan una serie de impactos diferenciados a nivel psicosocial, según el ciclo vital en el que se encuentren, perdiendo referentes éticos y sociales para guiar su vida. Por otra parte, experimentan miedo, confusión y frustración al verse sobrepasados en sus capacidades para comprender y resolver situaciones que se salen de sus manos. Estas NNAJ pasan a ser sobrevivientes que buscan alcanzar la sensación de comunidad y por ello, recuperar el sentimiento de pertenencia a una familia y a una comunidad es de alguna manera necesario para completar un proceso de recuperación. Estos son procesos sociales de aprendizaje y construcción colectiva que pretenden promover y fomentar acciones desde el acompañamiento psicosocial.

Los procesos de vulneración y/o victimización que sufren NNAJ y sus familias al ser migrantes irregulares, les configuran como víctimas en cuánto vulneración de sus derechos y dignidad como seres humanos, mirada que es útil para consolidar políticas sociales, responsabilidades sociales e institucionales que promuevan y protegan sus derechos humanos y como migrantes irregulares.

Sin embargo, desde la perspectiva psicosocial, para su proceso de recuperación emocional e integración social, es fundamental que realicen un tránsito individual y social a la noción de sobrevivientes, en tanto pasen de verse a nivel subjetivo como víctimas inmovilizadas por el dolor, el sufrimiento y las vulneraciones de las que han sido objeto a significarse como “sobrevivientes”, con capacidades de resiliencia que les habitan y han sido útiles para enfrentar situaciones de vulneración y las cuales pueden ser potencializadas para ser agentes autogestores de cambio en su realidad actual, dando pasos para la construcción de un proyecto de vida acorde a sus sueños y expectativas.

De igual forma para la sociedad y el nivel institucional esta re significación como sobrevivientes de NNAJ y su familias se convierte en una mirada dignificante y empoderadora, en tanto les ubica como sujetos titulares de derechos, ciudadanos y ciudadanas, sujetos políticos que pueden incidir y participar de forma activa en la construcción de políticas y programas sociales que den respuesta a sus necesidades y problemáticas, trascendiendo las miradas de lástimas hacia ellas y ellos como personas pasivas e incapaces de transformar sus realidades y de interactuar en escenarios sociales, comunitarios e institucionales.

La mirada y re significación como sobrevivientes les permite a NNAJ y sus familias relacionarse con las demás de una forma dignificante en los diferentes contextos (familiar, laboral, comunitario, social y político), consolidarse como sujetos políticos en tanto pueden interactuar de manera intencionada y dignificante

con la sociedad y la institucionalidad, ayudando a reestablecer la confianza y el tejido social fracturado por las mismas vulneraciones que han tenido que enfrentar. Estos son procesos sociales de aprendizaje y construcción colectiva que pretenden promover y fomentar acciones desde el acompañamiento psicosocial. Estas NNAJ vulneradas(os) y /o victimizadas(os) pasan a ser sobrevivientes que buscan reconstruir lazos familiares y sociales que les permitan consolidar una identidad y un proyecto de vida en un entorno protector para su desarrollo personal, recuperando el sentimiento de pertenencia a una familia y a una comunidad.

Desde ALTERNATIVAS se concibe el acompañamiento psicosocial como aquellas ofertas y medidas que tienen como objetivo promover y alcanzar el bienestar psicosocial en personas, familias y comunidades, incluyendo acciones a nivel preventivo y acciones que conllevan una atención más especializada. Dichas medidas deben partir e involucrar de manera activa a las personas mismas como protagonistas de sus propias realidades.

La perspectiva de intervención que pretende tomar el programa ALTERNATIVAS busca de manera intencionada que se generen procesos sociales y comunitarios, desde una práctica participativa y de educación comunitaria, como pilar para generar cambios en las personas que forman parte de dichas comunidades.

Por tanto, la visión de ALTERNATIVAS busca trascender la concepción de “víctima” a la concepción del ser humano como autor de su propia vida con sus potencialidades, fortalezas y capacidades de resiliencia y de aprendizaje. Cuando el ser humano contribuye con sus acciones, no sólo está transformando su entorno sino también se está resignificando a sí mismo como agente y como sujeto activo, alejándose de toda visión o postura pasiva. Esa resignificación del sujeto como agente de cambio es un elemento clave en la capacidad de resiliencia que manifiestan muchas mujeres en situaciones adversas (Comins-Mingol, 2015).

La apuesta detrás del enfoque de acompañamiento psicosocial de ALTERNATIVAS es la de modificar el paradigma tradicional por procesos cada vez más horizontales y abiertos, que busquen fortalecer la autonomía, dignidad y libertad de las personas para actuar sobre sus contextos y así modificarlos desde esta visión integradora.

## La Pirámide de Atención Psicosocial (APS) en Emergencias

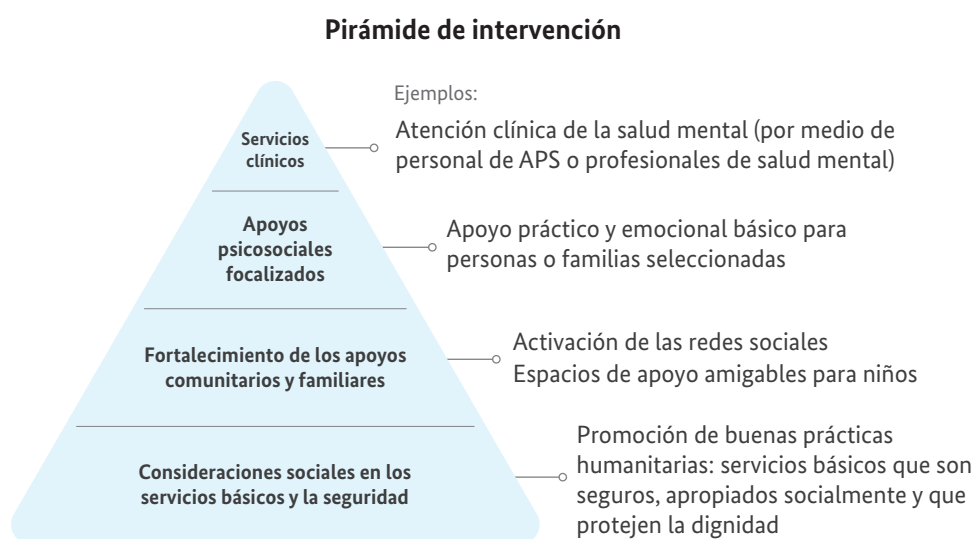
Según la IASC, el acompañamiento psicosocial busca establecer un sistema con múltiples niveles de apoyos complementarios que satisfagan las necesidades de grupos diferentes. Esto puede ilustrarse mediante una pirámide (**ver Ilustración 2**). Todos los niveles de la pirámide son importantes y, en condiciones ideales, deberían ponerse en práctica de manera concurrente.

El diagnóstico inicial realizado en los municipios priorizados de ALTERNATIVAS arrojó como resultado que efectivamente existen a nivel municipal ofertas y servicios en los cuatro niveles - desde oficinas de registro y derivación, hasta algunas unidades que ofrecen apoyo psicológico para abordar situaciones de crisis y experiencias traumáticas - y a la vez confirmó la demanda de fortalecimiento técnico-conceptual y logístico. Los módulos de formación de ALTERNATIVAS apuntan por lo tanto a desarrollar acciones concretas para trabajar con las poblaciones de NNAJ en sus comunidades de origen en los cuatro niveles.

La pirámide contempla cuatro niveles, a saber:

- I. Servicios básicos y seguridad:** estos se establecen adoptando modalidades participativas seguras y socialmente apropiadas que protejan la dignidad de los residentes locales, fortalezcan los apoyos sociales locales y movilicen las redes comunitarias.
- II. Apoyos de la comunidad y de la familia:** A este nivel, entre las respuestas útiles cabe mencionar: asistencia en los duelos y ceremonias comunitarias de reparación; programas de apoyo a padres y madres para resolver problemas con los hijos; actividades de educación escolar y extraescolar; actividades para proporcionar nuevos medios de vida y activación de redes sociales, por ejemplo mediante grupos de mujeres y grupos de jóvenes.
- III. Apoyos focalizados, no especializados:** El tercer nivel corresponde al apoyo necesario para un número aún más pequeño de personas, que además necesitan intervenciones más focalizadas a nivel individual, de familia o de grupo, por parte de agentes de salud capacitados y supervisados. Este nivel incluye elementos como primeros auxilios psicológicos y de atención básica en salud mental brindados por agentes de atención primaria de salud.
- IV. Servicios especializados:** Este nivel incluye el apoyo psicológico o psiquiátrico para personas que padecen trastornos mentales graves, cuando sus necesidades sean superiores a las capacidades de los servicios de atención primaria de salud y salud en general existentes. Requieren remisión a servicios especializados, si estos existen, o bien iniciación de la capacitación a más largo plazo y supervisión de agentes de atención primaria de salud y de salud en general.

Ilustración 2. La pirámide del IASC.



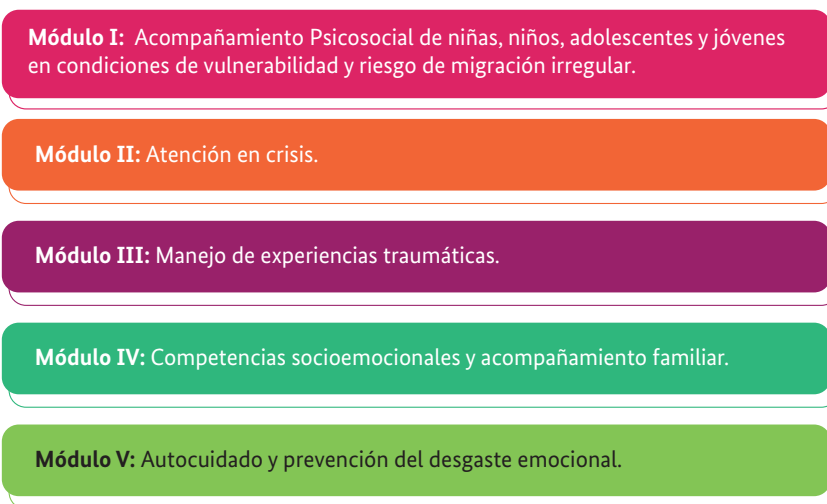
## Puesta en Marcha de los Módulos de Formación

### Módulos de Formación

Para ello se han desarrollado cinco módulos de formación (**ver Ilustración 3**), los cuales están dirigidos a diferentes profesionales que realizan acciones de atención psicosocial. La oferta de formación a través de los módulos, busca fortalecer sus competencias y dotarles de herramientas metodológicas para que realicen

procesos de asesoría e implementen acciones con NNAJ en situación de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular. Por un lado, la oferta de formación a través de los módulos busca fortalecer sus competencias, y por otro, pretende dotarles de herramientas metodológicas para que realicen procesos de asesoría e implementar acciones con NNAJ en situación de vulnerabilidad.

**Ilustración 3. Módulos de Formación**



Cada módulo tiene sus propios objetivos generales, presentados en la **Tabla 1**.

**Tabla 1. Objetivos Generales de los Módulos de Formación**

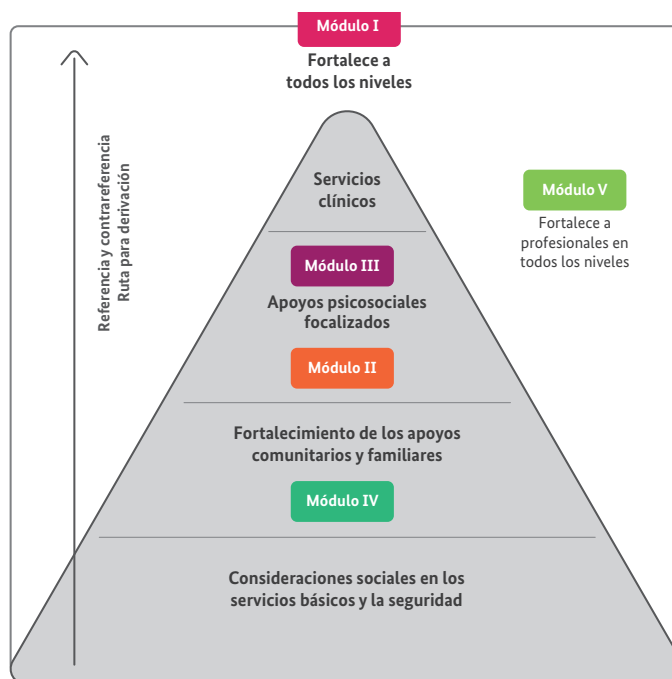
Módulos de formación	Objetivo general
Módulo I: Acompañamiento Psicosocial de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular.	Las y los participantes fortalecen sus competencias en acompañamiento psicosocial para trabajar con niñas, niños, adolescentes y jóvenes en riesgo de migración irregular y (re)migración.
Módulo II: Atención en crisis.	Las y los participantes fortalecen sus capacidades en la aplicación de técnicas en atención en crisis en situaciones de movilidad humana, vulnerabilidad, violencia, emergencias y crisis emocionales.
Módulo III: Manejo de experiencias traumáticas.	Las y los participantes fortalecen sus competencias en brindar una atención integral en el manejo de experiencias traumáticas.
Módulo IV: Competencias socioemocionales y acompañamiento familiar.	Las y los participantes fortalecen sus competencias técnicas en la aplicación de herramientas metodológicas y socioeducativas para el fortalecimiento de habilidades y competencias socioemocionales en NNAJ, como factores protectores para generar resiliencia y acompañar a las familias con alta vulnerabilidad social.
Módulo V: Autocuidado y prevención del desgaste emocional.	Las y los participantes cuentan con herramientas de autocuidado para el fortalecimiento de competencias a nivel personal frente al desgaste emocional y estrés como resultado del contexto laboral.

Fuente: Autoría propia

A su vez, los módulos de formación poseen correlación con los niveles de la pirámide de atención psicosocial (ver **Ilustración 4**):

a) **El Módulo I “Acompañamiento Psicosocial de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular” y el Módulo V de “autocuidado”** Buscan que diferentes profesionales y personal de instituciones puedan mejorar el manejo de elementos conceptuales y de referencia sobre el fenómeno migratorio y los principios de la atención psicosocial para el trabajo con grupos vulnerables y retornados. Estos profesionales son quienes prestan los servicios u ofertas psicosociales y, por tanto, deben tener un manejo adecuado y conocimientos que les ayude a promover el bienestar psicosocial con los grupos y en las comunidades de manera participativa y ética.

Ilustración 4. Módulos de formación y su relación con los niveles en la pirámide de APS



b) **El Módulo IV “Competencias Socioemocionales y acompañamiento familiar”**, brinda herramientas fundamentales para fortalecer competencias socioemocionales tanto en el trabajo con grupos de NNAJ como con sus familias. Pueden ser parte de programas de apoyo a padres, madres y tutores en los que se brinda apoyo a las niñas, niños y adolescentes para el aprendizaje de habilidades esenciales que les permita aprender o reforzar una mejor convivencia y respuesta ante situaciones que representen retos y desequilibrios en sus rutinas diarias.

c) **El módulo II “Atención en crisis”**, proporciona herramientas que favorezcan el apoyo psicosocial a personas que necesitan intervenciones más focalizadas.

d) **El módulo III “Manejo de experiencias traumáticas”**, brinda herramientas para un abordaje sensible al trauma y promueve el acompañamiento psicosocial sin hacer daño a personas que han vivido experiencias traumáticas.

e) **El módulo V “Autocuidado y prevención del desgaste emocional”**, brinda herramientas de autocuidado que promueven el bienestar de la persona acompañante, influyendo en que el acompañamiento sea de mayor calidad técnica y humana. Son herramientas funcionales independiente al tipo de acompañamiento que se realice.

### Etapas del Desarrollo con Actores Locales

En una primera etapa se diseñó cada uno de los cinco módulos de formación con sus guías metodológicas y ejercicios prácticos.

Se definió un perfil de entrada para seleccionar a los profesionales: diversos grupos de profesionales que realizan acciones psicosociales en los municipios. Esta selección se realiza en estrecha articulación con las instituciones participantes.



Ya realizada la selección idónea de participantes se procederá a desarrollar cada uno de los módulos de formación en talleres de 2 a 3 días de duración.

Durante el inicio del primer módulo se pasará un pretest utilizando la escala de Comportamientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre competencias relacionadas a los contenidos de los módulos de formación; la cual también se pasará al final del proceso como un post-test que permita ver el avance de cada participante. Además, se pasará una prueba de conocimientos al iniciar y finalizar cada módulo de formación, para tener una mirada del avance en conocimientos de los y las participantes en cada módulo.

Los módulos del II al V poseen un momento práctico en terreno llamado intermódulos, durante el cual cada participante deberá implementar las herramientas aprendidas durante el desarrollo del módulo presencial. Durante los intermódulos se les brindará acompañamiento y coaching por parte del programa.

Al finalizar todo el proceso de formación se realizará una selección de aquellos profesionales que se han destacado para convertirse en entrenadores (Training of Trainers, ToT) y recibir un módulo adicional en Educación popular y moderación de procesos que les permita tener mejores habilidades y herramientas para transferir los módulos acorde a sus necesidades institucionales o del municipio.

## Metodología

### 1. Metodología basada en evidencia

Existen intervenciones que han podido demostrar a través de evidencia que su implementación reduce los factores de riesgo asociados a la violencia o aumentan los resultados positivos. Esta evidencia puede encontrarse en sistematización de buenas prácticas o prácticas innovadoras. Por tanto, haciendo uso de esta información se puede plantear una metodología basada en evidencia que garantice la probabilidad de éxito de la intervención.

Para este manual, se presentan algunas metodologías participativas para la implementación de acciones psicosociales con niñez, adolescencia y juventud en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular, que han sido implementadas en Mesoamérica a lo largo del tiempo en el trabajo psicosocial con comunidades sobrevivientes del conflicto armado, violencia, población migrante y refugiada. Estas son consideradas como buenas prácticas de las organizaciones de la sociedad civil y de mucha relevancia por los resultados positivos que han sido documentados como producto de su implementación.

El proceso de formación de las y los participantes está planteado desde una metodología de tipo inductivo en tanto se basa en las experiencias y saberes de las y los profesionales, para desde allí co construir desde un diálogo de saberes generalidades conceptuales, herramientas y prácticas psicosociales validadas, pertinentes y contextualizadas a la realidad y a los casos que atienden en el día a día de su ejercicio profesional.

## Módulo 2: “Atención en Crisis”

### 1. Contextualización

A lo largo de la vida, las personas se enfrentan a diferentes eventos y/o sucesos que afectan de forma negativa el día a día. Tanto eventos relacionados a fenómenos sociales como la violencia social, intrafamiliar; o eventos

relacionados a situaciones económicas como desempleo, pérdida de bienes, robos; así como a fenómenos del ciclo de vida como pérdida de seres queridos por causas naturales o diagnóstico de enfermedades terminales.

Lo anterior puede generar crisis en algunas personas; sin embargo, para que esto suceda depende significativamente de la percepción que la persona o grupo tiene sobre lo sucedido. Es decir que estos factores o eventos externos no son determinantes, y el impacto que genere en la persona dependerá de la evaluación del evento y de las habilidades o capacidades que la persona considere que posee para responder a este.

Usualmente los términos crisis y trauma son usados como sinónimos, por lo que es importante comprender que cada uno posee sus particularidades. En este módulo, se abarcará el concepto de crisis desde aquellas situaciones o eventos que generan una emoción fuerte y/o desequilibrio emocional temporal según la percepción de cada persona. Mientras que el trauma está relacionado a tres factores específicos: la percepción del evento como algo gravemente negativo, sensación de falta de control frente a lo que ocurre y el carácter repentino e inesperado de la experiencia, dejando una herida emocional de forma permanente, cuya evolución y manejo inadecuado puede generar diversos trastornos psicológicos que pueden afectar seriamente la calidad de vida de quien lo experimenta.

Con relación a lo anterior, se debe entender como “atención en crisis”, a la primera atención que se brinda a las personas luego que han vivido un evento que ha generado un desequilibrio o desbalance emocional. Este tipo de atención cuenta con un enfoque modular que se basa en las evidencias observadas al momento del suceso, por lo que es importante una formación previa. Este tipo de atención debe ser brindada de la forma más integral posible, para niñas, niños, adolescentes, población LGBTI+, jóvenes, adultos y familias afectadas por un incidente crítico, considerando sus particularidades.

En general, nadie está exento de enfrentar experiencias causantes de crisis a lo largo de su vida, por tanto, es alta la probabilidad de que una persona brindando acompañamiento psicosocial sea confrontada con una persona que está en crisis. Por ello, es necesario capacitarse y conocer sobre cómo apoyar a personas en crisis de manera constructiva sin hacer daño, minimizando la posibilidad que se presenten secuelas psicológicas a largo plazo y potenciando los recursos personales y sociales con los cuales la persona cuenta, ayudándole a recuperar el equilibrio emocional y potenciar la capacidad de tomar decisiones.

## 2. Objetivos del Módulo 2

### Objetivos General

Las y los participantes fortalecen sus capacidades en la aplicación de técnicas en atención en crisis en situaciones de movilidad humana, vulnerabilidad, violencia y emergencias o crisis emocionales.

### Objetivos Específicos

- Las y los participantes comprenden la importancia del acompañamiento psicosocial en atención en crisis para los contextos de movilidad humana, vulnerabilidad, violencia y crisis emocionales.
- Las y los participantes saben reconocer situaciones que requieren la aplicación de herramientas para atención en crisis en contextos de movilidad humana, vulnerabilidad, violencia y crisis emocionales a nivel individual y grupal.
- Las y los participantes saben aplicar herramientas de atención en crisis en sus servicios con grupos vulnerables y/o retornados, así como con niñas, niños, adolescentes y jóvenes.



# Capítulo 1

Estrés, crisis y eventos potencialmente traumáticos

## Capítulo 1: Estrés, crisis y eventos potencialmente traumáticos

El estrés es considerado parte de las reacciones que los seres humanos presentan a diario en diferentes niveles, lo cual tiene relación con los eventos que se viven. Dependiendo del nivel e intensidad de estrés y la duración de este, puede clasificarse como estrés saludable (eustrés), que está relacionado a la energía extra que se experimenta para cumplir con metas o proyectos con fechas límites, o estrés no saludable (distrés), este último es al que se hará referencia en el **módulo 5** de autocuidado y desgaste profesional.

El distrés se manifiesta a través de diversas reacciones, principalmente fisiológicas como dolor de espalda, cabeza, y en el caso de las mujeres problemas con el ciclo menstrual. A nivel cognitivo puede generar problemas para prestar atención, concentrarse y resolver problemas. Emocionalmente, puede manifestarse a través de llanto, mal humor, tristeza, etc.

Las manifestaciones de este varían de una persona a otra. Durante una situación de crisis el nivel de estrés aumenta tan fuertemente, que excede las posibilidades de afrontamiento individuales.

La exposición a eventos generadores de crisis o situaciones potencialmente traumáticas muchas veces no lleva solamente a experimentar una crisis, sino influye en la perpetuación de **síntomas de estrés**. Para la reducción del impacto negativo de este a corto y largo plazo, se considera la atención en crisis como la herramienta especializada para ayudar a recuperar el equilibrio emocional a personas que han experimentado un evento percibido como grave o crítico.

Un evento potencialmente traumático puede llevar a experimentar una crisis, es decir que el evento genera impacto emocional negativo en la persona quien presenta diversas reacciones, las cuales con el tiempo o por la falta de atención oportuna, pueden convertirse en estrés postraumático.

Para que un evento sea considerado como traumático al igual que la crisis depende de la percepción subjetiva de la persona que lo vive, con la diferencia que deberá percibirlo como algo repentino, del cual no posee control y considerarlo como algo con una carga emocional notablemente negativa. (En el módulo 3 se profundizará sobre el concepto, tipos y abordaje del trauma).

Se debe considerar que las personas están expuestas a vivir un ciclo de situaciones significativas que pueden influir, marcar o determinar el rumbo de sus vidas. Sin embargo, no siempre entran en un estado de crisis. Esto depende mucho de los mecanismos de afrontamiento de la persona, la etapa evolutiva en la que se encuentra, sus redes de apoyo familiar y/o comunitario.

Tabla 2. Diferencia entre crisis y estrés

Crisis	Estrés
<p>Experimentar una reacción de crisis es la vivencia del estrés de muy alta intensidad siendo la reacción a un evento de vida severo, un desastre natural o humano con potencial traumático.</p> <p>La persona experimenta la sensación temporal de carecer de recursos internos o externos que le permitan responder a la situación desencadenante.</p>	<p>Se presenta a diario, inclusive en las actividades cotidianas que la persona realiza.</p> <p>Se considera que ciertos niveles de estrés favorecen el cumplimiento de objetivos y el desenvolvimiento adecuado en los diversos aspectos de la vida (Eustrés).</p> <p>Las reacciones de estrés pueden variar según la intensidad y duración. El estrés de baja intensidad no tiene que ser percibido como algo negativo.</p>

## 1. La presencia de crisis.

Una crisis puede ser definida como un estado temporal de trastorno y desorganización, fundamentalmente caracterizado por una falta de habilidad personal para afrontar una situación con los mecanismos habituales de solución de problemas (Slaikeu, 1990). Es decir que la situación que la persona experimenta sobrepasa sus capacidades, por lo que experimenta mayor tensión y ansiedad, limitando su capacidad para tomar decisiones.

De acuerdo con L. Rapoport en Slaikeu (1996), se han identificado tres condiciones que, asociadas entre sí, son capaces de provocar un **estado de crisis**: (a) un suceso imprevisto, (b) una conexión entre este evento y situaciones anteriores que ya habían generado conflicto en la persona, (c) enfrentar una situación desde una nueva perspectiva o haciendo uso de nuevos mecanismos de afrontamiento, lo cual requiere mayor esfuerzo para la persona que afronta el evento.

Se considera población particularmente vulnerable a niñas, niños, adolescentes y jóvenes, personas LGBTI+, personas con alguna discapacidad, personas indígenas y garífunas en el contexto centroamericano. Son diferentes las situaciones potencialmente traumáticas a las que están expuestos y que pueden provocar una crisis, por ejemplo, ser abusado/a físicamente, emocionalmente y/o sexualmente, así como ser testigos/a de otras situaciones de violencia como asesinatos, asaltos, peleas, desplazamiento forzado, etc.

Respecto a la migración irregular, existen diferentes situaciones en la ruta migratoria que pueden causar una crisis, como ser expuesto a hechos de violencia, trata de personas o a la captura por parte de las autoridades y el retorno al país de origen. Sin embargo, también pueden causar crisis el desarraigo del espacio donde una persona ha crecido y formado sus redes de apoyo, como la despedida de una persona cercana que migra. Además, desastres naturales como terremotos o huracanes también pueden resultar traumáticos para las personas que les están expuestas. Cabe resaltar que cualquiera de estas situaciones puede, pero no siempre causa una crisis en la persona que las experimenta.

## 2. Tipos de crisis.

Aunque las herramientas básicas de la Atención en Crisis se aplican en cualquier situación que ha generado un desequilibrio emocional, las circunstancias en cada una de ellas pueden variar, tanto en el individuo como en las variables que provocan los eventos, y así mismo la manera de abordarlas. Es por lo tanto necesario saber distinguir los diferentes tipos de crisis:

El “Modelo de intervención en crisis en situaciones de emergencias y crisis” del Ministerio de Salud de El Salvador (2006) considera dos tipos de crisis:

**Crisis del desarrollo o madurativas:** hace referencia al paso de una etapa del crecimiento o desarrollo hacia otra, ya que cada etapa presenta retos propios, a pesar de ser esperadas o saber de la existencia de estos eventos previamente; por ejemplo, el cambio de la niñez a la adolescencia, o el nacimiento de una hija/o para una pareja, etc.

**Crisis accidentales, circunstanciales o situacionales:** hace referencia a situaciones inesperadas, súbitas y originadas por factores ambientales específicos como desastres naturales, violencia, muerte, enfermedades, etc.

Aunque todas las personas se pueden ver expuestas y resultar afectadas de una manera u otra en diversas circunstancias, hay una variedad de reacciones y sentimientos que cada persona puede experimentar. Este tipo de reacciones y sentimientos pueden variar de persona a persona y de grupo a grupo.

Conocer los tipos de crisis y reacciones, le permite a la persona encargada de brindar acompañamiento a que la ayuda sea lo más respetuosa e integral posible. Por tanto, la persona encargada debe tener en cuenta dos aspectos que le indiquen si una persona está en crisis: (a) el hecho, es decir el evento padecido; y/o (b) la reacción que se evidencia al momento o luego del hecho.

## 3. Reacciones ante las crisis y grupos de vulnerabilidad

Conocer las reacciones que los diversos grupos presentan permitirá identificar las necesidades que puedan requerir, así como evitar juzgarles por estas o patologizarles.

Las personas pueden presentar diferentes reacciones ante una crisis. En su “Guía de atención paciente en crisis emocional”, la Universidad Industrial de Santander (2014) hace una agrupación en cinco grandes categorías:

1. Sentimientos de cansancio y agotamiento.
2. Sentimientos de desamparo (sentirse abandonado o abandonada).
3. Sentimientos de inadecuación (no sentirse cómoda o cómodo con la situación).
4. Sentimientos de confusión (luego del evento la persona no entiende que acaba de suceder ni cómo reaccionar ante el suceso).
5. Síntomas físicos (dolor de cabeza, sensación de desmayo, mareos, náuseas, etc.).

Las crisis tienen un impacto en el ser humano tanto a nivel emocional, como física y relacionamente, evidenciándose emociones y sentimientos no gratificantes y desbordantes, somatización de las emociones que interactúan con la forma de reaccionar ante la crisis y las formas de afrontamiento.

Estas reacciones pueden variar de una persona a otra tanto en la cantidad de reacciones como la intensidad que es presentada, y debido a esto recibir un abordaje inadecuado. Por ejemplo, hay personas que visualmente carecen de reacciones y dan la impresión de “estar bien” (conocido como crisis silenciosas), pasando desapercibidas para recibir la atención. O por el contrario considerar que la reacción no es relacionada al evento, como puede ser el caso de una persona que reacciona de forma agresiva con el personal que busca brindar apoyo, teniendo como respuesta medidas represivas (ver crisis agresivas, para más información).

Ante esto, es importante comprender que no existen reacciones anormales ante una crisis, sino reacciones normales ante situaciones anormales, la validación de estas juega un papel importante en la atención en crisis, que se tratará más adelante.

Como aspecto a considerar es probable que alguna persona presente ideas o intentos suicidas. Esto no debe pasarse por alto y debe darse la atención según lo indicado (**ver atención en crisis en situaciones de ideación e intento suicida, Herramienta 8-12**).

De igual manera es importante tener en cuenta que todas las personas tienen recursos y capacidades para poder afrontar desafíos que la vida presente. Sin embargo, algunas personas son particularmente vulnerables en situaciones críticas y pueden necesitar ayuda adicional. Esta vulnerabilidad puede estar relacionada a su edad como el caso de niñas/os pequeñas/os o personas mayores, estar relacionada a una condición de discapacidad, o por pertenecer a grupos marginales o expuestos a la violencia (OMS, 2012).

**Las reacciones individuales dependen de muchos factores, por lo que no se debe generalizar, entre ellos:**

- La naturaleza y gravedad del acontecimiento o acontecimientos que experimenta.
- Su experiencia con acontecimientos angustiantes anteriores.
- El apoyo de otras personas en su vida (redes de apoyo).
- Su salud física.
- Su historia personal y familiar de problemas de salud mental.
- Su cultura y tradiciones.
- Concepción del mundo y significado personal de la vida (está ligado en ocasiones a la parte espiritual).
- Su edad (por ejemplo, los niños de diferentes edades reaccionan de distinta manera).

A continuación, se presentan algunas de las reacciones que pueden presentar los diferentes grupos.

### **3.1 Reacciones en contextos de migración y movilidad:**

El fenómeno de la movilidad humana impacta de manera afectiva, emocional y social a la persona migrante y posiblemente también a su grupo familiar (véase Módulo 1). Existen distintos aspectos del ciclo de la

movilidad humana que implican eventos potencialmente traumáticos y que por ende pueden causar crisis. En general, personas migrantes pueden experimentar una serie de reacciones emocionales y sociales. La gravedad del impacto psicológico que éstas pueden tener depende del nivel de resiliencia y los mecanismos de afrontamiento de cada individuo. La persona que migra, puede experimentar: duda, miedo, ansiedad, sensación de ahogo, desorientación, miedo, confusión, inestabilidad, dolor, tristeza, pérdida, rabia, ansiedad, pánico, desesperanza, indignación, impotencia, confusión, culpa, inseguridad, desconfianza, incertidumbre, angustia, culpabilización, temor, silencio y aislamiento, entre otros (OIM, 2016).

Finalmente, la persona que decide migrar de manera irregular pero que es **retornada de forma obligada** en la gran mayoría de los casos, experimenta reacciones similares. Esto debido a que perciben la opción de emigrar como única salida ante situaciones de violencia o como mejora a su actual situación económica personal y familiar. Causando así sentimientos de frustración que puede conducir al aislamiento, la restricción de las redes de apoyo y el contacto con las personas de la comunidad, produciendo esto último un desarraigo de la persona con su entorno.

Niños, niñas y adolescentes pueden ser afectados de diferentes maneras: (a) la migración de la persona encargada del hogar (separación familiar), así como (b) la migración propia (salida, tránsito, llegada a un nuevo país) y en algunos casos (c) la deportación/ el retorno. En consecuencia, las niñas, niños y adolescentes migrantes pueden caracterizarse por altos niveles de vulnerabilidad, lo cual muchas veces afrontan con una madurez precoz.

Las niñas, niños y adolescentes, que se han tenido que separar de un adulto significativo (como de una madre o padre que ha migrado), son especialmente vulnerables a experimentar depresión, incertidumbre, frustración, aislamiento y sentimientos de fracaso, entre otros, por la separación y la pérdida ambigua.

A continuación, se presentan algunas de las reacciones que pueden presentar los diferentes grupos.

### 3.2 Reacciones en niñas/os y preadolescentes

Estas reacciones pueden tener una duración aproximada de hasta 4 semanas posterior al evento. Durante el evento, es probable que presenten llanto o agresividad, así como mostrarse ausentes. Sin embargo, las reacciones dependen de su desarrollo cognitivo y emocional, por lo que a continuación se desglosan según el grupo etario.

#### Grupo de niñas y niños de 0-3 años

##### Características de desarrollo

- Inicio de vínculos afectivos.
- Reconocimiento gradual de personas significativas.
- Dependencia física y emocional.
- Desarrollo inicial del lenguaje asociado a emociones, personas y objetos.
- Necesidad de seguridad, protección y estabilidad emocional suministrada por figuras significativas.

##### Reacciones esperables

- Problemas para dormir.
- Dificultades para alejarse del adulto referente.



- Problemas de alimentación, como apetito disminuido o aumentado.
- Tener alguna regresión en su conducta como “berrinches”, problemas para controlar la orina, etc.
- Aumento de los miedos.
- Hiperactividad y déficit de atención.
- Gritar más de lo normal.
- Pegar al adulto de referencia o retar constantemente la autoridad.
- Expresar palabras o frases de odio.
- No querer jugar ni hacer nada.
- Aparentar embotamiento afectivo.
- Llanto frecuente y/o intenso.

### Grupo de niñas y niños de 3-6 años

#### Características de desarrollo

- Pensamiento egocéntrico.
- Inventan historias.
- Interés por el mundo que les rodea.
- La concepción de la muerte es percibida como temporal y reversible, y está presente el pensamiento mágico.
- Comprensión de la realidad desde lo emocional.

#### Reacciones esperables

- Ante todo, es importante recordar que cada niño es diferente.
- Posterior al incidente crítico es probable que no entienda lo que sucede/ha sucedido, sin embargo, absorbe las emociones que percibe de personas significativas, como tristeza, rabia, miedo, etc, las cuales afectan su equilibrio emocional, generándose un círculo vicioso en tanto entre más estrés tenga el adulto más afectará a la niña o niño y a su vez ella o él reaccionarán con llanto, gritos, cambios de humor y eso puede generar estrés en el adulto responsable.
- Es probable que no hable, que no entienda el concepto de la muerte, en especial si es un tema que se mantiene como tabú entre la familia. Podría presentar miedo generalizado, sentirse inseguro, alteraciones de sueño y regresión en comportamientos ya adquiridos, por ejemplo, volver a orinar en su ropa o en la cama cuando ya lo controlaba.

### Grupo de niñas y niños de 9-12 años

#### Características de desarrollo

- Comprensión cognitiva similar a los adultos, por lo que no debe minimizarse sus capacidades y no se deben tratar como niñas/os pequeños.
- Época de cambios físicos y psíquicos.
- Aunque los cuidadores principales son importantes, sus grupos de pares (amigos) empiezan a tener mayor impacto en sus decisiones y percepciones.

- Dificultad para manejar las emociones.

#### **Reacciones esperables**

- Inicio de los conflictos intrafamiliares por las conductas opositoras de los adolescentes.
- Reacciones esperables
- Cambios conductuales: aislamiento, hiperactividad e irritabilidad.
- Comunicación difícil: los preadolescentes se comunican poco y mal con los adultos, tras un incidente este patrón se refuerza, y la comunicación importante es con el grupo de iguales.
- Irritabilidad e impulsividad: mal humor como expresión de tristeza, agresividad y posibles conductas de riesgo (prácticas sexuales, consumo de alcohol y drogas, conductas autoagresivas).
- Problemas en la adaptación escolar: dificultades de concentración y rendimiento, conductas disruptivas y absentismo.
- Cambios en las conductas basales: trastornos del sueño (problemas para conciliar el sueño o dormir demasiado), cambio en hábitos alimenticios y trastornos en la alimentación.

#### **Reacciones en adolescentes (12-17 años):**

##### **Características de desarrollo**

- Comprensión cognitiva similar a los adultos, por lo que no debe minimizarse sus capacidades y no se deben tratar como niñas /os pequeños.
- Época de cambios físicos y psíquicos.
- Aunque los cuidadores principales son importantes, sus grupos de pares (amigos) empiezan a tener mayor impacto en sus decisiones y percepciones.
- Dificultad para manejar las emociones.
- Inicio de los conflictos intrafamiliares por las conductas opositoras de los adolescentes.

Al momento de abordar a esta población no se debe infantilizar el trato. Uno de los aspectos principales al momento de brindar atención en crisis es no incomodar, por lo que no infantilizar (es decir no utilizar términos como mi niño, mi niña, llamar por el nombre en diminutivo como Juanito o Isabelita), es una de las pautas principales. No invada el espacio personal, en especial si hay sospecha de violencia sexual.

##### **Reacciones esperables:**

- Los adolescentes empiezan a sentir un fuerte sentido de responsabilidad por la familia y algunos ya son sosten de su familia.
- La culpa y la vergüenza son sentimientos comunes durante este período.
- A menudo sienten dolor intenso.
- Se sienten cohibidos o con culpa y vergüenza por no poder ayudar a los que salieron heridos (física o emocionalmente) y demuestran demasiada preocupación por las otras personas afectadas. Pueden volverse absortos en sí mismos, sentir autocompasión y experimentar cambios en sus relaciones con otras personas.

- Pueden empezar a correr riesgos, comportarse en forma autodestructiva, tener comportamientos elusivos y volverse agresivos.
- Pasan por cambios grandes en su manera de ver el mundo, acompañado por un sentimiento de desesperanza respecto al presente y el futuro. A menudo se vuelven desafiantes de las autoridades y sus padres, a la vez que empiezan a recurrir más a sus compañeros para socializar.

Es probable que por sus cambios emocionales relacionados a su desarrollo psicosexual alguna de estas reacciones sea confundidas y se minimice o malinterprete el malestar experimentando, postergando la atención necesaria.

### 3.3 Reacciones en personas que han vivido violencia sexual

La violencia sexual es un tema que puede generar vergüenza, miedo y resistencia en la persona sobreviviente al momento de solicitar ayuda. Por tanto, dichas reacciones en la persona (mujer, hombre, diverso) pueden dificultar la identificación de dicho evento. El miedo a la denuncia y las posibles complicaciones para su grupo familiar, como las amenazas por el victimario o victimaria, pueden retrasar la búsqueda de atención; así como el miedo de las personas a ser juzgadas y que se convierta en un tema de dominio público que le genere sentimiento de humillación en la persona que lo ha vivido.

Cuando la atención se brinda en las primeras 72 horas posteriores a la violación sexual, debe seguirse un protocolo específico, el cual debe ser informado a la persona (ver atención en crisis en casos de violencia sexual).

#### **Algunas reacciones generales pueden ser:**

- Mostrarse ausente, expresar el discurso con ausencia de carga emocional o brindando la impresión que narra experiencias de alguien más.
- Llanto constante.
- Miedo a estar sola/o.
- Aislamiento.
- Mostrarse en alerta constante (es decir atenta/o a todo lo que ocurre alrededor)
- Sentimiento y expresión de culpa.
- Rechazo a hablar del tema o a lo relacionado (evitación).
- Necesidad de lavarse constantemente, sensación de estar sucio/a.
- Cansancio.
- Apatía.
- Fluctuaciones del estado de ánimo.
- Tristeza.
- Agresividad.
- Desesperanza frente su proyecto de vida
- Desconfianza en las relaciones sociales

- Ansiedad
- Miedo a ser juzgada/o.

### **Consideraciones especiales para niñas y mujeres sobrevivientes**

Desde la cultura patriarcal se sustentan estigmatizaciones sociales soportadas por prejuicios e imaginarios sociales que estructuran relaciones de poder, sumisión y violencias contra las niñas y mujeres.

Estos prejuicios e imaginarios degradan la libertad, la dignidad de la mujer sobreviviente de violencia sexual, culpabilizándolas e incluso justificando el abuso y la violencia sexual, sometiéndolas a proceso de revictimización que inciden socialmente en que las mujeres denuncien menos este tipo de violencia y / o se sientan culpadas por lo sucedido.

Entre los ejemplos de estas afirmaciones que pretenden degradar la dignidad de la mujer y fortalecer patrones relacionales violentos, donde limitan su libertad y el reconocimiento de la violencia que es ejercida sobre ella, encontramos:

“le gusta vestirse provocativa...quien la manda a andar así por la calle”, “esas no son horas de andar por la calle, si hubiese estado en su casa no le hubiera pasado nada”, “es muy extrovertida y amable con los hombres...eso le pasa por ser tan coqueta” “pero si es el esposo, él tiene sus necesidades... la esposa debe ser complaciente con su esposo siempre”. Limitando así, desde estos prejuicios que sustentan el accionar social, el ejercicio del derecho a la libertad y de decidir sobre su sexualidad y poner límites o denunciar actos sexuales abusivos, violentos y no consensuados. Es así como la mujer para no someterse al juzgamiento social, muchas veces decide callar por miedo a los señalamientos y culpabilizaciones que podrían recaer sobre ella.

Igualmente, dado que algunas mujeres en sus procesos de socialización desde niñas han internalizado estos imaginarios y prejuicios sociales, ellas se dicen a sí mismas que esto es verdad, sintiendo vergüenza al hablar del hecho y justificando el accionar del agresor. Esta situación unida a la vulneración emocional que tiene un acto atroz de violencia, hace también que algunas mujeres no denuncien estos hechos. Por lo cual, la deconstrucción de estos imaginarios con el apoyo de la/el profesional será básico en su proceso de recuperación emocional.

Por ello, es fundamental que quien realiza acompañamiento psicosocial a mujeres sobrevivientes de violencia sexual independiente de su género, revise sus propios prejuicios e imaginarios sociales, y resignifique éstos si es necesario desde una mirada de equidad de género y ante todo el reconocimiento de la humanidad que debe garantizar un trato digno y en equidad rompiendo con las estigmatizaciones que puedan consolidar acciones con daño y revictimización hacia las mujeres, generando así un ambiente de confianza y apoyo.

### **Consideraciones especiales para niños y hombres sobrevivientes**

Desde la cultura patriarcal, se han designado a los hombres unos roles soportados en unos prejuicios e imaginarios sociales que viabilizan no sólo formas de expresión violenta en algunos, sino que les genera unas cargas que impactan en sus reacciones y formas de afrontamiento cuando son sobrevivientes de abuso y violencia sexual.

A los niños y hombres se les dificulta como sobrevivientes de violencia sexual, reconocer, hablar y denunciar el hecho victimizante, en tanto socialmente existen prejuicios e imaginarios sociales que vulneran su dignidad como seres humanos.

Encontramos por ejemplo que, si el victimario fue un hombre, en algunas ocasiones se tilda al abusado de “gay”, sin que necesariamente la persona se reconozca como homosexual, pronosticando incluso que todo hombre abusado por ser un hombre, si no es gay se convertirá en gay.

Igualmente, si el sobreviviente es abiertamente homosexual, eso no debería ser un factor de discriminación o justificación del acto atroz, donde en ocasiones se desvía más la atención a la identidad de género y orientación sexual del sobreviviente que a la vulneración en su dignidad humana, producto del mismo hecho victimizante, este tipo de creencias y afirmaciones son en sí un acto de revictimización, llevándoles una situación de vergüenza y miedo para hablar del acto de violencia, por miedo a ser estigmatizados.

Por otra parte, cuando un hombre es homosexual también se tiende a hipersexualizar su identidad, ejemplo de ello son afirmaciones como: “A los homosexuales sólo les importa el sexo...seguro quería... seguro le gustó (refiriéndose al abuso)”, desvirtuándose y justificándose así la agresión.

Cuando el abuso es perpetuado por una mujer, reconocerla como una victimaria y reconocerse a sí mismo como un sobreviviente, no es fácil, en tanto le ubica en una posición de vulneración y de pasividad, donde la mujer es la que tiene el poder, lo que fractura emocionalmente al hombre a razón de la cultura patriarcal en la que ha sido socializado y ha internalizado el discurso dominante del poder del hombre sobre la mujer, tanto en el nivel mental como emocional y social.

Es así que reconocerse como sobreviviente sería para el hombre como romper con esa creencia que desde niño se ha cimentado en él, ubicándole como un ser vulnerable, débil, dentro de los estereotipos sociales de lo masculino y lo femenino. Esa carga cultural es muy fuerte, dificultando la capacidad de reconocerse como sobreviviente, generando rechazo hacia sí mismo, vulneración en su autoestima, reacciones agresivas intentado compensar emocionalmente lo sucedido, al igual que desconfianza para hablar y denunciar esta violencia.

Todos estos prejuicios e imaginarios le colocan en una posición vulnerable tanto al ser atendido por un profesional hombre como por una mujer, ante cualquiera de ellos dos se puede sentir desdibujado como “hombre” “fuerte” “valiente”, por lo que es muy importante que el /la profesional tenga en cuenta estos estereotipos, los deconstruya en sí mismo/a, resignificándolos si es necesario para ser coherente en el acompañamiento psicosocial que realice desde un enfoque de género. Además, este proceso le permite ayudar al sobreviviente a deconstruir en nuevos lenguajes y significaciones todos estos prejuicios, por valores y roles en equidad que le dignifiquen, propiciando un espacio protector, de confianza y apoyo.

Para terminar, otro prejuicio e imaginario social que existe, es que el hombre sin importar la edad, tipo de relación o situación, debe aprovechar y gozar del sexo con todas las mujeres para demostrar su hombría, lo que impide que pueda decir no o poner límites en una relación sexual no consentida, de abuso y violencia sexual. Este prejuicio lleva al hombre a negar o a que se le dificulte reconocer el hecho victimizante y por ende denunciarlo.

Es importante que él o la profesional resignifique estos prejuicios y co-construya con el sobreviviente discursos y valores frente al derecho que tiene un hombre para poner límites, no gozar del sexo no consentido y para reconocer el abuso sexual y la violencia de la mujer que le ha abusado y violentado.

## Consideraciones especiales para personas LGBTI+:

La población LGBTI+ (Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales) constituye un grupo vulnerable, debido a los estigmas sociales entorno a su sexualidad y al rechazo que éste puede generar, lo que podría limitar la búsqueda de ayuda por miedo, sentimiento de culpa, vergüenza y falta de redes de apoyo que acompañen en el proceso.

Sobre lo anterior, es importante tener en cuenta que el abordaje con esta población no requiere hablar explícitamente sobre su sexualidad, ya que esto no debería incidir en la calidad y tipo de atención que se brinda. Solamente se requerirá abordar estos aspectos si la situación generadora de crisis está relacionada con aspectos médicos y/o que requieran atención relacionada, por ejemplo, el consumo de hormonas, prácticas sexuales de riesgo o inyección de aceite para el aumento de glúteos o busto, entre otros.

A su vez, se debe comprender que, aunque los procesos internos de aceptación de su identidad de género u orientación sexual pueden generar una crisis, muchas de las situaciones que generan crisis en esta población están relacionadas a las reacciones de su entorno con respecto a su identidad de género u orientación sexual. Por ejemplo, vivir situaciones de violencia extrema relacionadas a la homofobia y transfobia, recibir amenazas, o ser víctimas de asaltos y de violencia sexual en algunos casos proveniente de su propio grupo familiar o personas cercanas que buscan “volverlos verdaderos hombres o mujeres” incluso mediante las llamadas “terapias de conversión”, las cuales constituyen una violación de los derechos humanos.

Otros eventos que podrían generar crisis en esta población están relacionados al rechazo o falta de aceptación familiar y de amistades, ya que limita sus oportunidades laborales y de educación, y podría aumentar el riesgo de suicidio. Específicamente, en la ruta migratoria corren mayor riesgo de ser víctimas de la explotación sexual por el estigma relacionado a su sexualidad.



# Capítulo 2

Atención en crisis

## Capítulo 2: Atención en crisis

La **atención en crisis**, según El Proyecto Esfera (2011) y el Comité Permanente entre Organismos (2007), se describe como una respuesta de apoyo a otro ser humano que está sufriendo emocionalmente y que puede necesitar ayuda.

La intervención en crisis se realiza en dos etapas consecutivas.

- a. **Intervención de primer orden o atención en crisis:** se brinda de manera inmediata a las personas para restaurar su equilibrio y adaptación psicosocial. Por lo general es ofrecida por personal no especializado, y suele brindarse inmediatamente hasta 72 horas posterior al evento desencadenante de crisis. En este tipo de intervención se ahondará en este capítulo.
- b. **Intervención de segundo orden o terapia en crisis:** es una intervención especializada o profesional para emergencias de salud mental. Suele brindarse cuando las reacciones ante una crisis no se minimizan posterior a cuatro semanas luego del evento, o cuando las reacciones de la persona le ponen en riesgo a sí misma o a los demás.

Los objetivos específicos de la atención en crisis según la Universidad Autónoma de Barcelona (2012) y el Ministerio de Salud de El Salvador (2006) son:

- Detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento relacionado.
- Estabilizar a la persona y protegerle de estrés adicional, reduciendo la sensación de anormalidad o enfermedad (en ello juega un papel importante la psicoeducación).
- Evitar complicaciones adicionales como estrés postraumático.
- Restaurar el equilibrio emocional de la persona, favoreciendo la toma de decisiones.
- Facilitar u orientar la asistencia profesional médica o psicológica, en dado caso fuera necesaria.
- Potenciar las estrategias de afrontamiento.

Se considera que la atención en crisis ha sido satisfactoria cuando la persona se siente segura, las reacciones de la crisis han disminuido visiblemente, y se considera que la persona posee la fuerza física y psicológica para enfrentar la situación. En esto tienen un rol importante los recursos personales, la intensidad del suceso que ha generado crisis y los recursos sociales con los que se cuente (por ello es importante la calidad de atención en crisis que brinde la persona encargada de acompañamiento psicosocial).

### 1. ¿Quién, cuándo y dónde proporcionar Atención en Crisis?

La atención en crisis puede ser brindada por personas que hayan sido entrenadas para ello y que formen parte de los equipos y las organizaciones de respuesta en situaciones de emergencia o instituciones que brindan un servicio público. La atención en crisis solo se brindará en el periodo de 72 horas luego del evento ocurrido, posterior a ello se recomienda hacer uso de otro tipo de herramientas que permitan abordar el evento que ha generado el malestar emocional, y dependiendo de la intensidad o afección a la calidad de vida de la persona, es recomendable referir a atención psicológica especializada.



La persona encargada de brindar atención en crisis debe considerar brindar un entorno protector, entendido éste como un espacio afable, tranquilo, seguro, donde los lenguajes verbales y no verbales puedan fluir en un ambiente cálido, empático, respetuoso en cuanto sus derechos y su dignidad humana.

Para garantizar un entorno protector a NNAJ y sus familias es importante que la o el profesional realice la atención en crisis desde un lenguaje no técnico, en un tono de calma no invasivo, que valide de forma respetuosa las emociones, discursos y creencias de las personas que se atienden, en un espacio lo suficientemente seguro para poder hacerlo. Entornos protectores también son aquellos en donde exista cierta privacidad para hablar con la persona cuando se considere oportuno. La privacidad es esencial para la confidencialidad y el respeto de la dignidad de la persona.

## 2. ¿Cómo brindar la atención en crisis?

A continuación, se presenta un procedimiento recomendado para brindar atención en crisis, este debe ser adaptado a las particularidades el grupo o persona que será atendida:

Tabla 3. Como brindar atención en crisis.

Hacer contacto psicológico	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer rapport (generar un ambiente de confianza).</li> <li>• Hacer sentir a la persona que es escuchada, comprendida, aceptada y apoyada.</li> <li>• Permitirle que hable en una atmosfera de cordialidad, para que exprese su angustia, temor, cólera y otras emociones ligadas al evento.</li> <li>• Ayudar a comprender los diferentes factores y emociones que surgen producto de la situación desencadenante el acto.</li> <li>• Estar atento a hechos y sentimientos, así como resignificarlos cuando sea necesario, por ejemplo, culpase a sí mismas/os por un evento específico.</li> </ul>
Qué hacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar cuidadosamente.</li> <li>• Comunicar aceptación sin juzgar.</li> <li>• Aceptar y comprender los hechos y los sentimientos que la persona experimenta, dese su perspectiva.</li> <li>• Ayudar a deconstruir prejuicios e imaginarios sociales que le vulneran y colocan en una posición pasiva, de culpabilización o justificación de diferentes formas de violencia.</li> <li>• Resignificar las emociones y situaciones en el lenguaje y formas de hacer, que les empodere en formas de afrontamiento que generen bienestar integral a la persona.</li> <li>• Establecer y facilitar la comunicación entre las personas en crisis.</li> </ul>
Qué no hacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar su propia historia. “A mí también me paso eso...” “Si yo fuera usted...”</li> <li>• Ignorar hechos o sentimientos. Por ejemplo, minimizar que la persona exprese que desea morir o que esa situación le recuerda un evento previo de violencia. Obviar o ignorar información relevante para el acompañamiento, que no quedó claro.</li> <li>• Juzgar o tomar partido, es importante la ecuanimidad, esto puede suceder en temas de violencia intrafamiliar, no se debe juzgar a quien se encuentra en el círculo de la violencia, acusándole de no quererse, ni de justificar acciones de violencia por ninguna de las partes. Hay que diferenciar entre validar las emociones que pueden ser de rabia, dolor, tristeza etc., más no validar acciones de violencia, al contrario, ayudar a las personas a que puedan afrontar las situaciones desde alternativas no violentas. etc.</li> <li>• Indagar de más sobre el evento o vida de la persona que se atiende, es decir indagar innecesariamente sobre información que no aporta ni es relevante para atender la crisis.</li> </ul>

### Examinar las posibles soluciones

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar lo que ha intentado hacer hasta ahora, con el objetivo de identificar recursos personales como resiliencia.</li> <li>• Explorar lo que puede o pudo hacer, con el objetivo que la persona se involucre activamente y pueda tomar decisiones por sí misma.</li> <li>• Identificar una o más soluciones o necesidades inmediatas, quien brinda la atención puede brindar información sobre estas.</li> </ul>
Qué hacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular la iniciativa y creatividad a través de técnicas de externalización del problema que permiten distanciarse de la situación y encontrar posibles significaciones/y/o soluciones a éste. Por ejemplo, preguntar ¿qué recomendaría él o ella a otra persona que viviera la misma situación?</li> <li>• Abordar directamente el problema. ¿Qué está pasando?</li> <li>• Explorar y distinguir afectaciones psicosociales y establecer prioridades para la atención de cada una.</li> <li>• Definir los alcances del apoyo y las afectaciones psicosociales que se pueden apoyar desde la o el profesional que acompaña.</li> <li>• Ayudar a que el individuo y la familia perciban concretamente la situación (suceso, significado y posibles resultados) desde una mirada sistémica, es decir, ayudando a comprender todos los factores internos y externos que aportan a la situación.</li> <li>• Resignificar el problema desde una mirada posibilitadora de cambio y afrontamiento que redunde en el bienestar de la persona.</li> </ul>
Qué no hacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir la valoración limitada del problema.</li> <li>• Dejar obstáculos sin explorar.</li> <li>• Generar expectativas de atención a todas las necesidades de la persona, aun cuando están fuera del alcance de la intervención</li> <li>• No priorizar las afectaciones psicosociales y/o necesidades de la persona queriendo dar respuesta todas al mismo tiempo.</li> </ul>

### Ayudar a tomar una acción concreta

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el riesgo de mortalidad es baja y es capaz de actuar en su propio beneficio, tomar una actitud facilitadora.</li> <li>• Si el riesgo de mortalidad es alto (revisar atención en crisis en la conducta suicida) o no es capaz de actuar en su propio beneficio tomar una actitud directiva, es decir que la persona que brinda la atención debe proponer sin imponer.</li> </ul>
Qué hacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar una sola medida.</li> <li>• Establecer objetivos a corto plazo y metas alcanzables (para ello es importante conocer los recursos personales y sociales).</li> <li>• Resignificar cuando es necesario, en especial relacionado a la culpa.</li> <li>• Ser directivo solo en casos especiales, se debe partir de lo que la persona requiere.</li> <li>• Ofrecer ayuda instrumental si amerita (ropa, comida, albergue, etc.)</li> <li>• Si se siente desbordada/o emocionalmente para actuar frente a la crisis de la persona, buscar apoyo de un colega y ser sincera/o frente al apoyo que necesita.</li> </ul>
Qué no hacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intentar resolver todo, desde una mirada asistencial y sin definir límites de la acción.</li> <li>• Tomar decisiones de largo plazo.</li> <li>• No tomar responsabilidades cuando sea necesario.</li> <li>• Quedarse inmóvil y/o evadir realizar acciones por miedo.</li> </ul>

## Seguimiento

### Objetivos

- Explorar procedimientos de seguimiento.
- Establecer el contrato para recontacto, en caso ser necesario.
- Identificar si quiere o requiere terapia en crisis (por personal especializado), y referirle al lugar idóneo.

### Qué hacer

- Evaluar etapas de acción.
- Asegurar la retroalimentación de:
  - Redes de apoyo.
  - Reducir riesgo de mortalidad, conectar o proporcionar enlaces con otros recursos de ayuda.
  - Conectar o proporcionar enlaces con otros recursos de ayuda.

### Qué no hacer

- Suponer que la persona continuara el plan bajo su propia responsabilidad, según se considere necesario debe apoyarse de redes de apoyo como familia, amigos, miembros de la comunidad, compañeros de trabajo, etc.
- Dejar la evaluación y seguimiento del caso a de otra persona, es importante que quien inicia el proceso debe finalizarlo.

**Nota:** Adaptación de Modelo de Intervención en crisis en situaciones de emergencias y desastres, Ministerio de Salud de El Salvador, 2006, p. 14.

### 3. Aspectos a tomar en cuenta en la atención en crisis:

Algunos de los aspectos que se mencionan a continuación deben ser adaptados a las circunstancias que el evento o suceso presente.

**Confidencialidad:** Hace referencia a mantener la discreción sobre la información obtenida al brindar la atención en crisis. Esta únicamente debe ser rota en situaciones donde se considere que la persona puede atender contra su vida o la de alguien más, así como casos de violencia sexual en niños, niñas y adolescentes. Personas adultas tienen derecho a la no denuncia, y es un proceso que ellos/as deben realizar de forma personal con el apoyo e información necesaria.

**Identificación Institucional:** Es importante que la persona que brinda atención en crisis se encuentre identificada con vestuario que permita visualizar que es un agente de socorro y la misión es brindar ayuda. Por ejemplo, si alguien trabaja en un centro de salud, debe procurar que el vestuario sea visible con respecto a la identificación del centro de salud. Si perteneciera a una institución local, de igual manera el uso de chalecos, gorras y/o gafetes que permitan a las personas identificar la labor. En lo posible, siempre tener un carnet o documento de identificación que le acredite como profesional de la institución para la que trabaja.

**Idioma:** Si se brinda atención en crisis en una región o comunidad diferente a la propia, se recomienda no usar modismos o palabras que puedan tener un significado diferente en el lugar donde se presta la atención. Esto permitirá evitar confusiones y concederá una mejor comunicación para la atención en crisis. (Por ejemplo, en zonas donde se encuentran comunidades indígenas o si se busca atender a personas con una discapacidad que dificulte la comunicación verbal se requiere de una intérprete o traductora de confianza que esté entrenada para realizar interpretaciones en atención en crisis, sino trabajar previamente con una red de traductores/as para situaciones específicas).

**Sexo, género y edad:** Si la atención en crisis será brindada a una persona de sexo opuesto (hombre a mujer o viceversa), se debe asegurar primero que la otra persona está de acuerdo en recibir la atención. De igual manera tomar en consideración la edad, ya que se debe evitar generar limitantes, ya sea para niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Por ejemplo, la inclusión de la familia al momento de brindar acompañamiento a niñas y niños, asegurando conectar emocionalmente y utilizar un lenguaje entendible, si se pretende abordar a NNJ y lograr así un entendimiento del consentimiento informado.

**Contacto y comportamiento:** Se debe mantener la atención en la distancia corporal y evitar el uso de abrazos, besos en la frente o manos, caricias como muestra de consuelo o incluso el dar una palmada en la espalda de la persona. Así se evita generar confusión o incomodidad hacia la víctima. También la ubicación de la silla es otro aspecto a tomar en cuenta. Si se está dando atención a una persona adulta se debe procurar cuidar la distancia y la silla en diagonal, no de frente ya que la persona lo podría considerar como invasión a su espacio; con niños y niñas procurar ubicarse a la misma altura que ellos, para que su mirada y su cuerpo esté al mismo nivel, siempre teniendo cuidado de la distancia. Mostrar un comportamiento profesional, pero accesible. Si está en la posibilidad, procurar estar informado sobre la situación que ha pasado y así evitar la revictimización.

**Creencias y religión:** Al momento de brindar atención en crisis, quien brinda la atención debe evitar involucrar temas sobre creencias o religión, así como evitar utilizar frases sobre creencias o religiones que encaminen a justificar la situación con una connotación divina. Sin embargo, si la persona desea rezar o realizar algún acto relacionado a sus creencias religiosas o espirituales, debe brindarse el espacio y no juzgarle o limitarle.

Todas las acciones de acompañamiento deben considerar reducir al mínimo el riesgo de daño, analizando constantemente cómo interactúan y el contexto en donde se realizan, mitigando los impactos negativos de las intervenciones que pudieran agudizar las problemáticas de las personas o colectivos que se acompañan. Para ello es necesario tomar en cuenta el principio de no revictimización, consentimiento informado y comunicación horizontal.

Estas consideraciones sirven de orientación para evitar causar mayores daños a la persona, para proporcionar el mejor cuidado posible y para actuar únicamente en su interés (OMS, 2012).

A continuación, se presentan las pautas básicas durante y posterior a brindar atención en crisis.

Tabla 4. Pautas básicas al momento de brindar atención en crisis

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sea honrado, prudente y digno de confianza, teniendo en cuenta la cultura, edad y género de la persona.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No pida a la persona dinero o favores a cambio de ayudarlo, ni juzgue a la persona por sus acciones o sentimientos.</li> <li>• No se aproveche de su relación como persona que brinda una ayuda.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respete el derecho de la gente a tomar sus propias decisiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No haga falsas promesas o provea información no contrastada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sea consciente de sus propios prejuicios, preferencias y manténgalos al margen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No juzgue a la persona por sus acciones o sentimientos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregunte a la persona si quiere un vaso con agua, una silla para sentarse o simplemente tener el acompañamiento del personal de atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No obligue a una persona a que acepte el acompañamiento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deje claro a la gente que incluso si rechazan la ayuda ahora, podrá recibirla en el futuro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No insista en aprovechar la ayuda en este momento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respete la privacidad y mantenga la historia de la persona confidencial, salvo necesidad de remitir a la persona para que reciba atención médica o psicológica y que exista un riesgo a la integridad física y psicológica propia o de las demás personas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No comparta la historia de una persona con otras personas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sea flexible con el ritmo del relato de la persona y lo que quiera compartirle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No presione a la gente para que le cuente su historia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconozca sus capacidades personales y técnicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No exagere sus habilidades.</li> </ul>

**Personas que necesitan mayor apoyo experto inmediato:**

1. Personas con lesiones graves que ponen en riesgo la vida y que necesiten atención médica urgente.
2. Personas que están tan alteradas que no pueden ocuparse de sí mismas o de sus hijas e hijos.
3. Personas que pueden hacerse daño a sí mismas o que pueden hacer daño a otros.

**4. Principios de acción para brindar la atención en crisis**

La OMS (2012), considera tres principios básicos de actuación para la atención en crisis, que permitirán cumplir con los objetivos previamente mencionados, a su vez sirven de orientación a la hora de contemplar y adentrarse a una situación de crisis, acercarse a las personas afectadas, entender sus necesidades y a ponerles en contacto con apoyo e información prácticos.

Los tres principios básicos de actuación para la atención en crisis con base al Manual de atención en crisis de la OMS (2012) son **observar, escuchar y conectar**.

**4.1 Observar**

Observar es uno de los principios más relevantes para la atención en crisis, ya que junto con la escucha activa permitirá identificar y priorizar necesidades que la persona requiere. Dejarse llevar por los instintos o el “sentido común”, sin valorar adecuadamente la situación, puede generar daño.

En casos de desastres naturales o accidentes, observar alrededor puede ayudar a salvaguardar la vida propia y de las personas que se encuentran afectadas por el evento, ya que deben observarse zonas de riesgo y zonas seguras, así como en situaciones de guerra o conflictos armados. De igual manera se debe observar si alguien requiere atención médica inmediata o solventar necesidades básicas como alimentación, abrigo o uso de sanitarios.

Observar permite identificar las reacciones que las personas están presentando e identificar algunas herramientas que pueden ser de utilidad para reducir la intensidad según se considere necesario. En casos de atención grupal permite identificar si alguien requiere atención especializada, como puede ser el caso de quien presente indicadores de ideación o intento suicida, alguien que posea antecedentes psiquiátricos, o personas que pueden ser marginadas por su apariencia física, discapacidad o por pertenecer a grupos vulnerables como niños pequeños o personas mayores; así como aquellas que pueden ser marginadas o rechazadas por las particularidades de sus reacciones, como una crisis silenciosa o agresiva.

**4.2 Escuchar**

La importancia de la escucha activa radica en evitar que quien brinda la atención en crisis sobreponga sus prejuicios a lo que la persona necesita, así como a evitar tomar decisiones por los demás.

Algunas técnicas, como las pautas de escucha activan y responsable (Módulo 1) están descritas en la **Tabla 5**.

Algunas consideraciones específicas de la escucha en atención de crisis son:

- Dirigirse a las personas que puedan necesitar ayuda, presentarse por nombre y organización, respetuosamente ofrecer los servicios (según la institución y puesto, brindar la información necesaria sobre cuál es el rol como agente de atención).
- Buscar un lugar que ofrezca privacidad, pero asegurando que la persona haya dado su consentimiento para recibir la atención.
- Escuchar con los oídos, los ojos y el corazón: atención genuina, escucha activa, interés y respeto.
- Procurar hacer sentir a las personas a salvo (ante peligros físicos, agresores/ agresoras, entre otros).
- Preguntar qué les preocupa y qué necesitan (no asumir o darlo por hecho).
- Ayudarles a tranquilizarse y a contactar con la realidad en caso de desconexión (Ver Herramienta 2, Herramienta 22 y Herramienta 23).

**Tabla 5. Actitudes en la escucha responsable**

Actitudes positivas de la escucha responsable	Actitudes negativas de la escucha responsable
<p>Se debe mostrar interés con la postura corporal, expresión, gestos, etc. Prestar atención con la mirada.</p> <p>Si la persona empeora (llanto, temblor, rabieta, bostezos), hacer ejercicios de respiración que ayuden a regular sus emociones.</p>	<p>Interrumpir a la persona cuando ocurra algo inesperado (llanto, temblor, rabieta, bostezos).</p> <p>Estar pendiente del celular u otros objetos o personas del alrededor.</p>
<p>Las preguntas deben ser precisas y claras, con indicaciones que ayuden a la persona a expresarse.</p>	<p>Decirle el comportamiento que debería de mostrar (no llore hombre, no se enoje por eso, está cansado, etc.).</p> <p>Hacer preguntas capciosas o sugestivas (por ejemplo, “no quería golpearlo, ¿verdad?”).</p>
<p>Mostrar agrado y gusto por escucharle.</p>	<p>Aconsejar o dar soluciones, ver el reloj, revisar su celular, tener la mirada en otra cosa como la ventana.</p>
<p>Mostrar respeto por la persona, sin importar que crea o piense. Todo lo que tiene que decir es digno de respeto.</p>	<p>Interpretar ( “Lo que a usted le pasa es...”).</p> <p>Mostrar indignación, desprecio o asco por lo que la persona relata.</p>

Mostrar aprecio, valorando su decisión de compartir su testimonio.	Hacerle razonar ( “No se da cuenta de que...”). Darle o no la razón.
Asegurar que la persona hizo lo mejor que pudo en las condiciones en la que se encontraba (combatir la culpa). Haga uso del parafraseo para demostrar a la persona que está prestando atención, utilice frases de su relato para hacer preguntas o comentarios.	Analizar, intelectualizar, juzgar, criticar, dar nuestra opinión. Mostrarle lástima o desprecio, restarle importancia a sus experiencias y a sus temores (“No se preocupe por eso, no tenga pena, eso no es nada”), ni hacer apelaciones emocionales (“No se sienta culpable”).
Ser solidario y empático, pero cuidando de no involucrarse emocionalmente. Mantener contacto visual.	Contarle cosas parecidas que le han ocurrido. Afectarse por la impresión de la situación que cuenta. Invadir el espacio personal y emocional.
Si la persona lo permite, anímela a identificar en su red de apoyo a personas que le puedan ayudar.	Contarles a otras personas lo que le compartió (no respetar la confidencialidad). Asumir actitudes paternalistas (“Yo lo resuelvo, tengo amigos que pueden...”).

**Nota:** Adaptado de “Técnicas de escucha responsable. Guía para el facilitador y promotor de salud mental comunitaria” por Equipo de estudios comunitarios y acción psicosocial, 2004.

### 4.3 Conectar

Parte de la atención en crisis consiste en ayudar a la persona a recuperar el equilibrio, este puede generarse haciendo uso de sus redes de apoyo, conectando con seres querido que pueden brindar seguridad emocional, así como orientando o conectando con organizaciones o instituciones que pueden apoyar según el evento causante de crisis.

En otras circunstancias el brindar información verídica y de forma adecuada ayuda a la persona a poder tomar decisiones. Aquí juega un papel importante la psicoeducación que permita a la persona comprender mejor lo que ocurre a nivel emocional, cognitivo y conductual.

Es importante que quien brinda la atención mantenga la calma y demuestre comprensión. Esto puede ayudar a que la persona angustiada se sienta más segura y a salvo, comprendida, respetada y atendida de forma apropiada.



Es preciso no hablar demasiado y dejar lugar para el silencio. Mantener el silencio durante un rato puede dar a la persona el espacio y el valor necesario para compartir su historia. Sin embargo, será la persona quién decida lo que compartirá de su historia, y por tanto evitar ahondar en detalles innecesarios que pueden causar revictimización. Todas las preguntas que se hacen, deben tener como propósito recoger la información necesaria para apoyar en el momento.

Cuando se habla de detalles innecesarios, se refiere a aquellos que no son relevantes para realizar la atención en crisis o no van a ser intervenidos desde una atención en primer o segundo orden de atención en crisis, por ejemplo, en un caso de violencia sexual no es adecuado preguntar: ¿Cuándo te estaba tocando, qué pensaste, qué hiciste? e indagar en detalles sobre el suceso que la persona no ha dicho espontáneamente y que no son relevantes para el acompañamiento. En vez de estabilizar emocionalmente a la persona, puede exacerbar la crisis.

La comunicación adecuada se brinda teniendo en cuenta la cultura, la edad, el género, las costumbres y la religión de la persona. Se debe evitar el utilizar lenguaje técnico, y favorecer un lenguaje sencillo que permita transmitir las ideas de forma clara y concreta.

Para tener buena comunicación, es importante prestar cuidado no sólo a las palabras sino también a su lenguaje corporal (expresiones faciales, el contacto visual, los gestos y la posición junto a la persona, ya sea sentado o de pie).

## 5. Lenguaje Verbal y No Verbal

Siempre que las personas brinden atención en crisis deben procurar estar vigilantes de su lenguaje verbal y no verbal. El lenguaje verbal se refiere a las palabras, los modismos e incluso el hilo de comunicación que se puede entablar con la persona atendida.

Se debe prestar atención al tipo de lenguaje y con qué grupo o persona se trabajará, ya que el lenguaje implementado debe ser adaptado para trabajar con niños, niñas, adolescentes y jóvenes, buscando garantizar que la atención en crisis sea brindada de manera exitosa. Al momento de trabajar con **niñas y niños** el lenguaje debe ser claro y sencillo, sin usar términos técnicos ni realizar preguntas que causen confusión a la persona, procurando el uso de preguntas cortas.

Con **adolescentes y jóvenes** procurar no infantilizar el trato (es decir no utilizar términos como mi niño, mi niña, llamar por el nombre en diminutivo como Juanito o Isabelita), evitando emplear un lenguaje que les haga sentir como niñas o niños de menor edad. Además, es importante procurar dirigirse siempre con respeto a la privacidad y sin forzar las respuestas que la persona quiera brindar.

Respecto al **lenguaje no verbal**, se refiere a la postura, expresión facial y forma de utilizar el cuerpo para expresar una idea, opinión o interrogante. Al momento de mantener una conversación con la persona que está acompañando, esté vigilante sobre su postura corporal.

Un ejemplo es el cruzar los brazos al nivel del pecho en el momento que se conversa con una persona, ya que esto puede ser percibido como señal de desinterés, superioridad o indiferencia. Es necesario estar vigilante

sobre la expresión facial al momento de brindar la atención. Las personas que se encuentran experimentando la crisis no deben percibir una expresión fácil o un gesto que transmita desaprobación o juicio sobre la forma de reaccionar de la persona. Al momento de atender este tipo de casos, se debe guardar la distancia, procurar no tener contacto físico ni muestras físicas de consuelo, tratar que la espalda se mantenga recta, ubicar los pies rectos en el suelo, no entrelazar los dedos y procurar tener las manos sueltas.

Siempre que se produce una crisis, lo normal es que entre la población afectada se encuentren personas de diferentes culturas, incluyendo minorías u otros grupos con riesgo de mayor vulnerabilidad. Los rasgos individuales y patrones culturales determinan cómo se relacionan, lo que la sociedad acepta que se puede decir y hacer y lo que no.

Por ejemplo, en la cultura latinoamericana se tiene el concepto que un hombre no exprese su malestar o sentimientos respecto a una situación, al contrario de una mujer que puede expresar sus emociones, si se siente triste, enojada, alegre, etc. Lo importante es tomar en cuenta las distintas reacciones y ofrecer la ayuda de la forma más adecuada y cómoda para quien se va a apoyar, ya que cada situación de crisis es única. Por ello la importancia de brindar esta atención a las personas afectadas, tomando muy en cuenta siempre lo siguiente:

- Creer en la persona (no juzgue si el relato de la persona es creíble o no).
- Actuar con cautela (respete la privacidad emocional de la persona).
- No juzgar.
- No culpar.
- No causar que la persona recuerde de manera continua su evento generador de crisis o estrés.

Al momento de finalizar con la atención en crisis, debe asegurarse que la retirada sea pausada y gradual, explicando a la persona que se está marchando, brindar la información sobre cuáles instituciones y/o personas le pueden brindar acompañamiento y donde acudir en caso de requerir ayuda (OMS, 2012).

## 6. Derivación y atención en crisis

Una de las interrogantes principales que realiza el personal que brinda atención en crisis es: ¿cuándo se deriva?

Para ello debe haberse brindado previamente:

1. Suficiente tiempo y contención emocional.
2. Información sobre lo sucedido.
3. Datos sobre la situación de sus seres queridos y de otros que han sido afectados.
4. Ha logrado identificar apoyos en su vida, como amistades y parientes, que puedan ayudarles en la situación en la que se encuentran.
5. Ha reafirmado su capacidad para hacer frente a la situación actual y aplicación de estrategias de respuesta positivas para evitar las negativas.

Si la persona no se tranquiliza, no logra un equilibrio emocional y sus reacciones se mantienen de manera evidente

y continúa siendo un riesgo para sí misma y los demás, entonces refiera a un profesional de la salud mental.

Debe estar vigilante desde un primer momento de las reacciones físicas y emocionales de la persona respecto a la situación experimentada.

- Si se identifican diálogos que llevan implícito conductas autolíticas o suicidas, por ejemplo: “Me quiero morir”, “ya no tengo nada que perder” o “ya la vida no vale nada mejor morir”, se deben aplicar los conocimientos adquiridos (ver Atención en crisis en conductas autolesivas, parasuicidas y suicidas). Si quien atiende siente que la situación sobrepasa sus capacidades, deberá referir inmediatamente a un/a profesional de la salud mental, el cual deberá responder a este tipo de diálogo de la manera más adecuada.
- Si al finalizar la atención en crisis se observa que la persona no es capaz de autorregularse, llora de manera descontrolada, se desmaya, grita, lanza objetos, golpea los objetos a su alrededor y/o las personas, se debe referir de manera inmediata a un/a profesional de la salud mental, el cual deberá responder a este tipo de conducta de la manera más adecuada.
- Si se es un/a profesional de la salud mental, debe procurar brindar el acompañamiento de manera gradual y bajo consentimiento de la persona. Si la persona no desea la ayuda se puede referir con otro profesional o institución. El primer contacto es vital para monitorear el estado emocional de la persona e identificar las herramientas emocionales y redes de apoyo.

Como última recomendación, si la persona encargada de brindar la atención en crisis se encuentra emocionalmente o físicamente afectada por el evento, deberá buscar asesoramiento o notificarlo inmediatamente, ya que puede verse afectada por sus experiencias durante una crisis, o bien puede verse involucrado directamente en los acontecimientos. Es importante prestar una atención especial al propio bienestar y asegurarse de que se es capaz, física y emocionalmente, de ayudar a otras personas. Cuidarse para poder ocuparse de los demás en condiciones adecuadas. Si se es miembro de un equipo, debe velarse también del bienestar de sus compañeras (OMS, 2012).

## 7. Algunos elementos específicos a considerar son:

- Resolver necesidades básicas como salud, refugio, alimentación, agua, implementos aseo y alimentación.
- Ayudar a aclarar necesidades, prioridades y redes de apoyo.
- Brindar información clara y práctica para cubrir necesidades.
- Comprender lo ocurrido (catástrofes/eventos masivos).
- Favorecer la toma de decisiones a través del empoderamiento personal.
- Contactar con familiares y otras redes de apoyo.
- Fomentar los recursos de afrontamiento que le fueron útiles en el pasado y evitar las estrategias de respuestas negativas (no dormir/descansar/comer, aislarse, consumir sustancias, violencia).
- Cuidar las creencias religiosas/espirituales/tradicionales (respetar y no imponer creencias ajenas).

Uno de los principales retos de la persona encargada de brindar atención en crisis es asegurarse de no generar un confrontamiento que la persona no desee, ni abrir procesos emocionales que luego no puedan cerrarse. Por lo cual cada persona es responsable de conocer los pasos para brindar atención en crisis, pero también los lineamientos correspondientes a su institución de trabajo con respecto a qué y cómo dar la atención.

## 8. Consideraciones especiales de la atención en crisis:

Como se ha mencionado previamente, las personas reaccionan de diversas formas ante una crisis. Esta diversidad de reacciones puede dificultar la atención oportuna, en especial cuando la persona no aparece agitada o afectada, o cuando se observa agresividad lo que puede generar la respuesta contraria por parte de quienes brindan la atención.

A continuación, se describen algunas consideraciones a tener en cuenta en estas situaciones.

### 8.1 Mujeres

Luego de una situación de crisis cuando se brinda el acompañamiento, se debe asegurar el papel como agente de cuidado, aclarar el rol, prestar la atención y asegurar si la persona se encuentra bien (las responsabilidades de acompañamiento podrán variar según los mandatos institucionales de cada persona en su lugar de trabajo). Al trabajar con la población de mujeres se debe tomar en cuenta que este grupo es expuesto a la vulneración de derechos (mayormente por la población de hombres, pero también en casos por mujeres), por lo cual antes de tener un primer acercamiento se puede monitorear si la persona está de acuerdo con recibir la ayuda (sea por parte de un hombre o mujer) o si prefiere ser atendida por el otro género.

### 8.2 Población LGBTI+

La población LGBTI+ es otro grupo expuesto a la vulneración de derechos, por lo cual es fundamental ofrecer un trato digno y respetuoso; dirigirse a la persona por el nombre o como es conocida como le gustaría ser llamada (se recomienda que los formatos de registro consideren la inclusión de esto); y brindar la información necesaria sobre la atención médica y/o psicológica.

De igual forma, antes de tener un primer acercamiento se puede monitorear si la persona está de acuerdo con recibir la ayuda (sea por parte de un hombre o mujer) para así luego comenzar el proceso de acompañamiento. La mejor herramienta es la auto reflexión que cuestione los propios prejuicios, temores y dudas.

Es importante prestar atención con esta población a indicadores de ideación o conducta suicida, ya que estudios demuestran que son seis veces más propensos a cometerlo, así como a identificar las redes de apoyo que puedan acompañar en el proceso.

### 8.3 Crisis silenciosa

Según Lester, D. (1998), una persona que se muestra ausente o relativamente “normal”, generalmente puede pasar desapercibida, lo que obstaculiza que pueda recibir atención en crisis de forma oportuna.

Muchas veces la persona que atiende puede verse frustrada al no tener mayor interacción verbal y carecer de respuestas, lo cual se podría interpretar como indiferencia o sinónimo de “normalidad”. Ante ello se debe comprender que esta persona puede ser bastante tímida o sumamente insegura, por lo cual se le dificulta la expresión de sus emociones y cogniciones, así como no haber procesado el evento y presentar cierta negación ante este.

En este tipo de situaciones es importante ser pacientes, mantener la calma y generar un ambiente confortable, no tomar el silencio de forma personal o rechazo hacia quien acompaña (a excepción que la persona explícitamente exprese el deseo de no continuar con la atención, lo cual debe respetarse y dejar abierta la puerta para el apoyo más adelante). Algunas frases que pueden ser de utilidad son: “Tú puedes confiar en mí”, “Aquí estoy para escucharte si tú lo deseas”, “¿Hay algo en qué pueda ayudarle?”.

A pesar de la ansiedad o incomodidad que el silencio puede causar, este no debe considerarse necesariamente como negativo. Mantenerse en silencio puede ser considerado como apoyo y acompañamiento, en otras ocasiones el silencio puede ser sinónimo que la persona está tomando un espacio para procesar lo ocurrido y poner nombre a las situaciones, por lo que es importante reducir los niveles de ansiedad propios y esperar.

Una estrategia recomendada es hacer una comunicación a través de sonidos (Lester, D. 1998), por ejemplo: “A veces es muy difícil empezar a hablar respecto de las cosas que nos afectan”, y llegar a un acuerdo, por ejemplo “un suspiro significaría sí, y el silencio sería no”. En este caso depende de la creatividad de quien acompaña para hacer las intervenciones oportunas.

#### **8.4 Crisis agresivas o violentas:**

En ocasiones las crisis pueden causar en las personas emociones de ira, frustración e impotencia, y buscar formas de descargarla con el o la profesional. También puede ocurrir cuando la persona no ve satisfecha sus necesidades o expectativas en la institución u organización a la cual se acerca buscando apoyo.

Algunos de los errores comunes son responder de forma agresiva, mostrarse ofensivo y tomar la situación de forma personal. Es importante recordar que la agresividad no va dirigida hacia quien acompaña sino es una muestra de sentimientos de impotencia, frustración, temor etc., por lo que se recomienda intentar normalizar la reacción mostrando empatía ante la posible sensación de frustración. Ejemplo de ello es: “comprendo que este molesto, usted esperaba que resolviéramos la situación, posiblemente yo también me molestaría mucho si sintiera que perdí mi tiempo. Déjeme buscar alguna forma en que alguna organización pueda brindarle más información al respecto, recuerde que nuestra intención es apoyarle en la situación que está viviendo”.

En estos casos el tono de voz, las palabras que se usan y el lenguaje no verbal juegan un rol muy importante, este debe demostrar empatía y simpatía, tomando la precaución de no exponerse a ser agredido físicamente. Se considera importante buscar la forma de tener un mueble que divida la distancia entre ambos como una silla (recuerde que su seguridad también es importante), reducir el tono de voz, evitando parecer que se burla o se minimiza el malestar, no argumentar lo que la persona expresa, tratar de establecer una pausa en la comunicación, legitimar la molestia de la persona, no discutir, no ponerse a la defensiva y brindar la oportunidad de regresar en otro momento o de retirarse.





# Capítulo 3

Atención en crisis en situaciones específicas

## Capítulo 3. Atención en crisis en situaciones específicas:

Las pautas presentadas en el capítulo anterior pueden ser aplicados a población en general, sin embargo, existen algunos grupos de población que por su vulnerabilidad requieren un abordaje que responda a sus necesidades siguiendo el principio de acción sin daño. Estos se describen a continuación.

### 1. Atención en crisis en casos de violencia sexual:

Para el abordaje de violencia sexual, deben seguirse las pautas indicadas previamente de atención en crisis. Sin embargo, también deben considerarse algunos elementos en los casos de violación sexual, en especial si el tiempo transcurrido del evento es menor a 72 horas (vea herramienta 17).

Al momento de identificar un posible caso de violencia sexual en una mujer o un hombre, debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Creer en la persona que ha buscado la ayuda o que se ha identificado como posible víctima.
- Actuar con cautela, esto permitirá avanzar de forma gradual y no invasiva.
- Al no invadir el espacio de la persona, es otra manera de transmitir el mensaje que no se juzga la situación ni la condición de la persona, evitando no culpar ni causar una re-experimentación del impacto emocional.
- Se debe evitar hacer preguntas que lleven a la persona a recordar el evento detalladamente, ya que esto puede causar re-victimización secundaria.
- Como último punto, la referencia hacia un especialista médico y un profesional de la salud mental, permitirá culminar el ciclo de atención de forma acertada.

### 2. Atención en crisis en conductas autolesivas, parasuicidas y suicidas:

En situaciones de crisis, se presenta una serie de manifestaciones de la conducta suicida que pueden afectar la identificación de éstas y por lo tanto su adecuado manejo. Niveles elevados de angustia y ansiedad, así como sentimientos de culpa e impotencia ante la muerte de un ser querido, pueden llevar a algunas personas a autolesionarse de diversas formas.

Ante ello es importante comprender que es un elemento que debe evaluarse al brindar atención en crisis y en caso de considerar existe tendencia a ello debe referirse a profesional de salud mental o a quien esté formado para este tipo de abordaje, reconociendo que en algunas ocasiones la conducta suicida es la respuesta a una crisis.

Posterior a la referencia a servicios especializados, es importante brindar seguimiento a la persona que experimentó la crisis, así como a su grupo familiar. Esto con el objetivo de asegurar la atención y reducir la posibilidad del abandono de tratamiento, así como identificar otras necesidades que se puedan presentar posterior al proceso.



Otras situaciones que ocurren en un menor número de ocasiones, son las conductas autolíticas o suicidas y las conductas parasuicidas:

- El comportamiento autolítico o suicida: es todo aquel que realiza un individuo para causarse su propia muerte de forma voluntaria e intencional.
- La conducta parasuicida: es el comportamiento o intento autolítico de bajo riesgo o letalidad. Se relaciona más con la llamada de atención o concesión de beneficios secundarios. Es decir que, la persona realiza un intento débil de dañarse, quiere que parezca un intento de suicidio, pero realmente no lo es. Se trata por norma general, de un llamado de atención (Alarcón, Alcaraz, Corpas, et al., 2005).

## 2.1 Señales en adolescentes

Se considera que la edad de mayor riesgo es entre los 15 y 19 años; sin embargo, se han registrado intentos y suicidios en niños y adolescentes entre 11 y 13 años, por lo que resulta importante prestar atención a diferentes manifestaciones. El Ministerio de Salud de Colombia (2018) propone algunas señales de esto.

### Señales físicas:

- Aumento o pérdida de peso.
- Insomnio o hipersomnía.
- Higiene inadecuada.
- Descuidar el aspecto personal.
- Ataques de pánico.

### Señales emocionales:

- Cambios bruscos en el estado de ánimo.
- Desbordamiento emocional desproporcionado ante situaciones conflictivas o ausencia de recursos para hacerles frente.
- Bajo estado anímico, sentimientos de tristeza, minusvalía y baja autoestima, o estado de ánimo depresivo.
- Incapacidad para sentir placer.
- Sentimientos de desesperanza o impotencia.
- Niveles de ansiedad elevados.
- Irritabilidad.
- Sufrimiento relacionado con acoso escolar (bullying).

### Señales psicosociales:

- Dificultades para establecer relaciones sociales duraderas.
- Aislamiento en domicilio y poca comunicación con familiares y/o amigos.

- Dificultades para compartir el malestar o sufrimiento con familia y/o amigos.
- Incapacidad para cumplir con las responsabilidades o los deberes.
- Huir del hogar.

#### Señales cognitivas:

- Desesperanza acerca del futuro, pensamientos catastrofistas del tipo “la vida no merece la pena,” “nada va a cambiar”, ausencia de proyectos vitales a corto/medio plazo.
- Pensamientos intrusivos sobre la muerte.
- Afectación de la memoria.
- Incapacidad para concentrarse.

#### Señales del comportamiento:

- Cambio significativo en su comportamiento.
- Disminución en el interés por las cosas que anteriormente se disfrutaban.
- Alteración de los hábitos, del sueño, la alimentación o disminución del rendimiento académico.
- Comportamiento hostil.
- Participar en conductas riesgosas.
- Uso o abuso de drogas y/o alcohol.
- Hablar sobre la muerte o escribir sobre este tema.
- Amenazas de conductas autolesivas.
- Autolesiones (cortes en antebrazos, muslos, etc.) normalmente realizadas con la finalidad de regular emociones negativas. Estas suelen pasar desapercibidas, ya que los cubren las prendas de vestir como pantalones y camisetas o suéteres.

## 2.2 Mitos sobre el suicidio:

Los mitos respecto al suicidio pueden afectar la atención de forma oportuna, así como minimizar algunas reacciones o señales de quien se encuentra en una situación similar. A continuación, se presentan los mitos más comunes:

1. **“La gente que habla de suicidio no lo comete”:** Se ha demostrado que, de cada 10 suicidios, 8 personas habían advertido acerca de sus intenciones, así como que toda persona que se suicida expresó lo que ocurría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.
2. **“La persona que se quiere matar no lo dice”:** de cada 10 personas que se suicidan, 9 de ellas dijeron claramente sus propósitos y el otro dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
3. **“Las personas que intentan suicidarse realmente quieren morir”.** La mayoría de los suicidas están indecisos entre la opción de morir o continuar con vida. Muchas veces dejan que el azar decida por ellos, y generalmente responden a una crisis momentánea.

4. **“Las personas que intentan el suicidio no desean morir, solo hacen alarde”:** aunque no todas las personas que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarles de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el atentar contra su vida.
5. **“Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante del tren”** toda persona con riesgo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y vivir. El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien los utiliza.
6. **“Toda persona que se suicida está deprimida”:** aunque toda persona deprimida tiene un riesgo elevado de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todas las que la hacen presentan desajuste emocional.
7. **“Quienes intentan suicidarse son enfermos mentales o están seriamente perturbados”:** las investigaciones muestran que las personas que intentan suicidarse realmente se encuentran muy alteradas y son infelices, pero no necesariamente padecen una enfermedad mental. Las personas con enfermedades mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Pero no caben dudas que toda persona con riesgo es una persona que sufre.
8. **“Cuando hay una mejoría en la persona después de un intento de suicidio, el riesgo de que se repita ha desaparecido”:** Las personas que reinciden lo hacen en un período que abarca de los tres hasta los diez meses después del intento anterior. Casi la mitad de las personas que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los primeros tres meses tras la crisis emocional. Cuando todos creían que el peligro había pasado, tenía las fuerzas para ser efectivo con su plan suicida.
9. **“La persona que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida”:** entre el 1% y 2% de las personas que intentaron el suicidio lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10% al 20% lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.
10. **“El suicidio es hereditario”:** no está demostrado que el suicidio se herede, aunque se pueden encontrar varios miembros de una familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos lo heredado es la predisposición a padecer de determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal, como, por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizofrenias. A menudo sucede que el suicidio es imitado por otros miembros de la comunidad o la familia, porque lo consideran una opción válida, pero se considera que es una decisión personal.
11. **“El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por un impulso”:** toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como síndrome pre-suicidio, consistente en construcción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas, reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas. Todo puede ser detectado a su debido tiempo y evitar que se lleven a cabo sus propósitos.
12. **“Al hablar sobre el suicidio con una persona que esté en riesgo se le puede incitar a que lo realice”:** está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca al sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
13. **“El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, solo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado”:** si el sentido común hace asumir

una postura atenta y paciente escucha, con reales deseos de ayudar a la persona en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención; sin embargo, en algunas ocasiones se pueden realizar acciones contraproducentes.

**14. “Solo los psiquiatras/psicólogos pueden prevenir el suicidio”:** es cierto que las y los psiquiatras/psicólogos son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquier persona interesada en auxiliar a personas en esta situación de riesgo puede ser un valioso colaborador en su prevención.

## 2.3 Factores de riesgo

- **Sexo/Género:** Aunque las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida e intentos de suicidio, son los hombres quienes tienen una tasa mayor de suicidios consumados, ya que estos se caracterizan por la violencia utilizada. Se considera que las personas transgéneros tienen 6 veces mayor riesgo de suicidarse que el resto de la población, relacionado al rechazo que reciben de su entorno social.
- **Orientación sexual:** Se considera que los jóvenes homosexuales tienen un riesgo mayor de intentos suicidas, lo cual se relaciona al rechazo que reciben de su entorno social.
- **Migración:** La migración y el desarraigo que conlleva pueden suponer un factor de riesgo añadido a la ideación o conducta suicida, así como aspectos propios de la ruta migratoria.
- **Edad:** Si bien aparece en todas las edades (incluyendo niños y niñas), los rangos de edad con mayor riesgo son los de jóvenes de 15 a 34 años y las personas mayores de 65 años.
- **Estado Civil:** Personas solteras, así como divorciadas o viudas tienen mayor tasa de suicidios, lo cual se relaciona al factor de la soledad. La soledad es un factor de riesgo importante, precisamente porque la conducta suicida no es algo aleatorio y se encuentra asociada a ciertos factores que aumentarían la probabilidad de consumarse, puede en cierta medida, predecirse.
- **Profesión:** Existen profesiones con alto nivel de estrés en las que se constatan mayores índices de suicidio. El sector sanitario, el personal docente y las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado forman parte de estas profesiones de riesgo.
- **Situación laboral:** La pérdida de empleo, más que la situación de desempleo, está también asociada al suicidio, por lo que se debe considerar el impacto que sobre las personas pudiera producir un despido, un desahucio u otras situaciones que supongan la pérdida brusca de un estatus. Los problemas en el trabajo figuran entre los principales factores de riesgo: acoso laboral, burnout, conflictos laborales, elevado nivel de estrés o alta exigencia en la productividad.
- **Trastornos depresivos:** Según la OMS, es el problema de salud más frecuente en todo el mundo. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas y se estima que en 2020 será la segunda causa más común de discapacidad a nivel mundial, después de enfermedades cardiovasculares. La tasa de suicidios en personas deprimidas se sitúa en el 15%, llegando incluso al 40% la tasa de intentos de suicidio, pudiendo incrementarse hasta en 20 veces el riesgo de suicidio respecto al resto de la población. Los trastornos depresivos abarcan una amplia variedad de formas, de leve a grave, de temporal a crónica, variando el riesgo de suicidio según el tipo y fase en la que se encuentre la persona afectada.
- **Relación entre trastorno mental y suicidio:** El riesgo de suicidio es mayor en fases tempranas de un

trastorno y en los primeros seis meses tras el alta de un ingreso psiquiátrico, por lo que es importante la detección temprana de estos, y un acompañamiento psicológico o psiquiátrico de seguimiento de un año posterior al alta.

- **Antecedentes familiares de suicidio:** Los antecedentes familiares de suicidio pueden ser un factor de riesgo añadido, así como el ambiente familiar y social en el que crece una persona (trauma, abuso, abandono...).
- **Conducta suicida previa:** La existencia de antecedentes de suicidio es uno de los factores de riesgo más claro que aumenta la posibilidad de un nuevo intento. Entre el 10-14% de las personas con intentos previos de suicidio lo consuman, por lo cual es importante que reciban intervención multidisciplinaria que incluya atención médica, psicológica, familiar y social.
- **Hechos vitales estresantes:** La mayoría de las personas que cometen un acto suicida han vivido hechos estresantes en los tres meses previos al mismo, sobre todo problemas interpersonales, escolares, laborales y financieros, la pérdida de algún ser querido, situaciones de jubilación, etc.
- **Enfermedad o discapacidad:** El riesgo de suicidio es mayor si se padece una enfermedad o una discapacidad. Además, ciertos factores asociados a las enfermedades contribuyen a aumentar el riesgo, como la pérdida de movilidad, desfiguración y dolor crónico. También puede conllevar pérdida de estatus laboral y aislamiento.
- **Enfermedades y discapacidades relacionadas con el riesgo de suicidio:** Trastornos neurológicos, cáncer, VIH, enfermedades crónicas renales y hepáticas, esclerosis múltiple, trastornos osteoarticulares con dolor crónico, trastornos sexuales, discapacidades motoras y visuales y auditivas.

## 2.4 Qué hacer y qué no hacer ante ideación y conducta suicida:

En el momento de atención en crisis, siempre se debe de revisar riesgo de suicidio. Al brindar atención en casos de ideación y conducta suicida se debe tener en mente que **el objetivo de la intervención no se trata de resolver los problemas o causantes que han influido en esta, sino que se trata de mantener a la persona con vida**. Para ello se deben seguir algunas pautas, las cuales se presentan a continuación.

### Qué hacer

- Escuchar de forma activa.
- Dedicar tiempo de forma genuina.
- Hablar con tono de voz calmada.
- Hacerles ver que sus ideas no significan que estén locos.
- Hacerle sentir apoyado.
- Creerle.
- Respetarle.
- Dar atención completa.
- Mostrar comprensión y escucha sin juzgar.
- Buscar soluciones de forma activa.
- De ser posible evaluar potencial suicida.
- En caso de dudas revisar la Herramienta 11 “valoración e intervención del comportamiento suicida”.

**Qué no hacer**

- Decirle que está mal lo que siente.
- Rechazar o minimizar a la persona.
- Hacerlo sentir mal por haber buscado el apoyo.
- Ser regañados o sermonearlos.
- Usar la frase “tú eres más fuerte que eso”.
- Reconfortar de modo artificial (“todo va a estar bien”).
- Analizarlo, criticarlo o categorizarlo.
- Hacerle sentir culpable por sus ideas o emociones.
- Sentir lástima.
- Dejarle solo.
- Compararlo con otras personas que han vivido situación similar y no reaccionaron de la misma manera.
- Asustarse al escuchar del tema.
- Tratar de cambiar el tema.

El abordaje individual de este tema debe ser de manera cautelosa y respetuosa, procurar no invadir el espacio individual de la persona en riesgo y asegurar que el hilo de la comunicación sea pausado y de manera gradual. La identificación de conductas autolíticas y casos de suicidio radica en la identificación de comportamientos que permitan evidenciar si la persona corre realmente riesgo de suicidarse o no. Además, la persona encargada de brindar acompañamiento debe conocer las formas de contener y dialogar con la persona en riesgo sobre su intención de suicidio, teniendo como objetivo final instalar una idea contraria a la ideación suicida, buscando también interponer un contacto que sea de apoyo para la persona intervenida.

La función principal al momento de abordar de manera individual debe ser la regulación emocional, buscando pasar de una emoción activa (rabia, angustia) a una neutra (calma, alivio). De igual manera es importante determinar el potencial suicida, para evaluar la posibilidad de que una persona lleve a cabo su amenaza, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- **Edad y Sexo.** El potencial es mayor en un hombre que en una mujer; usualmente relacionado a patrones de comportamientos tradicionalmente esperados de hombres que limitan la búsqueda de ayuda, así como el hablar sobre sus emociones o preocupaciones. En el rango comprendido entre 15 y 24 años el riesgo es más alto. En los adolescentes suele pasarse por alto algunas manifestaciones ya que se relacionan con cambios propios de la “edad” y búsqueda de sentido de pertenencia. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cualquier persona en una situación de crisis podría presentar riesgo de suicidio.
- **Síntomas asociados.** Si la persona ha manifestado alteraciones en el sueño, depresión, sentimientos de desesperanza, uso de alcohol o de sustancias psicoactivas el riesgo es mayor.
- **Nivel de estrés de la persona.** Si la persona está bajo una fuerte presión, bien sea causada por la pérdida de un ser querido, una separación reciente, pérdida de empleo, incremento en las responsabilidades o por una enfermedad grave, el riesgo también sería mayor.
- **Aspectos agudos versus crónicos.** Si los síntomas asociados antes descritos han hecho su aparición muy recientemente. El potencial se incrementa cuando hay reaparición recurrente de síntomas similares o un incremento de los rasgos de desadaptación permanente.
- **Plan Suicida.** El riesgo se aumenta en proporción con la mortalidad del método propuesto y la claridad en la organización de los detalles del plan.

- **Redes de apoyo** Si la persona no tiene familiares o amigos, o si éstos no están dispuestos a ayudarlo, el riesgo será alto.
- **Conducta suicida previa.** Si la persona ha intentado una o más veces suicidarse, si tiene un historial de amenazas previas, o si sufre de depresión, el riesgo aumenta.
- **Estado Médico.** Aumentará el riesgo cuando exista una enfermedad crónica o debilitante. Cuando hay antecedentes de enfermedad mental y la persona no ha seguido el tratamiento médico indicado para su enfermedad mental, ejemplo: Hace dos meses dejó de tomarse los antidepresivos.
- **Aspectos de Comunicación.** Si la persona ha roto la comunicación con sus parientes o si éstos rechazan sus esfuerzos por restablecer los canales de comunicación, tendrá más riesgo de suicidarse.

### 3. Atención en crisis con Niñas y niños

Al momento de trabajar con niñas y niños se debe utilizar siempre lenguaje sencillo y simple. No utilizar términos técnicos, no formular preguntas de manera complicada. Si se brinda un proceso de psicoeducación hacer uso de imágenes y cuentos (ver Anexo 2. Tarjetas, secretos buenos y secretos malos, por ejemplo), esto permitirá la atención en crisis de manera exitosa. Utilizar historias que permitan compartir la información que se desea mediante una herramienta atractiva para niñas y niños. También se pueden utilizar técnicas proyectivas como por ejemplo el dibujo o el uso de material de juegos con figuras humanas.

Es de vital importancia tomar en cuenta que la inclusión de las y los responsables de familia permitirá brindar una atención integral y exitosa, además que la familia juega un rol importante en la detección de la persona agresora y/o eventos anteriores relacionados al tema. El vínculo afectivo cuidador-NNA es significativo para el bienestar emocional de estos.

Por lo anterior, es importante considerar si el evento ha afectado a toda la familia antes de intervenir a los niños y especialmente a los más pequeños; debemos explorar y dirigir la atención a las reacciones de los adultos ya que, si para ellos está siendo aterrador y no pueden lidiar con la situación, generará en los niños confusión, miedo, ansiedad entre otros, ya que los adultos no están transmitiendo tranquilidad. Las acciones realizadas en el hogar o provenientes de su grupo tienen mayor impacto, ya que las y los niños tienden a imitar las conductas de sus adultos referentes, por lo que los referentes deben brindar orientación a las y los niños y de esta forma reducir los miedos. El impacto dependerá de las acciones que se ejecuten, siendo adaptadas al nivel de desarrollo cognitivo del NNA (ver Herramienta 17).

#### 3.1 Beneficios de implicar a la familia en la atención en crisis

La Universidad Autónoma de Barcelona (2012), en su manual de primeros auxilios psicológicos para la implicación de las familias, considera los siguientes beneficios:

1. **Mayor efectividad:** Al ser los progenitores/cuidadores/referentes familiares las personas con quienes comparten mayor tiempo y cuyo lazo es más cercano, su apoyo e interacciones generan sensación de seguridad.
2. **Reduce la ansiedad de la familia:** Generalmente la ansiedad es causada por no saber qué hacer, lo que a su vez puede causar miedo y empeorar la situación.

3. **Minimiza el riesgo de abandono:** Según la situación, hay algunos progenitores/cuidadores/referentes familiares que creen no poder dar respuesta a las necesidades que NNA pueden estar manifestando, por lo cual implicarlos les genera mayor compromiso y control de la situación.

### 3.2 Factores que dificultan la implementación

Sin embargo, existen algunos factores que pueden dificultar su implementación dentro del núcleo familiar como:

1. **El estado de shock y afectación de los cuidadores principales:** a menudo presentan dificultad para procesar y aceptar lo ocurrido, por lo cual requieren tiempo para reaccionar.
2. **La confusión entre solidaridad y sobreprotección:** la familia y las amistades, a menudo por ayudar tienden a cuidar a las niñas y los niños en lugar de a los cuidadores principales.
3. **La actitud de la familia extensa:** en ocasiones abuelos, tíos u otros familiares con la intención de apoyar toman decisiones e imponen sus criterios sobre la de los progenitores, lo cual aumenta la sensación de pérdida de control en ellos.
4. **La tendencia a apartar a las niñas y los niños del incidente:** en ocasiones por miedo a que las niñas o niños sufran, se les ubica al margen de la situación, haciéndoles sentir que no cuentan en el seno de la familia.
5. **Alguno de los miembros de la familia y /o cuidadores tiene antecedentes relacionales de violencia y/o vulneración hacia la niña o el niño:** es muy importante tener información sobre el tipo de relaciones al interior del sistema familiar al momento de involucrar diferentes miembros de éste, en tanto su presencia puede agudizar le estado de crisis del NNAJ.

### 3.3 Principios de la implementación

Los principios generales en su implementación son:

1. Los mejores cuidadores de las niñas y niños son las personales de referencia: Padres, cuidadores, maestros, etc.
2. La persona que brinda atención en crisis, jamás debe intentar suplir o sustituir a madres, padres o cuidadores/cuidadoras principales, por afectados que estén.
3. 3. La sobreprotección genera más ansiedad; por eso hay que evitarla con las personas adultas y NNAJ.
4. Asegurarse que las y los NNAJ sean atendidos correctamente.

### 3.4 Pasos en la aplicación de la atención en crisis en niñas, niños y preadolescentes:

Aunque las acciones dependen de la edad cronológica cronológica del/ de la NNA, los pasos presentados en la Ilustración 5 (ver Herramienta 17 y Herramienta 19 para más información) deben ser implementados para ayudar a recuperar el equilibrio emocional previo a la crisis.



Ilustración 5. Pasos en la aplicación de la atención en crisis en niños y preadolescentes



En todos los casos, si posterior a cuatro semanas las reacciones no han disminuido notablemente o desaparecido completamente, es importante buscar apoyo profesional.



The background is a vibrant orange color. In the top-left corner, there is a large, abstract shape in a bright pink color with a black outline. In the top-right corner, there are several overlapping, semi-transparent orange circles of varying sizes. In the bottom-right corner, there is a teal-colored puzzle piece with a black outline. A wavy, light orange shape is visible in the bottom-left corner.

# Capítulo 4

Herramientas para atención en crisis

## Capítulo 4: Herramientas para atención en crisis

A continuación, se comparten algunas sugerencias generales para atención en crisis con diferentes grupos. La clasificación considera grupos etarios, tipo de atención o situaciones específicas desencadenantes de crisis. Es importante aclarar que estas herramientas pueden ser adaptadas a las circunstancias como tal o la persona o grupo específico, buscando que responda de la mejor manera a sus particularidades.

**El primer bloque hace referencia a herramientas dirigidas a adolescentes, jóvenes y adultos en circunstancias diferenciadas**, posee la base del resto de las herramientas, ya que cada una hace referencia a cada una de las etapas de atención en crisis, como expresión o normalización de reacciones, conexión con redes de apoyo o derivación/atención especializada.

**El segundo bloque hace referencia a herramientas dirigidas a niñas y niños y preadolescentes**: estas pueden ser implementadas por personal que brinda acompañamiento psicosocial, orientadas a la identificación de emociones como miedo, búsqueda de soluciones y normalización de reacciones.

**El tercer bloque hace referencia a algunas pautas que se deben seguir en casos de la conducta suicida**, considerando que este no debe ser un tema tabú y que cualquier situación de crisis puede ser desencadenante para algunas de estas reacciones. En anexos 3 y 4 se encuentra una guía para brindar psicoeducación al grupo familiar y para evaluar potencial suicida, que permite complementar la información de estas herramientas.

**El cuarto bloque contiene diferentes orientaciones para brindar psicoeducación sobre temas específicos**, que permita a la persona o grupo normalizar sus reacciones, y en algunos casos minimizar la culpa por eventos sucedidos.

**El quinto bloque hace referencia a herramientas dirigidas a niños y preadolescentes, que pueden ser implementadas por el grupo familiar con las adecuadas orientaciones**: se exhorta en los casos que involucren a la niñez brindar estas orientaciones para minimizar el impacto emocional negativo que puede generar en ellos/as o en el grupo familiar algunas reacciones de las crisis.

**Finalmente, el sexto bloque hace referencia a herramientas que pueden ser implementadas a nivel grupal y comunitario.**

A continuación, se presenta un cuadro que detalla las diferentes herramientas que se encuentran en este capítulo.

Tabla 6. Listado de Herramientas para Atención en crisis

<p><b>1-Atención en crisis adolescentes, jóvenes y adultos.</b></p>	<p>Herramienta 1. Guía de intervención en crisis Herramienta 2. Enraizada</p>
<p><b>2-Atención en crisis niños y niñas</b></p>	<p>Herramienta 3. Identificación de redes de apoyo Herramienta 4. Mi comunidad Herramienta 5. Un nudo en la panza Herramienta 6. Castillo de los miedos Herramienta 7. Niños superhéroes/ Niñas superheroínas</p>
<p><b>3- Ideación o intento suicida</b></p>	<p>Herramienta 8. Intervención en conductas autolesivas Herramienta 9. Intervención en conductas autolíticas o suicidas Herramienta 10. Intervención en conductas parasuicidas Herramienta 11. Plan de seguridad Herramienta 12. Pautas de protección</p>
<p><b>4-Psicoeducación y procesos en eventos específicos</b></p>	<p>Herramienta 13: Psicoeducación general en situaciones de crisis Herramienta 14: Psicoeducación sobre el miedo Herramienta 15. Psicoeducación a familia en casos de ideación o intento suicida. Herramienta 16. Psicoeducación en situaciones de violencia sexual</p>
<p><b>5-Herramientas para el grupo familiar o redes de apoyo</b></p>	<p>Herramienta 17. Atención en crisis NN (0-3 años) Herramienta 18. Atención en crisis NN (3-6 años) Herramienta 19. Atención en crisis NN (9-12años)</p>
<p><b>6-Herramientas para atención en crisis de forma grupal</b></p>	<p>Herramienta 20. La pluma secreta Herramienta 21. Dibujo de los miedos Herramienta 22. Respiración controlada Herramienta 23. Contención -Comprensión</p>

## 1. Herramientas para la atención en crisis a adolescentes, jóvenes y adultos

### Herramienta 1: Guía de intervención en crisis

La atención en crisis implica una serie de pasos que deben ser ejecutados de forma armoniosa, adaptados a la persona y al evento que ha generado la crisis. Es decir que no es obligatorio que se desarrollen todos los pasos o en el orden indicado.



#### Temporalidad

Durante la crisis.



#### Dirigido a

Personal Multidisciplinario.



#### Materiales

No requiere

Hernández Marin y Gutierrez López (2014) proponen las siguientes pautas para brindar atención en crisis, las cuales fueron adaptadas como una herramienta útil para la atención en crisis de adolescentes, jóvenes y adultos.

**Encuadre:** realizar contacto psicológico, establecer una atmosfera de confianza y empatía (rapport).

- Empatice o sintonice con los sentimientos y necesidades de una persona durante sus crisis.
- Escuchar como la persona en crisis visualiza la situación y se comunica con quien acompaña. Así mismo, invitar a la persona a hablar y a escuchar sobre lo sucedido (los hechos) y darse cuenta de las reacciones (sentimientos y actitudes) ante el acontecimiento.

**Analizar las dimensiones del problema:** Se enfoca a tres áreas: presente, pasado inmediato, futuro inmediato.

- Preguntas guía como: ¿Qué sucedió? ¿Cómo te sientes? ¿Quién? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Qué puedes hacer? ¿Qué necesita? pueden ser orientadoras para ayudar a entender la situación y las emociones que ésta genera, más sin embargo no deben utilizarse literalmente en todos los casos, teniendo cuidado de no obligar a dar detalles innecesarios o que la persona no quiera brindar.

**Calmar/contener:** No todas las personas necesitan ser estabilizados, sin embargo, en caso de ameritarlo se debe pedirle a la persona que lo escuche y mire.

- Descubrir si la persona sabe quién es, dónde está y qué está sucediendo.
- Pedirle que describa lo que está a su alrededor y que diga dónde están.
- Ver Herramienta 2.

**Normalizar:** explicar a la persona que sus reacciones son normales ante situaciones anormales y es una forma de su cuerpo de reaccionar, no se está volviendo loco/a.

- Ver Herramienta 13: Psicoeducación.
- Es probable que el transcurso del día las emociones experimentadas reduzcan o desaparezcan completamente.

- Es normal que ante situaciones que afectan emocionalmente la mente se “nuble” y no permita pensar con claridad.

**Informar:** identificación de un rango de soluciones alternativas y brinde información oportuna. Acompañar a la persona en crisis a generar estas alternativas, incluyendo los obstáculos para la ejecución de estas.

- Proporcionar información sobre alternativas o resolver dudas que la persona presente.

**Brindar herramientas y alternativas de afrontamiento:** ayudar a la persona a ejecutar una acción en concreto.

- Tomar una actitud facilitadora o directiva, según las circunstancias.
- Identificar redes de apoyo según situación.
- No decidir por la persona.
- Co construir con la persona formas alternativas de afrontamiento a la situación desencadenante de la crisis.
- Validar sus emociones y ayudar a resignificar emociones negativas contra sí misma/o por otras que le dignifiquen y empoderen como seres humanos, por ejemplo: ante una afirmación “soy un cobarde y un hombre débil por llorar tanto” se podría resignificar, “llorar es una emoción humana que denota valentía para poder uno expresar de alguna forma lo que uno siente”.

**Seguimiento:** extraer información y establecer procedimiento que permite el seguimiento para verificar el progreso de ayuda.

- La agitación emocional ha disminuido.
- La persona es capaz de cuidar de sí misma y no hacerse daño o a otros.

## Herramienta 2: Enraizado

Esta herramienta está orientada a ayudar a la persona, que emocionalmente se observa demasiado alterada, a regularse a través de la conexión con el presente. Ayuda a la contención de las reacciones emocionales. El enraizado funciona porque logra que sus pensamientos se dirijan nuevamente hacia el mundo externo y potencialice el surgimiento de emociones que le brinden calma.



### Temporalidad

Durante la crisis.



### Dirigido a

Adolescentes, jóvenes y adultos.



### Materiales

No requiere

**Indicaciones:** Expresé a la persona que después de una experiencia tan desagradable, a veces se encuentra abrumado, experimentando emociones fuertes, o no puede dejar de pensar en lo que sucedió o de imaginárselo. En estos momentos puede utilizar un método que se llama “enraizado” para sentirse menos abrumado.

1. Pídale que se siente en una posición cómoda sin cruzar sus piernas o brazos.
2. Inhale y exhale lenta y profundamente.
3. Mire a su alrededor y mención 5 objetos que le generen calma.

4. Inhale y exhale profundamente.
5. Ahora, mencione 5 sonidos que puede escuchar que le generen calma.
6. Inhale y exhale lenta y profundamente.
7. Ahora mencione 5 cosas que puede sentir y que le generen calma.
8. Inhale y exhale lenta y profundamente.
9. Ahora para terminar va a cerrar los ojos (si la persona se siente incómoda puede hacerlo con los ojos abiertos) y va a inhalar profundamente 5 veces y en cada inhalación imagine que respira calma, tranquilidad, paz, y cuando exhale, imagine que sale de usted la angustia, el miedo, la rabia, todo lo negativo que está sintiendo en este momento.
10. Luego pida a la persona que comente cómo se siente comparando a como se sentía al iniciar el ejercicio. Reflexione con la persona y refuerce la idea frente a la capacidad que la habita para crear un momento de calma en momentos difíciles y como realizar este ejercicio puede ayudarle a crear estos momentos para estabilizar sus emociones y pensar de forma más clara en situaciones de crisis.

## 2. Herramientas para la atención en crisis con niñas y niños

### Herramienta 3: Identificando redes de apoyo

**Adaptación de: Making a hero book. A guide for facilitators, Morgan, 2009.**

Este ejercicio está basado en el arte terapia y terapia narrativa. Esta herramienta puede ser aplicada con NNA cuyos progenitores han tenido que emigrar, han desaparecido o han tenido que ser movilizados a centros de acogida como medidas protectoras.



#### Temporalidad

Posterior a la contención, dentro de las primeras 72 horas.



#### Dirigido a

Niñas, niños y adolescentes.



#### Materiales

Hojas de papel bond, colores, lápices, borrador, pintura.

#### Indicaciones:

1. Entregue una hoja de papel a la niña, el niño o adolescente, y diga:
 

“Todos venimos de una familia, a la cual llamamos familia de origen. A veces en la vida, por una u otra razón, nos separamos de esta familia. Puede ser que crecimos y nos vamos de casa, u ocurren otras cosas que causa que nos separemos.”
2. Explique que la palabra “familia”, tiene diversos significados para diferentes personas, nosotros la usaremos para referirnos a las personas que se preocupan por nosotros.
3. Pídale que elabore un dibujo y que deberá hacer 4 cosas:
  - a. Dibujar de dónde vienes... tu familia de origen y el lugar donde viven o vivieron.



- b. ¿Cuáles de los miembros de tu familia de origen continúan vivos, puedes señalarlos con una línea que indique a quienes ya fallecieron?
  - c. ¿Con quién vives y a dónde?
  - d. ¿Cómo llamas a estas personas que se preocupan por ti y por quienes tú te preocupas? No es necesario que sean tu familia de sangre, pero puedes llamarlos tu “Nueva familia”
4. Se orienta sobre algunos retos que puede presentar, y pregunta cómo se siente al respecto. Se resuelven dudas al respecto.

Otra adaptación de esta herramienta es pedirle a la niña, el niño o adolescente que dibuje su mano en una hoja de papel bond, y en cada dedo escriba o dibuje una persona que para ella o ella él sea importante. Se le explica que esa es su red de apoyo y que no importa si están lejos o cerca, podrá contar con ellos.

#### Herramienta 4: “ Mi comunidad”

Adaptación de: Making a hero book. A guide for facilitators, Morgan, 2009.

Esta actividad está diseñada para identificar un mapa de lugares que son considerados como seguros para la niña o niño. Puede ser aplicado en situaciones de desastres naturales o cuando han ocurrido eventos de violencia dentro del hogar o en su comunidad. Así como para poder expresar emociones que puede estar experimentando la niña o el niño, posterior a un evento que le ha generado crisis.



##### Temporalidad

Posterior a la contención, dentro de las primeras 72 horas.



##### Dirigido a

Niñas y niños



##### Materiales

hojas de papel bond, lápices, colores, pintura y plumones.

##### Indicaciones:

1. Entregue una página a la niña o niño, y pídale que dibuje un mapa de su comunidad, del lugar donde vive. Explíquele que eso le ayudará a entender donde vive y como se siente con ello.
2. Cuando termine el dibujo pida que muestre cómo se siente en los diferentes lugares que ha ilustrado. Esto puede representarlo con tamaños o caras de emociones, por ejemplo, si se siente bien, grande y feliz puede dibujarse con una cara feliz y grande, si se siente con miedo y triste puede explicarlo con sus palabras o escribir en el dibujo (si ha sido alfabetizado).
3. Posterior a ello, puede preguntarle porque se siente de esa manera en determinado lugar y ayúdele a identificar lugares seguros. Si desea conversar de lo que le genera miedo o tristeza, es importante escucharlo activamente y dejar que fluya su conversación.

**Nota:** Si la niña o niño se siente demasiado incomoda/o o rechaza a hablar es importante respetar su espacio y cambiar a una actividad menos invasiva o recreativa.

### Herramienta 5: “un nudo en la panza”

Esta actividad busca ayudar a la niña o niño a describir algún problema que podría ser difícil de describir en una o dos palabras. Por lo que se incluye la descripción de sentimientos, reacciones de comportamientos indeseables a ese sentimiento, identificación de cuando se experimenta y en qué parte del cuerpo.

Una vez descrito, se avanza para ayudarle a ganar algo de poder sobre sí misma/o, simbolizar y externalizar emociones que son difíciles de verbalizar, por lo que desde la simbolización que haga de sus emociones como se sienten en una parte del cuerpo, se le ayude a también simbólicamente hace un masaje o colocar compresas de calor en esta parte para aliviar la molestia.

Es importante resignificar como los dolores o malestar del cuerpo en ocasiones es bueno porque nos ayuda a darnos cuenta de que algo nos está molestando, pero que así como esas molestias llegan se van, a veces más rápido a veces más lento e igualmente que podemos hacer cosas para que esa parte del cuerpo ya no nos moleste tanto. Quien realiza la actividad puede sugerir algún problema con el cual quiera trabajar.

Es importante tener en cuenta que en edades tempranas las reacciones emocionales no coinciden con sus manifestaciones conductuales, por lo cual esta actividad trata de ayudarles a comprender el porqué de algunas reacciones y brindar una mirada apreciativa frente a lo importante de sentirlas y esperanzadora frente a poderlas afrontar poco a poco.



#### Temporalidad

Posterior a la contención, dentro de las primeras 72 horas.



#### Dirigido a

Niñas y niños.

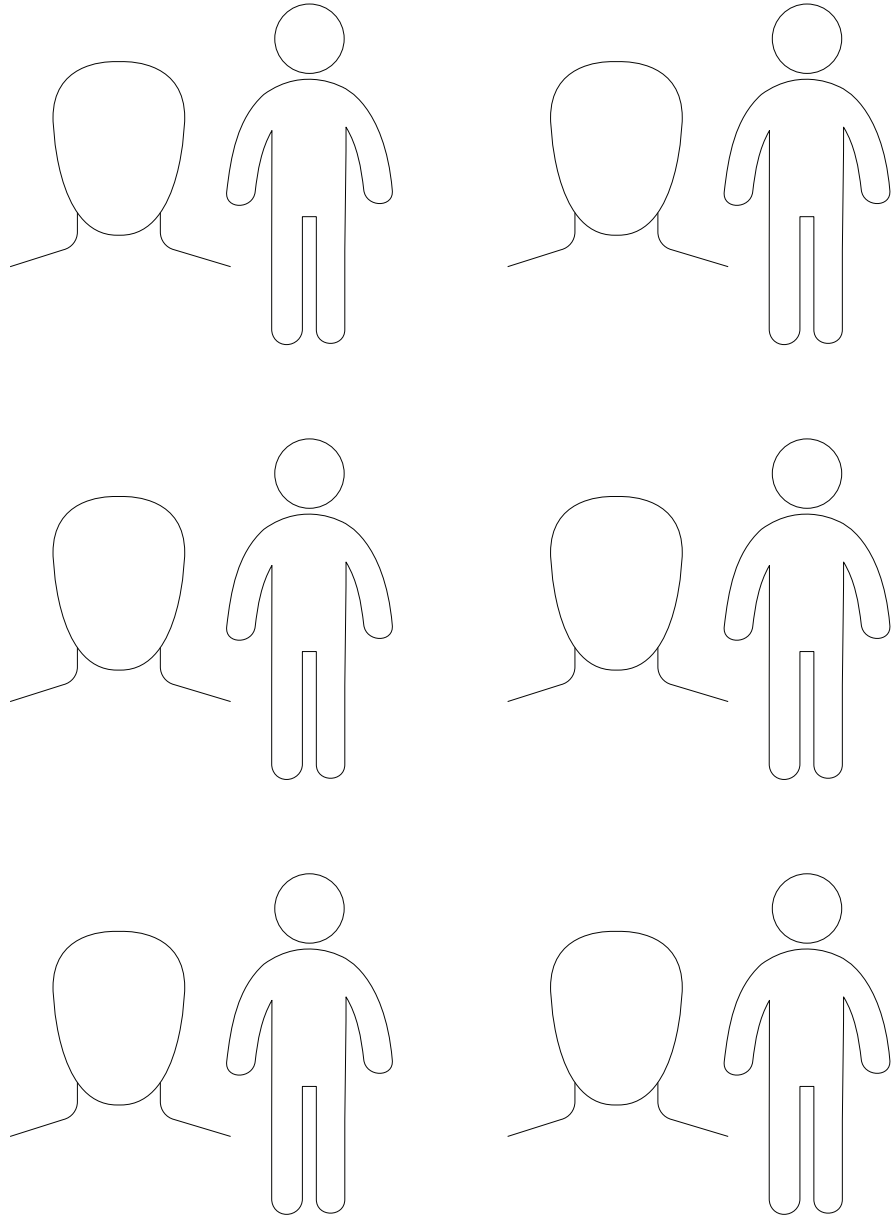


#### Materiales

hojas de papel bond con figura humana y caras sin rostro, colores, lápices, plumones.

#### Indicaciones:

1. Se entrega la hoja de papel bond y se le pide que dibuje en las caras las emociones que conoce. Se le puede ayudar mencionando algunas como tristeza, alegría, preocupación, etc.
2. Luego pídale que piense en alguna situación que le haga sentir de esa manera y que la describa.
3. Con cada situación pregunte en qué parte de su cuerpo la siente o cómo la siente en su cuerpo. Por ejemplo, la ira puede experimentarla como calor en sus manos o como mucho deseo de llorar.
4. Pídale que represente esas sensaciones en el dibujo de la figura humana. Al haber finalizado con todas las emociones, bríndele información sobre las emociones y sus reacciones, así como estrategias adecuadas para poder expresarlas.



### Herramienta 6: “Castillo de los miedos”

Esta actividad busca reducir la sensación de miedo irracional en las niñas y niños. Puede ser implementada mientras está en crisis o posterior al evento, cuando presenta algunas manifestaciones de evitación a situaciones. Por ejemplo, niñas y niños que han presenciado un asalto y tienen miedo constante a estar solos.

**Nota: esta herramienta no debe ser usada en casos o sospecha de abuso sexual.**



#### Temporalidad

durante la crisis y posterior a la contención, dentro de las primeras 72 horas.



#### Dirigido a

Niñas y niños.



#### Materiales

hoja de papel bond, lápices y colores.

#### Indicaciones:

1. Entregue la hoja de papel bond a la niña o niño y pídale que dibuje un castillo. Si se niega o expresa no poder dibujar, quien apoya puede elaborar el dibujo.
2. Luego pregunte si sabe qué es el miedo, escuche su respuesta y luego vuelva a preguntar si sabe ¿para qué sirve el miedo?, escuche su respuesta y luego aclare el funcionamiento del miedo.

“El miedo es nuestro amigo, nos cuida de cosas que nos pueden hacer daño, por eso cuando tenemos miedo nos alejamos de esas cosas. Por ejemplo, si ves un lugar muy alto te alejas porque da miedo caerse, si no tuvieras miedo quizá te acercarías demasiado y podrías causarte daño.”

3. Explique la diferencia entre miedos reales e imaginarios.  
Ejemplo miedos reales: a caerse, a golpearse, a que muerda un perro, etc.  
Ejemplo miedos imaginarios: fantasmas, oscuridad, etc.
4. Luego pregúntele que cosas le causan “demasiado miedo” y pídale que lo dibuje dentro del castillo, explíquele que todos los miedos que dibuje los está sacando de su mente y no lo molestarán porque el dibujo se quedará con usted y encerrarán esos miedos bajo llave.

### Herramienta 7: “Niñas superheroínas/ niños superhéroes”

Esta actividad está orientada a involucrar activamente al NN en la búsqueda de soluciones ante la situación que genera crisis, y en la toma de decisiones.



#### Temporalidad

durante la crisis y posterior a la contención, dentro de las primeras 72 horas.



#### Dirigido a

Niñas y niños



#### Materiales

no requiere

#### Indicaciones:

1. Se le pide que describa un problema o situación que le afecta. Una vez termine, se le pide que piense en un nombre de superheroína o superhéroe.
2. Al haberle seleccionado se le invita a describir cómo en esta superheroína o superhéroe. Luego se le pregunta que haría este personaje si estuviera en la misma situación que ella/él y que opina de cada una de esas opciones.
3. Ahora pídale que piense cuál de esas opciones podría hacer o elegir, e invite a poner en práctica.

Un ejemplo sería “Batman no tendría miedo porque sabe que tiene a su mamá que lo cuida siempre, solo debe confiar”, o “Superman pensaría en cosas divertidas para hacer y jugaría más”.

### 3. Herramientas para la atención en crisis en situaciones de ideación o intento suicida

#### Valoración e intervención del comportamiento:

Al brindar acompañamiento psicosocial a población vulnerable, es probable que en algún momento de la vida se presente una situación en la que se deba brindar atención en crisis en casos similares.

Considerando la clasificación anterior y retomando las pautas brindadas por Bobes, Gonzales y Sáiz, (1997); Kaplan y Sadock, (1996); Sarro y Cruz, (1991) (citados en Domínguez, Pena Andreu, Ruiz Ruiz, s.f.), se presentan algunas recomendaciones de valoración e intervención, las cuales pueden ser adaptadas a protocolos propios de cada país, institución u organización.

Se recomienda que el abordaje de estos casos sea realizado por personal especializado, sin embargo, dependiendo de las circunstancias se debe estar preparado para ello.

#### Herramienta 8: Intervención en conductas autolesivas



##### Temporalidad

Durante la crisis y posterior a la contención, dentro de las primeras 72 horas.



##### Dirigido a

Personal multidisciplinario



##### Materiales

No requiere.

- Se recomienda la y el tratamiento farmacológico (a criterio de personal médico, de preferencia médico psiquiatra), por lo que se debe informar al servicio de salud más cercano, de preferencia centro de salud de segundo nivel de atención.
- Valorar la presencia de cuadro de agitación psicomotriz, es decir una persona que se vea agitada y brinde la impresión de poder hacerse daño.

- En caso de lograr contener a la persona, dejar un espacio para recuperarse y tratar de identificar los motivos que llevaron al intento o acto, así como determinar si fue un acto impulsivo (culpabilización, reproche a su actuación, etc.). Dejar que la persona se desahogue, hable de lo que piensa y siente.
- No deben buscarse respuestas o explicaciones en ese momento, hay que posponer decisiones, explicaciones, teorías e impulsos de autolesión.
- Si el comportamiento autolesivo es grave o muy resistente, la elección es la contención urgente y derivación al servicio sanitario correspondiente para su valoración de ingreso.
- Si la conducta autolesiva es estereotipada, repetitiva pero leve y poco resistente a la contención, suele utilizarse supervisión permanente (se recomienda el ingreso hospitalario) y tratamiento farmacológico.

### Herramienta 9: Intervención en Conductas autolíticas o suicidas



#### Temporalidad

Durante la crisis y posterior a la contención, dentro de las primeras 72 horas.



#### Dirigido a

Personal multidisciplinario



#### Materiales

No requiere.

- Valorar el tipo de intento, letalidad, tipo de idea suicida, ideas sobre la muerte, métodos para consumir la idea suicida, grado de planificación, conflictos psicosociales, antecedentes, etc. Esto permitirá determinar la posibilidad de ejecutar las ideas y posibilidad de éxito.
- Considerar la necesidad de tratamiento farmacológico, métodos de contención, ingreso urgente y/o responsabilidad familiar permanente. En estos casos la confidencialidad no aplica, por lo tanto, al conocer el riesgo de esto debe comunicarse a su red de apoyo (o con un referente familiar en caso de ser menor de edad).
- Dejar a la persona que exprese sus ideas, hablar sobre lo ocurrido, utilizar técnicas de posposición del evento suicida, adquirir compromiso de no suicidio en ese momento, búsqueda de alternativas, técnicas de afrontamiento y resolución de problemas (Ver Herramienta 11. Elaboración de plan de seguridad).
- Tener siempre en cuenta que independientemente del tratamiento posterior, en el caso de un intento autolítico serio, siempre debe de optarse por una de estas dos soluciones: derivar a un servicio de salud para valorar ingreso urgente en unidad de emergencias y/o elaboración de informe haciendo constar el riesgo y la necesidad de vigilancia permanente por parte de su tutor o familiares más cercanos (es importante que la persona responsable firme de enterado y asuma el compromiso de buscar apoyo especialista). El contacto con la familia debe incluir la psicoeducación (ver Herramienta 15: psicoeducación para grupo familiar o acompañantes en casos de suicidio.) sobre pautas de actuación familiar ante este tipo de situaciones.
- Ante todo, la priorización debe ser la referencia al sistema sanitario o urgencias del hospital más cercano.

## Herramienta 10: Intervención en conductas parasuicidas



### Temporalidad

Durante la crisis y posterior a la contención, dentro de las primeras 72 horas.



### Dirigido a

Personal multidisciplinario



### Materiales

No requiere.

- Valorar el tipo de intento, letalidad, tipo de idea parasuicida, grado de planificación, motivos, posibilidad de llamada de atención, etc.
- Apartar a la persona de focos de atención que pueden reforzar su comportamiento. Intentar hablar y solucionar aquellas situaciones cotidianas y/o interpersonales que pueden estar relacionados con estas conductas.
- Informar sobre los riesgos potenciales de las mismas. Corresponsabilizar al implicado de la importancia de su colaboración en esos momentos (darle alguna responsabilidad personal que pueda suponerle un poco de protagonismo y que, por tanto, sea incompatible con la conducta parasuicida).
- Psicoeducación a familiares y allegados para dar pautas de actuación ante señales de llamada de atención o de intento de ejecución de este tipo de comportamiento.
- En caso de duda sobre su potencial peligrosidad o letalidad, actuar como si se tratara de una conducta autolítica y plantearse la intervención y/o derivación a Servicios Sanitarios y/o la corresponsabilidad familiar.

## Herramienta 11. Elaboración de plan de seguridad

Tomado de: Guía de autoayuda. Prevención del Suicidio ¿Qué puedo hacer?, Torras, p. 11.

Se recomienda tener un plan de seguridad con el objetivo de reducir el riesgo de cometer intento suicida cuando ideas relacionadas aparecen en la cabeza de la persona joven o adolescente.

Este debe ser completado en conjunto con quien vive la crisis y orientado con ayuda de una persona de confianza. Se trata de identificar redes de apoyo, aprender a identificar en sí mismo señales de alarma que pueden estar relacionadas a pensamientos, estados de ánimo o comportamientos específicos, por lo cual es importante el autoconocimiento.



### Temporalidad

Durante la crisis y posterior a la contención, dentro de las primeras 72 horas.



### Dirigido a

Adolescentes, jóvenes y adultos.



### Materiales

Formato de plan de seguridad, bolígrafos.

### PLAN DE SEGURIDAD - TARJETA CORTA-FUEGOS

Yo; (inserte nombre) \_\_\_\_\_

En el momento que observe mis propias "señales de alarma" que me indican que estoy empezando con mi ideación suicida:

(Escribe tus síntomas, emociones o signos)

Voy a contar con mis personas de apoyo:

Nombre	Teléfono

A mis apoyos les contaré cómo me siento, qué estoy pensando y si necesito encontrarme acompañado/a.

Si no consigo contactar con ninguno/a, y me sigo encontrando mal, recurriré a estos servicios.

Escribir números telefónicos de emergencia como 911, o el servicio de atención médica de su país, así como lugares donde brinden atención en crisis vía telefónica.



## Herramienta 12: Pautas de protección

Tomado de: Guía de autoayuda. Prevención del Suicidio ¿Qué puedo hacer?, Torras, p. 12.

Estas pautas deben ser brindadas a la persona con la que se trabaja en conjunto con el “plan de seguridad”. Las pautas favorecen identificar alternativas ante eventos generadores de crisis, reduciendo la posibilidad de ver el suicidio como la única posibilidad viable.



### Temporalidad

Durante la crisis y posterior a la contención, dentro de las primeras 72 horas.



### Dirigido a

Adolescentes, jóvenes y adultos.



### Materiales

No requiere.

- Recuerda que las crisis son transitorias, la muerte no.
- Recuerda que te aliviará comunicar tus pensamientos a alguien en quien confíes (familiar, amigo/o o profesional).
- Siempre que creas necesitarla utiliza tu “Tarjeta corta-fuegos”.
- Permanece en compañía hasta que disminuyan los pensamientos suicidas.
- Distánciate de cualquier medio con el que puedas hacerte daño.
- Evita el consumo de alcohol u otras drogas, sólo empeorarían la situación. Busca ayuda de profesionales.
- Intenta mantenerte en actividad. Participa en algún tipo de voluntariado, actividades culturales, deportivas o de ocio, o cuida de una mascota. Te ayudarán a sentirte más útil.
- Escribe sobre tus metas, esperanzas y deseos para el futuro. Hazlo de forma realista. Debes proponer tus deseos y no los deseos de otros. Léelos cada vez que necesites recordarlos.
- Si tienes muchos problemas y estos te agobian, afóntalos de uno en uno.
- Recompénsate todos los días con algo placentero, intenta disfrutar con las pequeñas cosas de la vida.

## 4. Herramientas de psicoeducación y procesos a realizar ante eventos específicos

La psicoeducación es una herramienta pensada tanto para la atención clínica como para la población en general. Hace referencia a la educación y/o información que se ofrece a las personas que sufren de un impacto en la salud por diferentes situaciones, por ejemplo una crisis. Esta puede ser brindada a nivel individual,

familiar y/o grupal, y pretende la modificación de la conducta y sus actitudes hacia sus reacciones/síntomas, con el objetivo de una mejor comprensión y manejo de éstos, reduciendo la sensación de estar perdiendo el control o estar “loca/o”, y en casos de requerir atención especializada también la mejora en la adherencia terapéutica y/o su tratamiento (Universidad de Oviedo, 2016, p. 8).

La psicoeducación actúa en estos casos explicando cuáles son los mecanismos relacionados con el estrés o ansiedad, dando información y ayudando así a bajar el nivel de incertidumbre: a mayor información, menor incertidumbre y a menor incertidumbre, menos ansiedad. Además, esta herramienta propone el desarrollo de nuevos recursos y nuevas capacidades para afrontar esas situaciones que resultan amenazantes o estresantes.

### Herramienta 13: Psicoeducación general en situaciones de crisis

A continuación, se presenta información necesaria que puede ser brindada al equipo multidisciplinario para comprender a las personas que se encuentran en una crisis, considerando los elementos de ¿qué es una crisis?, las posibles reacciones, un plan para manejar esas reacciones y cuando debe consultarse.



#### Temporalidad

Durante la crisis y posterior a la contención



#### Dirigido a

Equipo multidisciplinario



#### Materiales

No requiere.

**¿Qué es una crisis?** Una crisis es la respuesta a eventos peligrosos y es vivida como un estado doloroso. Es por esto que la persona tiende a movilizar reacciones muy poderosas que le ayudan a aliviar su malestar y a recuperar el equilibrio que existía antes del inicio de la crisis. La ventaja de la crisis es que, si más adelante se viven eventos similares, se habrán desarrollado algunas habilidades que permitirán responder de mejor manera.

Durante una crisis los recursos habituales se muestran insuficientes para manejar los datos que aporta la nueva situación. Aparecen factores desestabilizadores. Todo se torna nuevo y desconocido y lo mismo respecto a nosotros mismos o nuestras sensaciones que no reconocemos. Se generan sentimientos de indefensión y desconfianza por la magnitud de las pérdidas sufridas. La consecuencia será una reacción de estrés al evento que se interpreta como amenazador y que evoca reacciones fisiológicas, psicológicas y de conducta.

Los signos y síntomas de una reacción psicológica ante una situación de crisis se producen en las áreas emocionales, cognitivas, fisiológicas y de conducta. Las personas, tras una situación crítica, presentaran algunas de estas reacciones en mayor o menor medida. Cada persona reacciona diferente y depende de las experiencias propias de cada persona, pero todas estas son normales ante situaciones anormales.

**Algunas reacciones emocionales son:**

- Miedo
- Sentimientos de culpa
- Enfado
- Rabia
- Irritación
- Hostilidad
- Rencor
- Tristeza
- Depresión
- Aflicción
- Desesperación

**Reacciones comportamentales:**

- Hiper o hipoactividad
- Dificultad para hablar
- Desconfianza
- Trastornos de la alimentación
- Alteraciones del sueño
- Fatiga
- Aislamiento

**Reacciones cognitivas y conductuales:**

- Culpabilización
- Preocupación
- Bloqueo mental
- Sensación de pérdida de control
- Negación
- Amnesia temporal
- Confusión
- Sensación de impotencia
- Dificultades de atención y concentración
- Dificultad de la toma de decisiones
- Desorientación tiempo-espacio
- Sensación de extrañeza o irrealidad

**Reacciones fisiológicas:**

- Hipersudoración
- Palpitaciones
- Taquicardia
- Hiperventilación
- Opresión en el pecho
- Tensión muscular
- Dolor de cabeza
- Mareo
- Náuseas
- Escalofríos o temblores.

Posterior al evento, es decir de 1 a 6 semanas, se pueden producir reacciones tardías. Los sentimientos previamente reprimidos o negados pueden salir a la superficie, pueden aparecer sentimientos dolorosos abrumadores, dejando a las personas debilitadas. Las características son, temor a regresar al evento, sueño o pesadillas, ansiedad, tensión muscular y aumento de la irritabilidad.

Si posterior a 4 semanas las reacciones mencionadas no disminuyen o han aumentado, es importante buscar apoyo psicológico.

A su vez, es importante integrar algunos hábitos que favorecerán la disminución de algunas reacciones como: tratar de descansar lo necesario, evitar ingerir comidas chatarras, así como bebidas con cafeína o exceso de azúcar, buscar hacer actividades físicas y relacionarse con amistades y familiares.

### Herramienta 14: Psicoeducación sobre el miedo



#### Temporalidad

Durante la crisis y posterior a la contención



#### Dirigido a

NNAJ y sus familias/equipo multidisciplinario



#### Materiales

No requiere.

El miedo es una reacción que todas las personas presentan en situaciones que los ponen en riesgo o les pueden causar daño. Las reacciones que las personas pueden tener ante ello son de huida, parálisis o lucha.

A veces, aunque el evento haya pasado es probable experimentar algunos niveles de miedo. Esto es normal y para ello es importante realizar algunas acciones que ayuden a minimizarlo: evitar tomar bebidas energéticas como café o cargadas con mucha azúcar como bebidas carbonatadas, ya que ello puede aumentar la sobrevigilancia relacionada con el miedo.

De igual manera comprender que hay miedos reales e imaginarios, los reales deben ser validados y tomar medidas para prevenir o alejarse de las situaciones que pueden causar daño. Respecto a los miedos imaginarios se recomienda escribirlos en un papel y buscar evidencia que ayude a minimizarlos.

Esto puede ser usado como parte de la normalización de reacciones emocionales, como el miedo en niñas y niños, explicando la función de éstos sobre el evento ocurrido.

### Herramienta 15: Psicoeducación para grupo familiar o acompañantes en casos de suicidio



#### Temporalidad

Durante la crisis y posterior a la contención.



#### Dirigido a

Grupo familiar o de apoyo



#### Materiales

No requiere.

Es importante abordar con el grupo familiar las diferentes reacciones emocionales, cognitivas y conductuales que pueden presentarse en su dinámica a consecuencia del evento. La mejor forma de hacerlo es brindando información oportuna y orientaciones para el manejo de las posibles reacciones y los procesos que son necesarios según el caso.

Se recomienda llevar un registro (ver Anexo 4: Estudio de la ideación suicida) de estas orientaciones y de quienes participan, ya que también es un respaldo de la acción desarrollada para la o el profesional que luego podría ser usado para tomar medidas legales en casos de los NNA.

Se debe brindar información a la familia sobre la ideación e intento suicida, explicar algunos factores que influyen en estos, posibles señales (revise 2.1 Señales en adolescentes), ayudar a la familia a desmitificar creencias erróneas que pueden afectar el apoyo que brindan a su ser querido (revise Anexo 3, “mitos sobre el suicidio”), explicar al grupo familiar la importancia de la cohesión, y el rol que deben tener dentro de ésta.

Es probable que el grupo familiar requiera de un espacio para expresar su estado de ánimo. La culpa, el miedo y el enojo son las reacciones emocionales más comunes y se debe ayudar a la familia a reconocerlas y expresarlas. Además, mencionar algunos cambios que pueden tener en su dinámica, como en sus roles familiares, supervisión, hábitos alimenticios, de sueño e hipervigilancia. En este caso es importante explicar que adolescentes necesitan supervisión sin invadir permanente su privacidad, ya que esto puede convertirse también en un factor estresor.

Se debe hacer énfasis en la importancia de la continuidad del proceso terapéutico según lo indicado por personal de salud (psicología/psiquiatría), explicar los riesgos de no hacerlo, como la posibilidad de que se repita y sea efectivo, así como falsos indicadores de normalidad. Este proceso debe continuar hasta que el profesional de salud mental lo considere necesario.

Se debe consultar a la familia sobre preocupaciones que pueden tener. Si son del área de experticia de quién brinda el acompañamiento se deben brindar las recomendaciones pertinentes, sino la referencia a otras organizaciones e instituciones es importante, así como informar sobre el proceso burocrático que puede haber en ello e implicaciones legales, etc.

De ser posible se deben brindar herramientas de respiración o relajación para hacer en el hogar y minimizar el estrés y ansiedad que pueden experimentar.

### Herramienta 16. Atención en crisis en situaciones de violación sexual



#### Temporalidad

Durante la crisis y posterior a la contención, dentro de las primeras 72 horas.



#### Dirigido a

Personal multidisciplinario



#### Materiales

No requiere.

Si se tiene conocimiento de un caso de violación sexual que ha ocurrido en las primeras 72 horas, hay algunos aspectos que se deben tener en cuenta en el actuar. Esta situación es considerada como “urgencia médica”, es decir que no hay minuto que perder.

### ¿Qué es lo que se debe hacer?

1. Brindar atención en crisis a la persona. Esto en algunos casos puede significar acompañar en silencio y escuchar, asegurarse que se siente segura y garantizar su privacidad, expresarle que nada de lo ocurrido es su culpa. No se recomienda hacer preguntas exploratorias, ya que puede causar revictimización y generar mayor daño.
2. Ponerse en contacto inmediato con el servicio de salud más cercano.
3. Información que se debería brindar a la persona que ha vivido el evento:
  - a. Debe ser llevada a atención médica urgente para que pueda recibir la profilaxis indicada, la cual incluye una cantidad de retrovirales que ayudarán a evitar el contagio de VIH, sífilis, gonorrea y otras enfermedades de transmisión sexual.
  - b. Lo probable es que hagan una prueba rápida de VIH previa al tratamiento, así como prueba de embarazo.
  - c. Brindarán una pastilla de “emergencia”, para evitar posible embarazo, haga énfasis que esta no es una “pastilla abortiva”.
  - d. Deberán vacunarle contra Hepatitis y Tétano para prevención de complicaciones.
  - e. En el caso de existir, realizaran curación de heridas.
  - f. Es probable que durante 30 días la persona deba estar ingresada para su seguridad médica, psicológica y social, tiempo en el cual cumplirá con el tratamiento médico (el cual genera malestar general, pero es importante tomarlo sin falta todos los días, el personal médico brindará mayor información al respecto).
  - g. La institución encargada se hará presente para que pueda brindar su denuncia ante el evento experimentado, así como las medidas de protección necesarias dependiendo de la edad y circunstancias del evento.
  - h. La atención psicológica es importante posterior al evento para reducir riesgo de desarrollar Trastorno de Estrés Post-traumático, ideación e intento suicida, entre otros.

## 5. Herramientas para el grupo familiar o redes de apoyo.

Adaptación de Como Implicar a las familias con niños de 0-12 años en la aplicación de los primeros auxilios psicológicos, Porcar, I. Barcelona: Unidad de Trauma, Crisis y Conflictos de la Facultad de Psicología de la UAB.

A continuación, se describen algunas pautas para la atención en crisis que se pueden implementar en el hogar, las cuales pueden ser orientadas por quien brinda acompañamiento psicosocial como parte de la psicoeducación, así como parte de actividades grupales dirigida a cuidadoras/cuidadores a nivel preventivo.

## Herramienta 17. Orientaciones para brindar atención en crisis a NNA (0-3 años)

Estas orientaciones deben ser brindadas al grupo familiar como forma de apoyar en el hogar, minimizar las reacciones de las niñas, los niños, adolescentes, y la frustración de los responsables, así como potenciar los recursos del sistema familiar como red de apoyo.



### Temporalidad

Durante la crisis y posterior a la contención.



### Dirigido a

Grupo de apoyo familiar



### Materiales

No requiere.

<b>Contener</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar separarse de la niña/o.</li> <li>• Tomar sus manos.</li> <li>• Reorientar sus conductas de apego descontrolado, por ejemplo, distraerle con juguetes o con alguna canción.</li> <li>• Brindar un espacio para el llanto.</li> </ul>
<b>Calmar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayude a que se relaje.</li> <li>• Permita que sienta su comprensión, cariño y apoyo.</li> <li>• Facilítele la liberación de energía nerviosa.</li> <li>• A las niñas o niños mayores a 2 años ayúdeles a poner nombre las emociones, por ejemplo “es normal que estés triste” o “cuando nos sentimos muy triste lloramos, pero luego nos sentimos mejor” “está bien tener miedo”.</li> </ul>
<b>Informar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intente explicar lo ocurrido con un lenguaje acorde a su edad.</li> <li>• Haga uso de frases cortas, hágale saber que no estará solo, así como lo que podría ocurrir más adelante (relacionado a procesos médicos, dinámicas familiares, rituales, etc.)</li> <li>• No le oculte información importante, tampoco le mienta.</li> <li>• Dígale a menudo que entiende y sabe que esta triste, y que puede tener miedo”</li> </ul>
<b>Normalizar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenga las rutinas previas, pero de no tenerlas asigne una para dormir adaptada a la situación.</li> <li>• No le obligue a comer si no tiene hambre, pero puede ofrecer alternativas saludables en figuras de animales o de su interés.</li> <li>• Intente que la hora de comer sea en un ambiente agradable.</li> <li>• Ayúdele a expresar sus sentimientos a través de actividades lúdicas, una muy útil es el dibujo o la representación de lo que siente con juguetes.</li> </ul>
<b>Consolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procure realizar actividades positivas con la niña/o</li> <li>• Escuche cuando la niña o el niño hable.</li> <li>• Permítale tener el control de cosas pequeñas, como la ropa que desea usar o alguna actividad recreativa que desea hacer.</li> <li>• Ayúdele a expresar sus sentimientos a través de actividades lúdicas, como pintar, dibujar o ubicar expresiones a rostros.</li> </ul>

### Herramienta 18. Orientaciones para brindar atención en crisis a NNA (3-6 años)

Estas orientaciones deben ser tenidas en cuenta por el equipo profesional y ser brindadas al grupo familiar para minimizar las reacciones de las niñas, los niños, adolescentes y la frustración de los responsables, así como potenciar los recursos de los sistemas familiares como red de apoyo.



**Temporalidad**

Durante la crisis y posterior a la contención



**Dirigido a**

Grupo de apoyo familiar/equipo multidisciplinario



**Materiales**

No requiere.

<b>Contener</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar que hay comodidad y descanso.</li> <li>• Brindar muestras de cariños frecuentes como abrazos, besos, palabras dulces.</li> </ul>
<b>Calmar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando hable con ella /él haga uso de voz baja y suave.</li> <li>• Realice actividades relajantes como respirar o ejercicios de estiramiento a través de juegos.</li> <li>• Trate de distraerle con elementos de su mundo imaginario, la fantasía es una herramienta muy útil en esta edad.</li> </ul>
<b>Informar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando brinde alguna información haga uso de un lenguaje adecuado, sin tecnicismos.</li> <li>• Explique lo ocurrido de forma simple y honesta, sin detalles innecesarios.</li> <li>• Trate de responder a todas las preguntas, las cuales pueden ser muchas, y ocasionalmente la misma repetitivamente.</li> <li>• Explique la diferencia entre sueños, miedos y vida real. Puede ser complicado para ella/él distinguirlos.</li> <li>• Explique el carácter permanente de la muerte y tristeza que esta causa, la explicación de la muerte dependerá de las creencias religiosas y valores de la familia.</li> </ul>
<b>Normalizar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poner nombre a sus emociones y validarlas, explicar que es normal sentirse así ante la situación que está experimentando.</li> <li>• Es probable que, debido al desconocimiento de sus emociones, su tristeza la exprese como enojo, lo cual debe validarse y brindar alternativas para expresarlas.</li> <li>• En el caso de que se presenten regresiones, debe invitarle a comprender que son temporales y no castigar al respecto.</li> </ul>
<b>Consolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayúdele entender qué es lo que ha ocurrido.</li> <li>• Trate de mantener rutinas familiares dentro de lo posible.</li> <li>• Permita que realice actividades productivas, como sembrar frijoles y seguir el crecimiento de ello, apoyar en la preparación de meriendas, así como integrarse de forma activa en quehaceres domésticos.</li> <li>• No fuerce a hablar del suceso, respete los silencios y el tiempo para procesar el evento que cada niña/o puede experimentar.</li> <li>• Permítale que participe en rituales de duelos culturales y religiosos.</li> </ul>



## Herramienta 19. Orientaciones para brindar atención en crisis a NNA (9-12 años)

Estas orientaciones deben ser consideradas por el equipo profesional y ser brindadas al grupo familiar para minimizar las reacciones de niñas, niños, adolescentes y la frustración de los responsables, así como potenciar los recursos de los sistemas familiares como red de apoyo.



### Temporalidad

Durante la crisis y posterior a la contención



### Dirigido a

Grupo de apoyo familiar/equipo multidisciplinario



### Materiales

No requiere.

<b>Contener</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar que las emociones no se desborden.</li> <li>• Lograr un equilibrio entre la ventilación emocional y el control racional.</li> <li>• Dejar cierto espacio para que puedan estar solas o solos (a esta edad es probable experimentar vergüenza ante algunas emociones), pero tampoco abandonar completamente.</li> </ul>
<b>Calmar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hablar en voz pausada y serena.</li> <li>• Ofrecer motivos y razones que ayuden a tranquilizarse.</li> <li>• Recordar alguna situación previa en la que controló sus miedos.</li> <li>• Permitirle distraerse viendo la televisión, jugando con amigas/amigos, etc.</li> </ul>
<b>Informar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar un lenguaje adulto, pero sencillo.</li> <li>• Responder con claridad y sin evasivas a sus preguntas.</li> <li>• No dar más información de la que pidió, pero invitar a formular más preguntas.</li> <li>• Si no quiere saber nada, está evitando el dolor. Es importante retomar el tema al día siguiente.</li> <li>• Si el incidente implica la muerte de alguien, abordar el tema de forma directa, sin rodeos.</li> </ul>
<b>Normalizar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al preadolescente a expresarse, pero sin forzarle a ello.</li> <li>• Tampoco obligarle a hablar: posiblemente prefiera estar con sus amistades.</li> <li>• Explicarle que hay muchas formas de estar triste y de “llorar sin lágrimas” y que a veces el mal humor es una de ellas.</li> <li>• Explicarle que no es necesario estar triste todo el tiempo, si ha habido una muerte en la familia.</li> </ul>
<b>Consolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitirle participar en los rituales de despedida.</li> <li>• Animarle a explorar actividades que le ayuden a estar mejor y a realizarlas.</li> <li>• Permitirle volver a la escuela y a las actividades habituales.</li> <li>• Fomentar el contacto y tiempo con su grupo de iguales.</li> </ul>

## 6. Herramientas para el manejo grupal

Beristain (2000), considera algunas ventajas de realizar intervenciones grupales como:

**Dar sentido a la realidad.** Objetivar los hechos, dar sentido a lo que sucede, a partir de elementos ideológicos, religiosos, simbólicos y de análisis de la realidad. El primero es dar sentido a la realidad. El grupo puede facilitar esta tarea mucho más ampliamente que una relación terapéutica individual. Puede ayudar a objetivar los hechos, dar sentido de lo que sucede a partir de la cultura o aspectos ideológicos o religiosos. Al hacer un análisis de la realidad, la gente puede objetivar muchos de los problemas que no son sólo una percepción subjetiva, sino un hecho objetivo. Es como las personas expresan lo vivido, dado que en ocasiones no cuentan con el tiempo de apreciar y de analizar la situación.

**Espacio de encuentro y distensión:** actividades sociales gratificantes o con sentido cultural. El grupo es un espacio de encuentro y distensión para hacer actividades sociales gratificantes o con un sentido cultural, una reafirmación de una identidad colectiva. Potenciar esos espacios pueden ser un elemento no solamente para hablar de la afectividad negativa o hechos traumáticos negativos, sino para hacer también una recuperación positiva de la propia vida.

**La capacidad de sostenerse mutuamente.** “Prestarse fuerzas” mutuamente, de forma que se genere la energía necesaria para sostenerse y funcionar. A veces una persona está un poco más afectada y otra tiene un poco más de fuerza, eso puede generar una energía en el grupo que ayude a sostenerse.

**Controlar las reacciones impulsivas.** El grupo puede ayudar a los miembros a no dejarse llevar por reacciones poco meditadas o sentimientos no contrastados. Se puede así evitar una descarga emocional excesiva, favoreciéndola de forma “regulada” e intentando comprender a los demás. El grupo puede ayudar a que las personas puedan expresar muchos de sus problemas en un medio más controlado, porque saben que otras tienen también el mismo problema.

**Reconocer los sentimientos.** Compartir y dar sentido a sentimientos que hasta entonces se han escondido o negado por considerarlos negativos, por vergüenza, prejuicio social o por estar fuera de la propia escala de valores.

**Generalizar las experiencias.** Ayuda a que la persona se “abra” y a liberar la imagen que pueda tener de sí misma como desviada. Esto ayuda también a reestructurar las “normas” implícitas, haciéndose más liberadoras de sí mismo (por ejemplo: yo soy el raro porque me siento culpable). Se ha observado que parte del impacto en sobrevivientes es la sensación de confusión, de culpabilidad o rabia, y esto puede hacer que mucha gente cambie la percepción de sí misma y se sienta cuestionada.

**Llevar adelante soluciones.** Las decisiones o soluciones discutidas y propuestas en el grupo se integran mejor y se utilizan más fácilmente por las personas.

**Desarrollar el poder colectivo.** La suma de fuerzas individuales y el potencial desarrollado por el proceso del grupo sitúan a éste en una postura activa frente a los problemas. Esto puede ser especialmente valorado y concretado en las últimas fases del proceso del grupo. Los espacios colectivos también están orientados hacia la transformación de sus condiciones y al cambio individual y colectivo. Hay dos cosas que son claves. Una es que el grupo ayuda a llevar adelante soluciones, ya que las decisiones que son tomadas en grupo son más realistas y se integran más fácilmente. La otra es que el grupo constituye una suma de recursos y tiene un poder colectivo.

**Facilitar la expresión colectiva.** Las formas culturalmente aceptables de simbolizar la experiencia, pueden facilitar no sólo la expresión, sino la identificación colectiva, y promover la reconstrucción del sentido de identidad (ritos colectivos, celebraciones, etc.)

### Herramienta 20: La pluma secreta

Esta actividad tiene como objetivo brindar un espacio de participación, de manera voluntaria, confidencial y dirigida, para conocer sobre el suicidio sin necesidad de detalles morbosos o uso de imágenes dramáticas (puede adaptarse para otros temas que por su naturaleza pueden resultar incómodos, como violencia sexual). Además, brinda la idea que las conductas autolíticas y el suicidio son un instrumento para lograr determinados fines, pero con un desenlace inevitable, la muerte.



#### Temporalidad

Posterior a la contención.



#### Dirigido a

Grupo de niñas/niños y adolescentes



#### Materiales

papelógrafos, plumones del mismo color.

#### Indicaciones:

1. Se hace entrega de fichas y marcadores de un mismo color a cada participante.
2. Cuando cada participante cuente con su ficha y marcador, se solicita que escriban que conocen sobre “conductas autolíticas y casos de suicidio”.
3. Cuando los y las participantes hayan finalizado, se deberá recoger cada una de las fichas.
4. Al terminar de recoger las fichas, se comenta con el grupo lo identificado en ellas, recolectando así no solo puntos de vista sino también mitos sobre el suicidio, y permite tomar las medidas necesarias según lo identificado en el grupo.
5. Quien facilita deberá orientar sobre lo identificado (ver Anexo 3: Guía para psicoeducación a familia ante ideación e intento suicida, mitos del suicidio).
6. Es importante brindar un espacio al final de la actividad para que quienes lo necesitan puedan acercarse y recibir apoyo u orientaciones específicas.

### Herramienta 21: El dibujo de los miedos

Es otra técnica que facilita la exteriorización de vivencias y sentimientos negativos. El objetivo final es socializar los miedos del grupo, para analizar como el miedo es una situación que todas las personas experimentan y han vivido de algún modo, lo cual contribuye a restarle atención al tema. El grupo funciona como espacio de interinfluencia recíproca para minimizar y desmontar los miedos (Cabrera, 2013).

Puede ser complementada con herramienta de psicoeducación sobre el miedo.



#### Temporalidad

Posterior a la contención.



#### Dirigido a

Grupo de niñas/niños y adolescentes



#### Materiales

Hojas de papel bond, lápices y colores.

#### Indicaciones:

1. Se hace entrega de hojas de papel bond y lápices.
2. Se pide que dibujen sus miedos, se brinda un espacio para hacerlo.
3. Posterior a ello, se conversa sobre los miedos que experimentan y se trata de identificar miedos racionales o reales de miedos irracionales o imaginarios.
4. Se brinda una breve psicoeducación sobre las funciones del miedo en el día a día.
5. Se identifican estrategias para minimizar el miedo que experimentan, por ejemplo, acercarse a una figura de apoyo, expresarlo, alejarse, etc.

### Herramienta 22: Respiración controlada



#### Temporalidad

Posterior a la contención.



#### Dirigido a

Grupo de jóvenes y adolescentes



#### Materiales

Hojas de papel bond, lápices y colores.

**Indicaciones:** Es una técnica de relajación que consistente en que las personas sigan un patrón de respiración abdominal lento de ocho veces por minuto, que reduce el estado de actuación producido por el evento de crisis o potencialmente traumático.

## Herramienta 23: Contención-Comprensión

Es la acción de contener o moderar los propios impulsos, instintos, pasiones, etc. Contener sería tener una cosa en sí misma o en su interior, y comprender se refiere a la actitud expresada hacia los actos comportamientos o sentimientos de los demás en una situación de crisis. Ambas funciones y acciones son inseparables y desde la perspectiva psicológica aluden a un mismo objetivo: la organización de un espacio que facilite la elaboración, el desarrollo de las capacidades mentales e impulsos, para contrastarlos con la realidad y ponerlos en acción de una forma saludable al momento del acompañamiento.



### Temporalidad

Durante la crisis.



### Dirigido a

Población en general.



### Materiales

Hojas de papel bond, lápices y colores.

**Indicaciones:** El principio básico de esta tarea es que la persona encargada de brindar el acompañamiento pueda percibir y empatizar con el sufrimiento, conflicto y ansiedades del grupo. Con el fin de tenerlas dentro o contenerlas con sus capacidades mentales, formación teórica y práctica, para que en un segundo tiempo devuelva al grupo algo suficientemente elaborado o mentalizado que permita a su vez la contención de este conflicto, sufrimiento, ansiedad, etc. en su propio espacio mental, ajustado a la realidad y así facilitar el progreso y desarrollo de su salud psíquica. En conclusión, es la capacidad de la persona encargada de brindar el acompañamiento para reformular la percepción y el sentir del colectivo sobre la situación de crisis experimentada (Escario, 1992).



The background is a vibrant orange color. In the top-left corner, there is a pink, irregular shape with a black outline. In the top-right corner, there are two overlapping circles in a lighter shade of orange. In the bottom-right corner, there is a teal, irregular shape with a black outline. In the bottom-left corner, there is a wavy, light orange shape. The word "Anexos" is centered in the middle of the page in a white, bold, sans-serif font.

# Anexos

## Anexo 1. Psicoeducación, brindando el tema de “Violencia Sexual”

El proceso de psicoeducación consiste en brindar la información necesaria para que la persona pueda tener claridad sobre el tema y, posteriormente al proceso de psicoeducación, brindar un espacio de preguntas y respuestas.

**Nota:** Antes de dar inicio al proceso de psicoeducación la persona facilitadora debe mencionar que, si existe la necesidad de contar una experiencia personal o hacer una consulta sobre el tema, se puede realizar en privado al finalizar la psicoeducación.

**La persona encargada de brindar la psicoeducación y la atención en crisis debe conocer los lineamientos de abordaje según la institución de procedencia**

### Objetivos:

- Fortalecer los conocimientos acerca de los conceptos de violencia sexual.
- Identificar la violencia sexual como una urgencia médica y detectar los canales de atención.
- Identificar signos y síntomas de un sobreviviente de violencia sexual.
- Conocer como canalizar a una persona que ha vivido violencia sexual.

### ¿Qué es?

- **Violencia sexual:** Cualquier acto, intento o comentario de naturaleza sexual ejercido sin el consentimiento de la persona, independientemente de la relación.
- **Agresión sexual:** Invasión física sin penetración, amenaza o intento de invasión física por la fuerza o coacción, así como acoso o insinuaciones.
- **Violación:** Relación sexual no consentida; invasión o penetración del conducto vaginal, anal u oral con un órgano sexual, objeto o parte del cuerpo, mediante fuerza, amenaza, coacción o manipulación.

### Signos y síntomas específicos de abuso sexual:

- Lesiones o evidencias de abuso en el área genital y/o anal.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Flujo vaginal.
- Embarazo.

### Signos y síntomas psicológicos inespecíficos:

- Miedos, temores.
- Evitaciones / fobias.
- Culpa, vergüenza.
- Fugas de la realidad.
- Emotividad exagerada.
- Agresividad.
- Depresión, tristeza.
- Cansancio / apatía.
- Aislamiento.

### Reacciones a la violencia sexual y de género:

- Dificultad para hablar de lo ocurrido.
- Miedo y sospechas.
- Expresión intensa de las emociones.
- Represión de los sentimientos.
- Sentimiento de culpa.
- Tristeza prolongada.
- Rabia prolongada.
- Dificultad de mantener relaciones sexuales.
- Miedo al rechazo o maltrato social.

### ¿Qué hacer si una persona o menos cuenta que vivió violencia sexual?

- Creer en la persona.
- Actuar con cautela.
- No juzgar.
- No culpar.
- No re victimizar.
- Referir.



## Anexo 2. Tarjetas, secretos buenos y secretos malos

<p>“Si lo cuentas nadie te va creer”, le dijo su tío a Fernanda. Ella no le decía que la tocaba de una manera que le daba pena.</p>	<p>Sebastián llegó a clases con una pelota nueva. Cuando le preguntan quién le da tantos regalos, Sebastián mira hacia abajo y dice que no puede contarlos.</p>
<p>Federica me contó que tiene un novio, y nadie más lo sabe. Dice que, aunque su novio es mayor de edad, la trata bien y la quiere de verdad.</p>	<p>Mi mamá me dejó que yo eligiera el regalo para mi hermano, con la condición que no le cuente a nadie lo que es.</p>
<p>Esaú se irá a vivir a otra casa y la próxima semana le haremos una despedida, ¡pero no le podemos contar porque es una sorpresa!</p>	<p>Mi papá no nos había contado que el tío Chano y mis primos habían llegado a la ciudad. Nos pusimos muy contentos de saber que nos visitarán.</p>
<p>Mi mamá me pidió que no le dijera a mi hermana que la sopa tiene cebolla, porque si no, dejará de comer.</p>	<p>La próxima semana iré a la casa de mi tía para felicitarla por su cumpleaños y le llevaré un regalo sorpresa escondido.</p>
<p>Estela me enseñó unas marcas de golpes que tenía en las piernas, pero cuando le pregunté qué había pasado, me dijo que no me podía contar.</p>	<p>Hace tiempo que mi amigo Tony anda extraño y no me quiere contar lo que le pasa, porque dice que su tío le puede pegar.</p>

Técnica retomada y adaptada de UNICEF (2018),  “Mi Sol”, Chile.

### Anexo 3: Guía para psicoeducación a familia ante ideación e intento suicida

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Conocida/o por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Sesión única: \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Consejero/a: \_\_\_\_\_

Personas que participan de la psicoeducación:

Nombre	Parentesto

Aspecto	Si	No
Conversar sobre la confidencialidad y limitantes de esta, establezca rapport, recuerde generar un ambiente que transmita confianza.		
Informar sobre ideación suicida y desmitifique creencias erróneas (vea apartado de 2.2 Mitos respecto del suicidio).		
Normalizar reacciones emocionales como sentimientos de culpa, vergüenza o ansiedad ante el evento.		
Informar sobre la importancia de la cohesión familiar en esta situación, de la atención psicológica y de la continuidad del proceso terapéutico.		
Escuchar el estado de ánimo de los acompañantes o familiares. A veces puede haber sentimiento de culpa, miedo o enojo relacionados.		
Informar sobre las reacciones normales en la familia y algunas conductas que pueden presentar, como estar hipervigilantes, cambiar rutinas de sueño o alimentación.		
Sondear preocupaciones que pueden tener al respecto.		
Brindar orientaciones si corresponde a su área de experticia.		
Brindar orientaciones o las referencias correspondientes a otras organizaciones o instituciones.		

Aspecto	Si	No
Informar sobre actuación coordinada de la familia, implicaciones legales, procesos burocráticos, en los cuales se debería orientar al servicio que corresponde.		
Posibilitar la exteriorización del dolor, legitimar síntomas experimentados, disminuir el estrés de amenazas psicológicas, detectar distorsiones cognitivas, aprovechar el beneficio de la cohesión familiar, detectar síntomas atípicos, y resolución de dudas puntuales.		
Trabaje en conjunto con algunas herramientas de respiración o relajación que pueden favorecer el proceso de transición.		

Acuerdos (si aplica)

Referencias (si aplica)

## Anexo 4. Estudio de la ideación suicida

Extraído de Manual de urgencias psiquiátricas, Hyman y Tesar, 1996.

### A) ¿CUÁNDO EXPLORAR LAS IDEAS SUICIDAS?

1. Cuando se ha realizado un intento suicida.
2. Cuando se explicita una idea o una intención suicida.
3. Cuando se niega de una manera muy rígida y terminante, pero su conducta hace pensar que intentó quitarse la vida (intoxicación con sedantes “para dormir”; corte de muñecas “por accidente”).
4. Cuando tiene conductas sospechosas de ideación suicida (compra de un arma, una cuerda, o medicación en exceso; reparte sus pertenencias o escribe un nuevo testamento, etc.).
5. Cuando hay síntomas o signos de enfermedades psiquiátricas que predisponen al intento suicida (depresión, alcoholismo, etc.). Este tema se desarrolla en el examen del estado mental del paciente.

### Hay algunas premisas básicas que se deben tener en cuenta ante una persona potencialmente suicida:

1. Nunca desentenderse de las manifestaciones suicidas.
2. No juzgar a la persona por que tenga deseos de morirse. De lo contrario no se sentirá entendida y no querrá seguir hablando de lo que le sucede.
3. No hay que temer a las ideas suicidas. La muerte es una posibilidad más dentro de los sucesos de la vida y querer morir es un síntoma de haber sido sobrepasado por las circunstancias.
4. Preguntar francamente sobre las ideas suicidas. Las preguntas imprecisas tienen respuestas ambiguas.

### B) EJEMPLOS DE PREGUNTAS Y TIPOS DE RESPUESTAS EN LA EXPLORACIÓN DE LA TRAMA SUICIDA

#### 1) Preguntas sobre ideas suicidas:

- ¿Alguna vez tuvo la impresión de que las cosas no valen la pena?
- ¿Pensó alguna vez que la vida no vale la pena ser vivida?
- ¿Alguna vez se sintió tan mal que pensó que sería mejor estar muerto?
- ¿Pensó que sería mejor matarse antes que sentirse como se siente ahora?
- ¿Pensó alguna vez en matarse?

→ Si tiene **ideas suicidas pasivas**, que tienen que ver con desear no vivir, desear estar muerto, desear morir, pero no de matarse, podrá decir:

- “Ojalá me agarrara un infarto mientras estoy durmiendo”.
- “Así no vale la pena vivir”.

- “No me mataría, pero si Dios quisiera hacer que todo termine...”.

→ Si tiene **ideas suicidas activas**, que tienen que ver con querer o pensar en la posibilidad de matarse, las respuestas serán del tipo de:

- “Estuve pensando en matarme”.
- “Pensé en matarme, pero no quiero sufrir”.

## 2) Preguntas sobre planes o métodos suicidas:

- ¿De qué manera se le ocurrió que podría matarse?
- ¿Se le ocurrieron otras formas de matarse?
- ¿Planeó cuándo lo iba a hacer?
- ¿De qué manera lo había planeado?
  - Puede no haber pensado en algún método para matarse, pero si pensó en un método concreto para quitarse la vida, interrogar:
    - ¿Puede describir el método?

### Respuestas:

- “Pensé en tomarme todas las pastillas que tengo y acostarme en la cama a la mañana, cuando ya todos se hayan ido”.

### Preguntas:

- ¿Con qué frecuencia lo piensa?
- ¿Intentó llevarlo a la práctica?

### Respuestas:

- “Estuve pensando en tirarme debajo de un tren. Fui varias veces hasta la estación y no me animé”.

## 3) Preguntas sobre el acceso que tiene a medios letales:

- ¿Tiene con qué matarse?
- ¿Tiene acceso al método elegido?
- ¿Tiene un revolver en su casa?
- ¿Tiene medicación en su casa?
- ¿En qué piso vive?

### Respuestas:

- “Fui a comprar una escopeta y la tengo cargada en el armario para cuando esté solo”.
- “En realidad nunca tomé la medicación que me dio mi médico y la guardé para este momento”.

**4) Investigación sobre los antecedentes de intentos suicidas:**

- ¿Alguna vez estuvo a punto de matarse y no pudo hacerlo o se arrepintió?
- ¿Intentó antes suicidarse?
- ¿Por qué intentó matarse antes? ¿Por las mismas razones que ahora?
- ¿Hubo cambios en el motivo por el que intentó matarse?

**Respuesta:**

- “Hace dos años cuando murió mi papá intenté matarme. Hace 3 días murió mi mamá y no lo soporto”.

**5) Expectativas de futuro de la persona:**

- ¿Cree que puede intentar matarse en los días siguientes?
- ¿Por qué se quiere matar?
- ¿Qué motivos tiene para no matarse?
- ¿Tiene familia que sufriría si usted se mata?
- ¿Y ahora, qué va a hacer? ¿Cómo ve su futuro? ¿Tiene cosas pendientes que le interese terminar?

**Respuestas:**

- “¡No puedo controlar las ganas de matarme!”.
- “Antes pensaba en lo mal que les hacía a mis hijos si me mataba. Ahora creo que ellos van a estar mejor si yo estoy muerta”.
- “Ya no sé qué hacer. Mi vida está destrozada. Ya no me queda nada para hacer acá”.
- “Ya me despedí de todos y regalé todo lo que tenía”.

**6) Ideas suicidas junto con ideas delirantes o con un discurso incoherente. Hay que investigar si hay patología psiquiátrica:**

- ¿Hay alguna cosa que le haya parecido extraña?
- ¿Alguien le dijo que debía matarse?
- ¿Hay voces que le dicen que se mate?
- ¿Tiene alguna finalidad que usted se mate?
- ¿Qué pasaría si usted no se mata?
- ¿Está tomando alguna medicación?
- ¿Está en tratamiento médico o psiquiátrico?

**Respuestas:**

- “Tengo que tomar lavandina para purificarme y salvar al mundo”.
- “¡Déjenme! No ven que están viniendo ¡Son del Infierno! ¡Salvajes! ¡Me tengo que escapar! ¡Suben! ¡Me tiro por la ventana!”.

**7) Investigar si hay ideas homicidas junto a las ideas suicidas.**

- ¿Pensó en matarse junto con alguna otra persona?
- ¿Esta persona está de acuerdo en que ambos se maten?
- ¿Pensó en matar a alguien?

**Respuestas:**

- “Me voy a pegar un tiro. Pero no me voy a morir sólo: ella me va a acompañar”.

## Bibliografía

Agencia de Cooperación Alemana. (2019). *Diagnóstico de ofertas de apoyo psicosocial y competencias de profesionales que realizan acciones de atención psicosocial en siete municipios de CA. GIZ.*

Aguirre, Y. y García, M. (2019). *Módulo 3: Manejo de Experiencias Traumáticas.* Proceso de formación en atención psicosocial, Programa Alternativas. San Salvador: GIZ.

Alarcón, E., Alcaraz, M.B., Corpas, A., López, A., Montilla, A., Navarro, R. y Soriano, A. (2005). *Intervención psicológica ante situaciones de emergencia y desastres.* España: Patronato Provincial de Servicios Sociales de Córdoba.

Beristain, C. (2000). Apoyo psicosocial en catástrofes colectivas: de la prevención a la reconstrucción. *Asociación Venezolana de Psicología Social, AVESPO.* Carácas, Venezuela.

Cabrera, R. (2013). Las técnicas creativas en la psicoterapia grupal infantil. *Alternativas cubanas en psicología*, 1(3).

Comins-Mingol, I. (2015). De víctimas a sobrevivientes: la fuerza poética y resiliente del cuidar. *Convergencia*, 22(67), 35-54.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2015). *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América.* OEA/Ser.L/V/II. Rev.2.Doc. 36

Comité Permanente entre Organismos. (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia Humanitarias y Catástrofes.* Ginebra: IASC.

Domínguez, P.C., Pena Andreu, J.M., Ruiz Ruiz, M. (s.f.). *Las conductas suicidas.* Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Málaga. Recuperado de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf>

El Proyecto Esfera. (2011). *Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria* (3era Ed.). Ginebra: El Proyecto Esfera.

Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial. (1998). *Nuestras Molestias, técnicas participativas de apoyo psicosocial.* Guatemala: ECAP.

Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial. (2004). Técnicas de escucha responsable. Guía para el facilitador y promotor de salud mental comunitaria. *Serie Cuadernos de Salud Mental* (1). Guatemala: ECAP.

Escario, L. (1992). Contencion y comprension en intervenciones psicoterapeuticas breves. *VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia de Niños y Adolescentes (SEYPNA).*

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). *Tarjetas juego de los secretos buenos y secretos malos.* Chile: Educarchile.

Hernández Marin, I. y Gutierrez López, L. (2014). *Manual Básico de Primeros Auxilios Psicológicos.* Universidad de Guadalajara. Recuperado de [https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2016/08/manual-primeros-auxilios-psicolc3b3gicos\\_2014.pdf](https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2016/08/manual-primeros-auxilios-psicolc3b3gicos_2014.pdf)



- Hyman, S.E., Tesar, G.E. (1996). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Salvat.
- Lester, David; *Listening to the silence*. A column from Befrienders International. Revista Crisis, Vol. 19/3, Pág. 105-108. Kirkland, Washington, EE.UU., 1998.
- Mazariegos, J. (2019). *Módulo I: Manual de acompañamiento psicosocial de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en condiciones de vulnerabilidad y riesgo de migración irregular*. Proceso de formación en atención psicosocial, Programa Alternativas. Ciudad Guatemala, Guatemala: GIZ.
- Ministerio de Salud de Colombia (2019). *Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Colombia.
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2006). *Modelo de Intervención en crisis en situaciones de emergencias y desastres*. El Salvador: Autor.
- Morgan, J. (2009). *Making a hero book. A guide for facilitators*. Johannesburg: REPSSI.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2006) *Glosario sobre migración*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra: OMS.
- Porcar, I. *Como Implicar a las familias con niños de 0-12 años en la aplicación de los primeros auxilios psicológicos*. Barcelona: Unidad de Trauma, Crisis y Conflictos de la Facultad de Psicología de la UAB.
- Slaikue, K. A. (1990). *Crisis intervention: A handbook for practice and research* (2nd ed.). Allyn & Bacon.
- Slaikue, K. (1996). *Intervención en crisis*. (2 ed.) México: Manual Moderno.
- Torras, A. (coord.). (s.f.). *Guía de autoayuda. Prevención del Suicidio ¿Qué puedo hacer?* España: SM Comunidad de Madrid.
- Universidad Autónoma de Barcelona (2012). *Manual de primeros auxilios psicológicos: “Como implicar a las familias con niño de 0-12 años”*.
- Universidad Industrial de Santander. (2014). *Guía de atención paciente en crisis emocional. Primeros auxilios psicológicos*. Recuperado de [https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/guias/GBE.80.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf)
- Universidad de Oviedo. (2016). *Psicoeducación*. Recuperado de <https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/01/Psicoeducacion%20n.pdf>



