

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN
VIOLENCIA DE GÉNERO

**PRIMEROS
AUXILIOS
PSICOLÓGICOS**

MGST JUAN DIEGO CARPIO ESPINOZA
MGST. HENRY RAFAEL CADENA POVEA

IBARRA ECUADOR

2020

CRÉDITOS

Protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos para Emergencias de Violencia de Género y Violencia Sexual.

Autores:

MsC. Juan Diego Carpio Espinoza
Presidente de la Sociedad Ecuatoriana
de Psicotrauma y Atención de Crisis, Emergencias y Desastres

MsC. Henry Cadena Povea
Docente de la Universidad Técnica del Norte.
Vicepresidente de la Sociedad Ecuatoriana
de Psicotrauma y Atención de Crisis, Emergencias y Desastres

Validación Nacional e Internacional del Protocolo:

Lcda. Alicia Galfazo
Directora del Postgrado del Curso Avanzado en
Primeros Auxilios Emocionales en Urgencias, Emergencias y Catástrofes
Universidad de Buenos Aires Argentina.

Lcda. Ps. Malvina Caballero
Directora de Seguridad y Bienestar del Cuerpo de
Bomberos Voluntarios de Paraguay.

MSc. Guillermo Yáñez
Docente de la Universidad Técnica del Norte
Voluntario de la Cruz Roja Ecuatoriana.

TEM / PsCl. Rocío Villacis Maita
Psicóloga Clínica del Cuerpo de Bomberos de Quito
Voluntario de la Cruz Roja Ecuatoriana.

Validación de los flujogramas por expertos:

Esp. René Abarca
Director Nacional de Atención Pre Hospitalaria
y Unidades Móviles del MSP

MSc. Gabriel Ordoñez
Responsable de Atención Pre Hospitalaria y
Unidades Móviles de la Zona 8 del MSP

MSc. Vanessa Morocho
Médico – Coordinador del Centro Regulador
de Emergencias de MSP en el SIS ECU 911

MSc. Diana Becerra
Miembro del Directorio de la Sociedad Ecuatoriana
de Psicotrauma y Atención de Crisis, Emergencias y Desastres

PsCl. Ignacia Páez
Especialista de Planta Central del MSP
Área de Salud Mental



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Ibarra, Ecuador
Primera edición.
2019

DEDICATORIA

Este protocolo está dedicado a cada persona que ha sido víctima de violencia de género, puesto que no existe valentía más grande que defender los derechos de un ser humano frente a quienes tratan de omitirlos con el ejercicio del poder.

También está dedicado a todo personal de atención pre hospitalaria que día a día se vuelven un faro de luz para contrarrestar la oscuridad que puede existir en las situaciones de emergencias.

Los Autores

ÍNDICE

Protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos a víctimas de violencia de género en emergencias	9
Prólogo	11
Primeros Auxilios Psicológicos (Pap)	14
Introducción	15
1. Definiciones	17
1.1. Anclaje	17
1.2. Atención pre hospitalaria	17
1.3. Cadena de custodia	17
1.4. Educación sexual	17
1.5. Prevención primaria	17
1.6. Prevención secundaria	18
1.7. Prevención terciaria	18
1.8. Primeros auxilios psicológicos	18
1.9. Primer respondiente	18
1.10. Re victimización secundaria	18
1.11. Violencia de género	18
1.12. Violencia sexual	19
1.13. Victimización primaria	19
2. Primeros auxilios psicológicos en violencia de género	21
2.1. ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?	21
2.2. ¿Cuándo aplicamos los Primeros Auxilios Psicológicos?	25
2.3. ¿Qué es una emergencia?	25
2.4. ¿Qué es una urgencia?	25
2.5. ¿Qué es un incidente masivo/catástrofe?	25
2.6. ¿Qué es una crisis?	25
2.7. ¿Qué es el duelo?	26
2.8. ¿Cómo aplicar el auxilio psicológico?	26
2.9. Clasificación de las víctimas	27
2.10. ¿Qué es el síndrome de adaptación paradójica?	29
2.11. ¿Qué es el fenómeno del iceberg de la violencia de género?	30
2.12. ¿Qué es la intervención en crisis por violencia de género?	30
3. Protocolo de actuación PAP	33

3.1.	Principios generales de la intervención	33
3.2.	Información previa a los primeros auxilios psicológicos	33
3.3.	Cómo acercarse para realizar los primeros auxilios psicológicos	33
3.4.	Pautas para la actuación	34
3.5.	El duelo de la violencia por edades	34
4.	Flujograma de primeros auxilios psicológicos en violencia de género, atención vía telefónica.	36
4.1.	Primeros auxilios psicológicos - atención vía telefónica	37
4.1.1.	Contacto telefónico y género	37
5.	Flujograma de primeros auxilios psicológicos en violencia de género, primer respondiente de atención pre hospitalaria.	38
5.1.	Primeros auxilios psicológicos - primer respondiente APH	39
5.1.1.	¿Quién es el primer respondiente?	39
5.1.2.	Escucha activa	39
5.1.3.	Contacto inicial	39
6.	Flujograma de primeros auxilios psicológicos en violencia de género, atención al interviniente (paramédicos, bomberos, policías).	41
6.1.	Primeros auxilios psicológicos, atención al interviniente	42
6.2.	¿Qué es el agotamiento vocacional?	42
6.3.	Procedimientos de autocuidado y PAP en intervinientes	42
6.4.	Prevención de burnout y fatiga por compasión	43
7.1.	Técnica de la burbuja	47
7.2.	Técnica de desactivación fisiológica	48
7.3.	Técnica de activación fisiológica	48
7.4.	Técnica de contención emocional	49
7.5.	Técnica de acompañamiento	49
7.6.	Técnica de reestructuración cognitiva por extinción del pensamiento.	50
7.7.	Técnica de reestructuración cognitiva por desaceleración de ideas.	50
7.8.	Reestructuración pre exposición de los pensamientos negativos.	51
7.9.	Técnica de la palabra clave	51
7.10.	Anclajes positivos	52
7.11.	Técnica del cuento dirigido	53
7.12.	Posicionamiento	53
7.13.	Calibrar	54
7.14.	Visión del futuro	54
7.15.	Visualización del señor dolor	55

7.16.	Aquí y ahora	55
7.17.	Descortezando la cebolla	56
7.18.	Frases positivas desde el principio de Premack	56
7.19.	Sesgos cognitivos	56
7.20.	El espejo escrito	57
7.21.	Abrazo de la mariposa	57
7.22.	Yo madre, yo adulta, yo hija	58
7.23.	Técnica del buzón de la confianza	58
7.24.	Técnica de la persona segura	59
7.25.	Buenos y malos secretos	59
8.	Técnicas para el cuidado y autocuidado del interviniente	61
8.1.	Briefing (Informe)	61
8.2.	Defusing (Desactivación)	61
8.3.	Debriefing (interrogatorio)	62
8.4.	Representación gráfica de resiliencia	63
8.5.	Buzón del desahogo	63
8.6.	Muro del desahogo	64
8.7.	Rueda de disgustos	64
8.8.	El expectativometro	64
8.9.	La carta	65
9.	Bibliografía	67

“El que sabe
lo que busca,
entiende lo que
encuentra y
previene lo que
va a suceder”

Anónimo

**PROTOCOLO DE
PRIMEROS AUXILIOS
PSICOLÓGICOS
A VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DE
GÉNERO EN
EMERGENCIAS.**

PRÓLOGO

Este Protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos a Víctimas de Violencia de Género está elaborado a partir de los datos obtenidos en las siguientes herramientas: Cuestionario “Conocimientos, opiniones y barreras para la infra detección en profesionales sanitarios” , adaptación del Cuestionario “Opiniones y creencias de los profesionales” y las estadísticas de Atenciones Pre Hospitalarias de Violencia de Género a nivel nacional, los cuestionarios se aplicaron a los profesionales de las unidades de Ambulancia de la Zona 9 del Ministerio de Salud Pública, y las estadísticas se solicitaron a nivel nacional de las atenciones que realizan estos profesionales, con el fin de medir las prácticas que tienen actualmente al brindar la primera intervención a víctimas de Violencia de Género en una situación de emergencia.

Los primeros respondientes en la Atención Pre Hospitalaria, son todos aquellos profesionales que realizan la intervención inicial con la víctima de Violencia de Género; existen dos procesos de atención, en primera instancia el soporte vía telefónica que realiza el operador de llamadas del SIS ECU 911, quien transfiere a la Policía Nacional, y será la Policía la que tome los procedimientos del acto de violencia, al mismo tiempo se envía la ficha al personal médico o psicológico de consola de despacho quienes realizarán la intervención a la persona en crisis, en este primer momento es necesario establecer un proceso de atención que no re victimice y se apliquen estrategias en primeros auxilios psicológicos para reducir la ansiedad sin crear anclajes en las víctimas.

La segunda instancia es el despacho de las unidades de primera respuesta, estas pueden ser: Policía Nacional, Ministerio de Salud Pública, Cruz Roja Ecuatoriana, Instituto Ecuatoriano de Seguri-

dad Social, Guardia Ciudadana o Bomberos, según el estado de la emergencia que ha sido valorada por los profesionales de la sala de despacho, cualquiera de ellos puede llegar en primera instancia, lo que genera la necesidad de un protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos para Víctimas de Violencia de Género, puesto que son estas personas quienes abordarán la crisis, angustia, inseguridad de la persona que ha sido violentada, por lo tanto una adecuada intervención permitirá una atención menos traumática y ordenada.

La tercera y última instancia son las medidas cautelares pertinentes, iniciando con las salas de primera acogida del Ministerio de Salud Pública, y seguido del abordaje de profesionales como médicos y psicólogos peritos, abogados, jueces y profesionales de casas de acogida, en este punto, cada experto deberá atender las crisis secundarias con el fin de no re victimizar y llevar un proceso apropiado.

Las consecuencias por no realizar un abordaje inicial con Primeros Auxilios Psicológicos, pueden ser evidenciadas con la repregunta continua de los primeros intervinientes, que por realizar sus intervenciones, generan en la víctima deterioro emocional y al mismo tiempo llevará a desgastar la información a tal punto, que cuando el paciente llegue a las medidas cautelares adecuadas (psicólogo perito o médico perito), el paciente omitirá valiosa información producto de la re victimización previa.

Juan Diego Carpio Espinoza

PSICÓLOGO CLÍNICO



“Entendamos que, si todos nos tratamos como hermanos, el mundo entero será nuestra familia”

J. Henry Dunant

Precursor de la Cruz Roja

1828 - 1910

**PRIMEROS
AUXILIOS
PSICOLÓGICOS
(PAP)**

INTRODUCCIÓN

El presente protocolo tiene como finalidad proporcionar el conocimiento para ejercer prácticas adecuadas en la atención a pacientes o víctimas de la violencia de género, al mismo tiempo, reducir la angustia de las víctimas sin generar re victimización a corto o largo plazo.

La información que contiene este documento permitirá ayudar en los primeros momentos a aquellas personas que han sido víctimas de una situación de emergencia que involucra la violencia de género.

El protocolo está constituido por la concepción global de la violencia de género (en adelante VG), normas y políticas públicas que amparan a las víctimas de violencia de género, y los conceptos básicos para entender la problemática.

En segunda instancia este protocolo cuenta con una descripción detallada de cómo realizar primeros auxilios psicológicos a víctimas de violencia de género, por medio de flujogramas de intervención y las respectivas técnicas breves de aplicación.

Finalmente, en el último apartado de este protocolo se encuentran especificadas las herramientas de cuidado y autocuidado del interviniente en el auxilio psicológico que atenderá a una víctima de violencia de género, el objetivo principal es mantener una adecuada liberación emocional del acompañamiento y apoyo brindado.

La atención a víctimas debe ser aplicada conforme las rutas de atención, denuncia y manejo de la violencia de género en el Ecuador, al finalizar este protocolo, los profesionales podrán realizar un manejo adecuado de las herramientas psicológicas necesarias para intervenir, de una manera fácil y sencilla, en la lucha integral contra la violencia de género.

**DEFINICIONES
RELACIONADAS
CON
PRIMEROS
AUXILIOS
PSICOLÓGICOS**

1. Definiciones

1.1. Anclaje

Es el proceso de evocar una experiencia concreta, en el cual la información sensorial captada y almacenada en un momento, se evidencia el producto del evento desencadenante (Colegio de Psicólogos de Tucuman, 2012).

1.2. Atención pre hospitalaria

Es el servicio operacional y de coordinación para atender los problemas médicos urgentes y que comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital. La atención pre-hospitalaria debe constituirse en un sistema integrado de servicios médicos de urgencias y no entenderse como un simple servicio de traslado de pacientes en ambulancias, atendidos con preparación mínima (MSP, 2016).

1.3. Cadena de custodia

Registro de cadena de custodia. Documento en el que se registran los indicios o elementos materiales probatorios y las personas que intervienen desde su localización, descubrimiento o aportación en el lugar de intervención, hasta que la autoridad ordene su conclusión (Consejo Nacional de Seguridad Pública, 2018).

1.4. Educación sexual

El enfoque de sexualidad integral plantea la necesidad de pensar la sexualidad, no desde una perspectiva meramente reproductiva, sino reconocerla como parte del desarrollo integral del ser humano durante las diferentes etapas de su vida, en la que es fundamental la autonomía para decidir sobre la vida sexual sin violencia ni discriminación (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

1.5. Prevención primaria

Mediante la cual se evita situaciones traumatogénicas, utilizando las leyes, la educación, los protocolos y normas (Andalucía, 2017).

1.6. Prevención secundaria

Asistencia inmediata luego de la situación crítica para prevenir patologías, acompañar a quien lo necesite previa evaluación de sus necesidades (Andalucía, 2017).

1.7. Prevención terciaria

Rehabilitación y tratamiento de secuelas para una satisfactoria interactividad social y calidad de vida (Andalucía, 2017).

1.8. Primeros auxilios psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos son la ayuda inicial e inmediata a las personas, a víctimas de los conflictos emocionales causados por la vivencia de situaciones traumáticas, mediante la utilización de técnicas simples basadas en métodos y teorías psicológicas (FICR, 2004).

1.9. Primer respondiente

El/la primer respondiente es la personas formadas que están en capacidad de coordinar la atención de emergencias en primera instancia hasta que lleguen los delegados de la institución de respuesta competente, son quienes realizan la primera intervención y acompañamiento a la víctima de violencia de género (SIS ECU 911, 2017).

1.10. Re victimización secundaria

Es la relación y experiencia personal de la víctima con el sistema policial y judicial o las Instituciones que la atienden, que puede llegar a ser no positiva (Andalucía, 2017)

1.11. Violencia de género

Es todo acto de violencia basado en la pertenencia al género femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, si se produce tanto en la vida pública, como en la vida privada (Consejo de la Judicatura, 2016).

1.12. Violencia sexual

La violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física (OMS, 2013).

1.13. Victimización primaria

Es el acto o acción de ser parte de un acto violento y ejercicio del poder sin consentimiento que acarrea unas consecuencias físicas, psicológicas, económicas y otras relacionadas con su entorno social (Andalucía, 2017).



En el Ecuador en el periodo 2018 con fecha corte febrero del 2019, existieron **6.314** llamadas de emergencias por VG, que fueron atendidas por personal de primera respuesta.

**PRIMEROS
AUXILIOS
PSICOLÓGICOS
EN
VIOLENCIA
DE
GÉNERO**

2. Primeros auxilios psicológicos en violencia de género

2.1. ¿Qué son los primeros auxilios psicológicos?

Existen varios autores que hablan de los auxilios psicológicos en la violencia de género, sin embargo este protocolo está establecido con los criterios más apegados al primer interviniente.

“Los primeros auxilios psicológicos consisten en ayudar de forma inmediata a las personas a atenuar los conflictos emocionales causados por la vivencia de situaciones traumáticas, mediante la utilización de técnicas simples basadas en métodos y teorías psicológicas” (FICR, 2004).

Mediante el uso del auxilio psicológico a la víctima, el interviniente que lo aplique debe estar en condiciones de poder ser parte activa de la emergencia o incidente que esté tratando de controlar, ya sea en el domicilio, calle, ambulancia, etc.

Por lo que, previo a la aplicación de técnicas en PAP es necesario seguir tres pasos de suma importancia conocidos como AMPLIA, Micro entrevista y el ACERCARSE que nos permitirán una aproximación rápida y empática con la persona a la que vamos a intervenir.

El termino AMPLIA es una mnemotecnica utilizada en la atención pre hospitalaria, de uso directo de los paramédicos, socorristas y voluntarios que

significa: Antecedentes, Medicamentos, Patologías, Libaciones, Ingestas y Alergias (Guevara, 2012), es útil para el PAP ya que nos permite en pocos segundos descartar que la problemática tenga un trasfondo médico, posterior a ello se puede proceder con la atención psicológica, que brindan pautas rápidas para saber qué puede estar sucediendo con la persona que se encuentra en crisis.

Una de las ventajas más grandes del PAP es que se encuentra en el lugar del incidente, por ello el segundo recurso de la evaluación inicial es la micro entrevista que se realizará a los familiares y la persona afectada, para indagar rápidamente de lo sucedido sin ahondar en detalles, es necesario ser muy asertivo con la forma de dirigirse a los afectados, en esta micro entrevista se puede usar dos recursos muy útiles: el primero que es el Examen Mental Rápido (EMR) y el segundo recurso que se usa es la escala de SAD PERSONS (ESP) relacionada mucho con los estados de ánimo y asociada a la emergencia más compleja que se puede trabajar sobre el suicidio; estos dos recursos no pueden ocupar un tiempo de valoración mayor a los 5 minutos (Gráfica 1 - Gráfica 2).

Finalmente hay que tener en consideración para finalizar procesos de intervención en crisis la mnemotecnica ACERCARSE que quiere decir Ambiente, Contacto, Evaluación, Restablecimiento emocional, Comprensión de la crisis, Activar, Recuperación del funcionamiento y Seguimiento (CRRECD, 2012).

Por medio de la aplicación de estos recursos se generará una rápida empatía y por ende que la persona aflore en sus emociones (catarsis) para una posterior escucha activa que de paso realizará la liberación emocional o por otro lado dependiendo del caso, la contención emocional.

Grafica 1.



PRESENTACIÓN

- ASPECTO FÍSICO: vestimenta
- ACTITUD: amistoso, colaborador, hostil, desafiando
- CONDUCTA MOTORA: marcha, temblor
- ESTADO DE CONCIENCIA: obnubilación hasta el coma
- LENGUAJE: incoherente, coherente

PENSAMIENTO

- CONTENIDO: ideas obsesivas, ideas delirantes
- SENSOPERCEPCIÓN: alucinaciones
- EFECTO: ansioso, triste, depresivo
- MEMORIA DE FIJACIÓN: número de teléfono, 15 a 20 segundos
- MEMORIA DE EVOCACIÓN: de largo plazo

Fuente: Haydee Muñoz (2012).

Grafica 2.



ESCALA DE SAD PERSONS (ESP)

- Varón
- Menor de 20 o mayor de 45 años
- Deprimido
- Intento de Suicidio previo
- Abuso de alcohol
- Ausencia de pensamientos racionales
- Apoyo social inadecuado
- Plan elaborado
- No tiene pareja
- Problemas de salud

Calificación

- 0 – 2 bajo riesgo
- 3 – 4 riesgo moderado (tratamiento ambulante)
- 5 – 6 riesgo alto
- 7 – 10 paciente ingresado

Fuente: Patterson, W.M.; Dohn, H.H. y otros (1983).

2.2. ¿Cuándo aplicamos los Primeros Auxilios Psicológicos?

Al ser una intervención inicial para eventos adversos los PAP deben ser usados frente a varios escenarios diferentes que se presentan con distintas intensidades, que van desde la crisis como el caso mínimo hasta el duelo que es la explosión emocional de la crisis, sin embargo puede desencadenar procesos emocionales mínimos, graves o agudos que ameritan una intervención de emergencia.

2.3. ¿Qué es una emergencia?

Emergencia según la OMS es aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital. Otras definiciones hablan de un tiempo menor a 1 hora hasta llegar a la muerte o la puesta en peligro de forma más o menos inmediata de la vida de una persona o la función de sus órganos. (OMS, 1993)

2.4. ¿Qué es una urgencia?

La definición de urgencia según la OMS es aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida en máximo 6 horas. Así pues, para poder definir una urgencia es preciso que el paciente padezca una enfermedad, que sin el tratamiento adecuado evolucione en un periodo de tiempo más o menos amplio hasta comprometer su vida. (OMS, 1993)

2.5. ¿Qué es un incidente masivo/catástrofe?

Es una emergencia en la que se ven comprometidos los servicios y las infraestructuras que habitualmente intervienen en la gestión de emergencias, colapsan los sistemas sanitarios, de respuesta y de emergencias. (UAB, 2016)

2.6. ¿Qué es una crisis?

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de pro-

blemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu, 1988).

2.7. ¿Qué es el duelo?

El duelo es el proceso normal de elaboración de una pérdida material, familiar o emocional, que es ejercida por etapas que van desde la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa hasta la aceptación frente a una nueva realidad (Varas, 2013).

2.8. ¿Cómo aplicar el auxilio psicológico?

El auxilio psicológico se puede aplicar en tres momentos con las técnicas breves de la intervención de una víctima que se enfrenta a una situación de emergencia, inicialmente se trabaja con los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) en el que un primer interviniente que se encuentre entrenado en técnicas de estabilización emocional, reducirá el impacto de futuras patologías o consecuencias secundarias, a este primer momento le llamamos labor pre hospitalaria.

Cuando una persona ya ha sido atendida por el primer respondiente, ingresamos al segundo espacio de intervención en crisis que es la atención psicoterapéutica ejecutada por un profesional de la salud mental, a un paciente emergente siempre y cuando la afectación no haya podido ser controlada por medio de actividades PAP; es importante recalcar que una persona en crisis no necesariamente presenta una psicopatología de base, en muchos de los casos se trata de crisis o desajustes emocionales que pueden ser estabilizados con psicoterapia breve.

Finalmente, cuando se trabajan entornos de emergencia existe una última intervención que se realiza posteriormente en semanas o incluso meses, esta intervención es conocida como apoyo psicosocial (APS) y se trabaja con grupos de personas afectadas o incluso con grupos de auto ayuda con el fin de aminorar los impactos traumáticos posteriores a un incidente.

Los tres espacios de intervención tienen que considerar dos tipos de atención: cuando un paciente es víctima de una crisis emocional y no presenta una psicopatología por lo tanto no se considera un paciente sino una persona cursando problemáticas emocionales, que podrían ser resueltas sin intervención terapéutica; por otro lado, los pacientes con antecedentes psicopatológicos que como respuesta ante una crisis pueden agudizar los síntomas y requerir psicoterapia posterior a la aplicación de PAP.

Para el soporte en primeros auxilios psicológicos, apoyo social y restablecimiento emocional se aplican las técnicas breves, en crisis, emergencias y desastres en periodos cortos, sin un fin terapéutico dirigido en el caso de quienes no sean profesionales de la salud mental, al mismo tiempo pueden ser utilizadas por profesionales en psicoterapia como parte de un plan terapéutico elaborado.

Estas técnicas, por ser cortas tendrán que ser ejecutadas en períodos cortos, tomando en cuenta que al ser estrategias de campo enfocadas en el asociacionismo, los anclajes emocionales y la evocación de las emociones tienen que contar tanto con la actividad inicial, ya sea de descarga emocional o contención emocional, y una actividad final de cierre o remoción de las emociones momentáneas, aplicadas por medio de actos simbólicos o de finalización de la intervención.

2.9. Clasificación de las víctimas

Todas las víctimas son prioridad por ese motivo tienen que ser atendidas por medio de un triage emocional que determine el estado de las víctimas, en todos los casos desde una urgencia hasta una catástrofe, es necesario priorizar pacientes para su intervención en crisis, también es importante considerar que todas son víctimas y en todos los grados tienen una necesidad que debe ser atendida por el respondiente PAP (Grafica 3).

Grafica 3.



PRIMER GRADO

sufren el impacto directo de la Violencia, sufriendo daños físicos, y/o psicológicos y materiales.



SEGUNDO GRADO

los familiares y amigos de las víctimas del primer grado.



CUARTO GRADO

la comunidad afectada en su conjunto.



TERCER GRADO

los equipos de primera respuesta que trabajan e intervienen en el lugar del accidente o de la emergencia



QUINTO GRADO

los que se enteran por los medios.



SEXTO GRADO

no estaban en el lugar por diversos motivos.

FUENTE: Modificado de Alicia Galfaso (Galfaso, 2016).

2.10. ¿Qué es el síndrome de adaptación paradójica?

El ayuntamiento de Sevilla (2011) plantea una adaptación paradójica a la violencia de género en donde la víctima naturaliza lo sucedido lo que desencadena aceptación del acto de violencia, minimizando su real impacto, esta adaptación se ejecuta en la siguiente secuencia:

- Exposición constante al miedo en el espacio íntimo.
- Pérdida de la noción de la realidad/ de su realidad y dificultad para reconocimiento de ésta.
- Conversión de la pareja de referente de seguridad y confianza a referente de agresión y peligro de orden caótico y sistemático.
- Pérdida de la capacidad de la mujer para anticipar las consecuencias de sus actos, cede a la presión de un estado de sumisión y entrega que le garantice unas mínimas probabilidades de no “errar” en su comportamiento.
- Alternancia de episodios de violencia con momentos de arrepentimiento aumenta la desorientación de las mujeres e incrementa su autocul-pabilización.
- Incapacidad de la víctima para poner en práctica recursos propios u obtener ayuda externa para disminuir el riesgo de violencia. Supone la adaptación de la mujer y vinculación paradójica a la única fuente que percibe de acción efectiva sobre el entorno: su pareja violenta.
- Disociación de las experiencias negativas de las positivas y concentración en estas últimas.
- Asume la parte de arrepentimiento del agresor, sus deseos, motivaciones y excusas.
- Proyección de su propia culpa al exterior de la pareja, protección de su debilitada autoestima y modificación de su identidad.

2.11. ¿Qué es el fenómeno del iceberg de la violencia de género?

El fenómeno del iceberg en la violencia es la forma más usada de representar la violencia de género, en donde se puede dividir en dos formas de ejercicio del poder mediante la violencia.

La parte visible del iceberg evidencia los gritos, insultos y amenazas, los abusos sexuales, las violaciones, las agresiones físicas y el asesinato en lo más alto; sin embargo en la parte oculta del iceberg se encubre otras formas de violencia, las que son minimizadas por la sociedad entre ellas micromachismos, lenguaje, humor y publicidad sexista, control, desprecio, chantaje

2.12. ¿Qué es la intervención en crisis por violencia de género?

Es el proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrellevar los procesos traumáticos, de tal modo que la probabilidad de los eventos debilitantes como estigmas emocionales, daños psíquicos y daños físicos, se minimicen, descatastroficen y se genere resiliencia, habilidades de aceptación y cambio de perspectivas (López, 2016).

El siguiente protocolo pretende orientar al primer interviniente (paramédico, médico, policía, bombero o rescatista) en una intervención de crisis asertiva que evite la re victimización de la persona afectada, se han elaborado 3 flujogramas de intervención que han sido validados por expertos en el tema, el objetivo es proporcionar un flujo adecuado de pasos para realizar la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos en Violencia de Género con las víctimas y sus intervinientes, los flujos están diseñados para:

- Atención Vía Telefónica (Flujograma 1).
- Atención del Primer Respondiente en Pre Hospitalaria (Flujograma 2).
- Atención al Interviniente (Flujograma 3).

Protocolos de Intervención

Primeros Auxilios Psicológicos
en Violencia de Género y Abuso
Sexual



"La violencia es el último recurso del incompetente"

Isaac Asimov

**PROTOCOLO
DE
ACTUACIÓN
EN PRIMEROS
AUXILIOS
PSICOLÓGICOS
(VG)**

3. Protocolo de actuación PAP

3.1. Principios generales de la intervención

- Actúa con alma
- Observa antes de actuar
- Explora el apoyo que puede estar recibiendo la persona
- Escucha a la persona afectada
- Tiene cuidado en el contacto físico
- Permite que la persona se desahogue
- No deja a la persona sola
- Es reflexible y se adapta a las personas víctimas de violencia

3.2. Información previa a los primeros auxilios psicológicos

- Tiempo que ha transcurrido
- Duración prevista de la emergencia
- Escenarios donde se concentra la víctima
- Qué ha pasado (Datos relevantes)
- Otros intervinientes en la zona

3.3. Cómo acercarse para realizar los primeros auxilios psicológicos

- Localizar una persona que nos pueda servir de enlace
- En el caso de niños/as detectar el adulto de referencia

- Presentarse
- Preguntar nombres
- Informar que se está ahí para ayudar en lo que se necesite
- Situarnos en un lugar visible, pero no invasivo (CRE, 2017).

3.4. Pautas para la actuación

- Normalizar las reacciones fisiológicas
- Dar información sobre las respuestas que puedan presentar

3.5. El duelo de la violencia por edades

- **Menor de 2 años:**

- Cuidar nuestros gestos, los niños perciben la ansiedad de los adultos
- Darle validez a la información no verbal
- Etapa de afirmación e independencia, reacios a seguir instrucciones
- Términos como “para siempre” no tienen valor real

- **3 a 7 años**

- El dolor como algo temporal, reversible hasta los 6 años
- Pensamiento mágico, reacciones emocionales fuertes
- Miedo al abandono, oscuridad, pesadillas impotencia, muerte

- **6 a 8 años**

- Etapa particularmente difícil para asumir el incidente de violencia
- Puede comprender lo que le es la violencia
- Lo que más teme es que la tragedia vuelva a suceder, que le separen de su familia o se queden solos.

- **8 a 12 años**

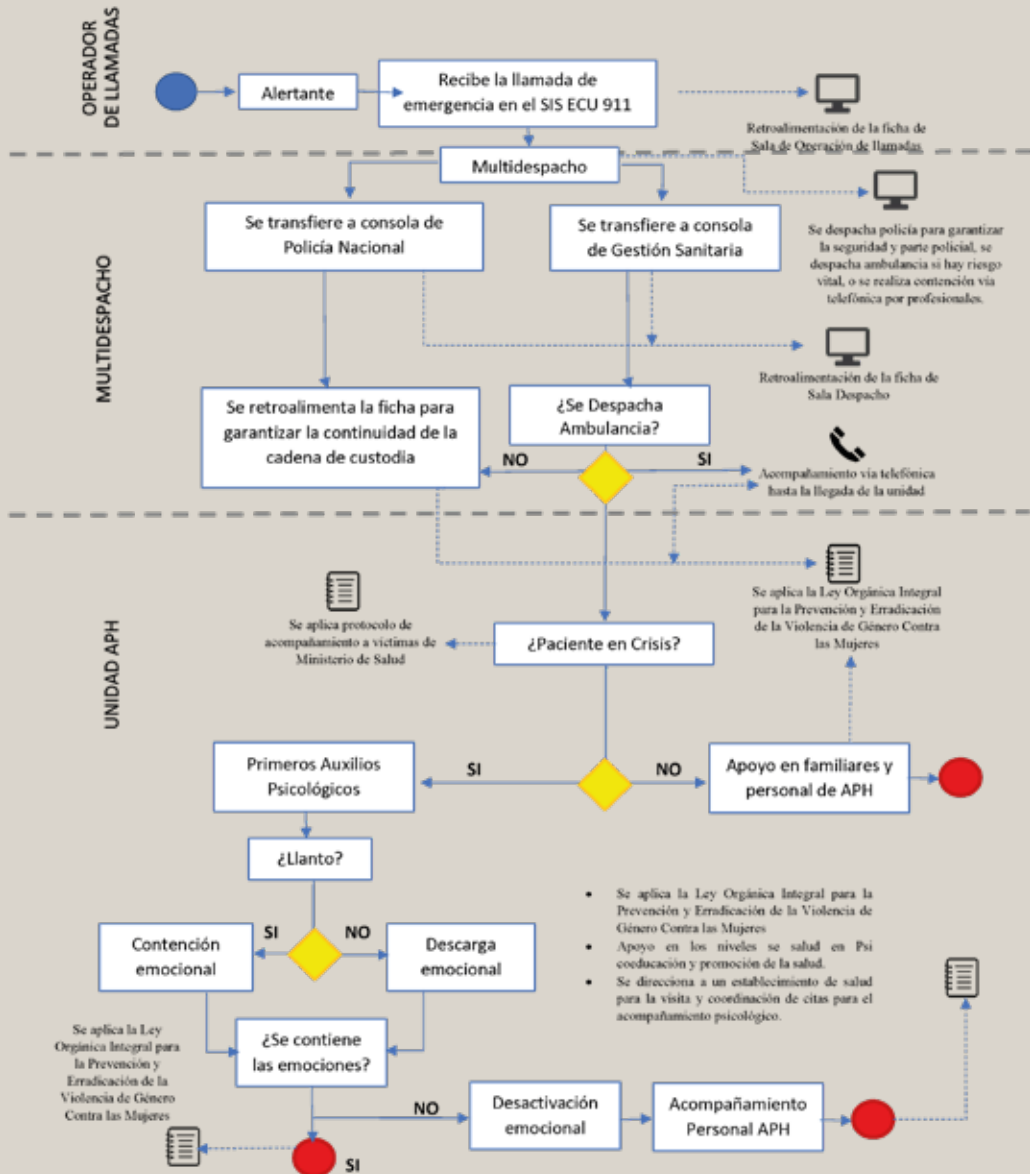
- Transmitir seguridad y control
- Muy influidos por lo social

- **Mayores a 12 años**

- Generan desconfianza hacia las demás personas
- Entienden la gravedad de lo sucedido
- Tienen vergüenza y tratan de ocultar los actos de violencia

4. Flujograma 1

Flujograma de primeros auxilios psicológicos en violencia de género, atención vía telefónica.



4.1. Primeros auxilios psicológicos - atención vía telefónica

- El acompañamiento vía telefónica tiene que ser realizado hasta que la unidad más cercana inicie el proceso de abordaje de la víctima.
- Para lograr una correcta intervención telefónica es importante aprender a escuchar y atender la necesidad de la víctima.
- Se debe reconstruir la escena mentalmente basándose en el enunciado para poder estudiar la situación.
- El oyente se basa para ello en la entonación, en los titubeos, en los silencios que reflejan la actitud del hablante. Le falta el apoyo de lo visual que ha de suplir poniendo más atención a los aspectos sonoros mencionados (Dorony, 2015).

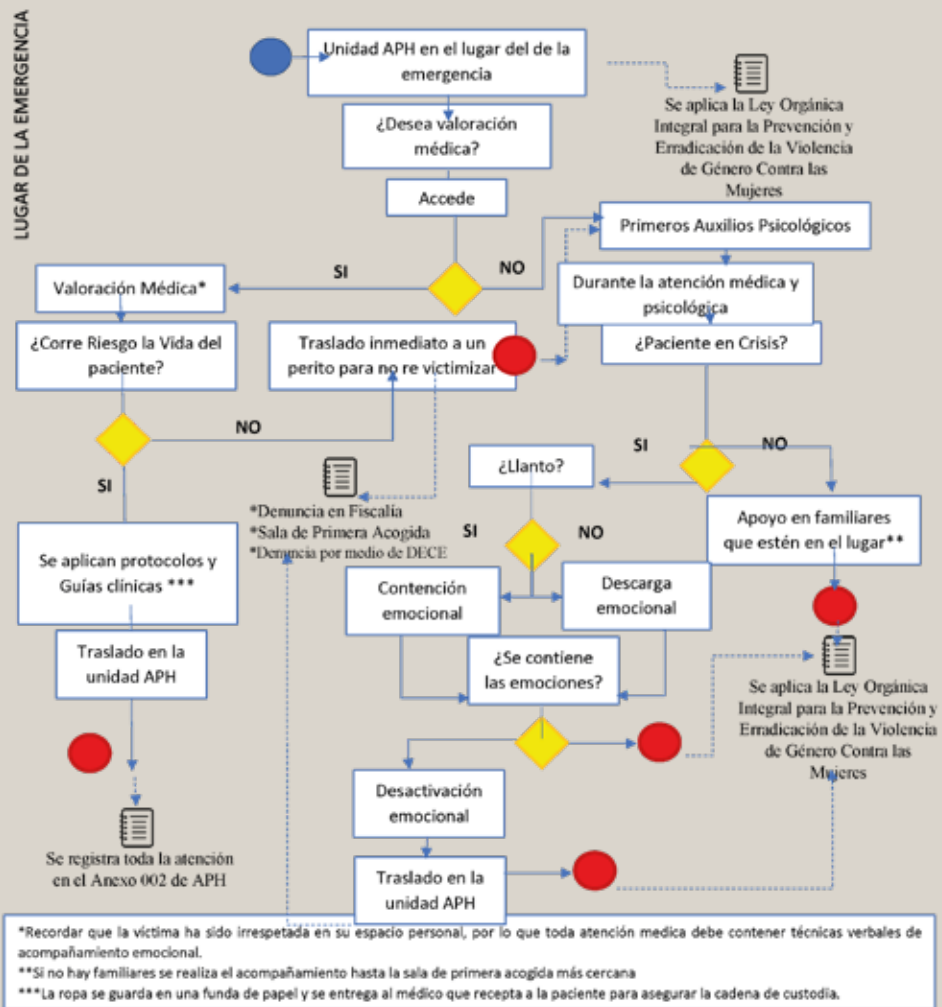
4.1.1. Contacto telefónico y género

- Cuando llama una mujer (situaciones de violencia) de ser posible es importante que en el despacho de salud el soporte lo realice otra mujer para evitar reacciones a aproximación al ejercicio de poder que acaba de sufrir.
- En el caso de que conteste un hombre reducir el tono de voz, expresarle firmemente que estamos para servirle (no se usa el término ayudarle) y calibrar la respiración con la de la víctima para transmitir calma.
- Cualquier acción que se emprenda, debe realizarse dentro del marco de legalidad existente (ya sea jurídico-social o jurídico-institucional).
- Informarle a la persona de lo que usted está haciendo respecto de su caso (detalles del procedimiento).

- Preferentemente use: “lo estoy escuchando...” lo que genera la sensación de que se cumple con el servicio. (Dorony, 2015).

5. Flujograma 2

Flujograma de primeros auxilios psicológicos en violencia de género, primer respondiente de atención pre hospitalaria.



5.1. Primeros auxilios psicológicos - primer respondiente APH

5.1.1. ¿Quién es el primer respondiente?

El primer respondiente es todo personal (policía, bombero, cruz roja, o personal de salud) que atiende a las víctimas de violencia de género,

5.1.2. Escucha activa

- La escucha activa es un proceso en el que interviene la memoria a corto plazo, las fantasías, la asociación de ideas, el conocimiento del mundo, el conocimiento de la situación y del interlocutor, la propia personalidad del oyente, los saberes técnicos y en cómo se reorganiza la información a partir de la interacción de todos estos factores (Dorony, 2015).

5.1.3. Contacto inicial

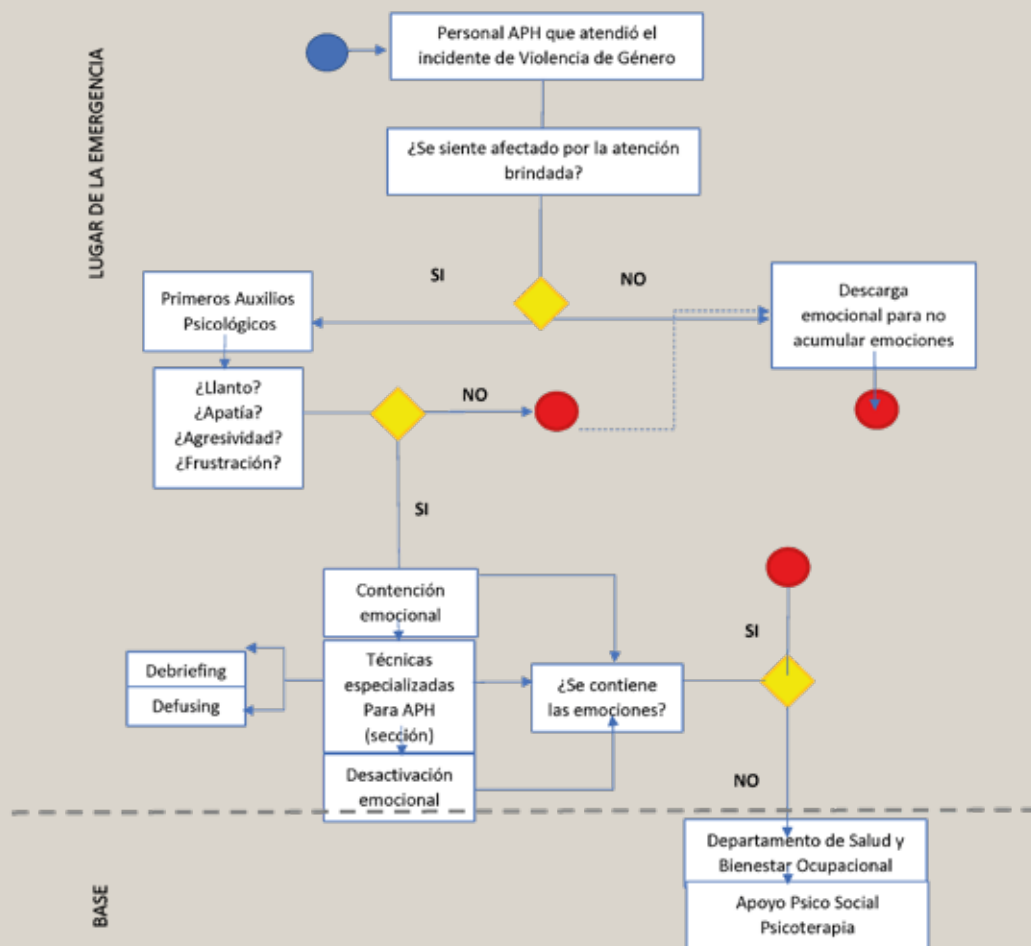
- Respetar su deseo de soledad, las personas víctimas de violencia en muchas ocasiones prefieren estar solas cuando están tristes; no empeñarse en estar al lado de ellas, es necesario dejar un espacio de tiempo hasta que se recuperen, sin embargo, siempre ofrecer el acompañamiento (Torres, 2017).
- El interviniente debe iniciar el contacto físico o emocional con la persona, dependiendo de la necesidad y la espontaneidad. Puede tocarla, tomar su mano, ofrecer algo de tomar, hacer contacto visual (brindar su mirada a los ojos de la persona), este primer contacto se debe establecer teniendo en cuenta el tipo de violencia que vivenció (Núñez, 2004).
- Pregunta: ¿qué quieren de ti?, frente a una persona con un alto contenido emocional, es prioritario que se realice la detección de su necesidad por medio de la pregunta ¿qué puedo hacer por usted? en ese momento es cuando empieza el apoyo emocional, más que en la averiguación de lo que le ha pasado. Prioriza su

bienestar a tu curiosidad para saber qué pudo haberle pasado. (Torres, 2017)

- No menospreciar los silencios, es importante tomar en cuenta que la persona está vivenciando un proceso de dolor, por ello no se tiene por qué sentir incomodidad si el tiempo que se pasa dándole compañía a la otra persona presenta grandes períodos de silencio, es lo normal en ese caso realizar el acompañamiento físico a esta persona con uso de frases o técnicas de desactivación (Torres, 2017).
- Fijarse en los detalles importantes, las personas que pasan por un acto de violencia pueden olvidar cosas importantes de su día a día, por ello es necesario percibir y ser observador frente a la persona, sus gestos, emociones y características del lugar del incidente (Torres, 2017).
- Es recomendable del mismo modo proponer alternativas en función de sus circunstancias, ayudar a reformular los problemas y las posibles soluciones y especialmente ayudar a tomar decisiones considerando su estado emocional (Antón, 2011).
- Es fundamental en la medida de lo posible, disponer de un espacio de privacidad. Se ha de tener en cuenta que la víctima va a desnudarse emocionalmente, va a exponer su intimidad y sus sentimientos más profundos. Por ello se hace necesario salvaguardar su intimidad y su dignidad, y hay que procurar contar con un lugar adecuado para la atención emocional de la víctima (Antón, 2011).
- Es necesario mantener la cadena de custodia para no alterar la evidencia del acto de violencia.

6. Flujograma 3

Flujograma de primeros auxilios psicológicos en violencia de género, atención al interviniente (paramédicos, bomberos, policías).



Validación por expertos (anexo 1)

6.1. Primeros auxilios psicológicos, atención al interviniente

6.2. ¿Qué es el agotamiento vocacional?

Cuando se habla de Agotamiento Vocacional (A.V.) nos estamos refiriendo al desgaste físico y emocional propio de las personas con vocación de servicio, quienes llevan consigo una sobrecarga de trabajo diariamente, en el caso de la Violencia de género producto de intervención con alto contenido emocional.

6.3. Procedimientos de autocuidado y PAP en intervinientes

- **Antes del incidente crítico**
 - Participar en procesos de formación y entrenamiento para adquirir habilidades que permitan desenvolverse en esas situaciones y conocer las condiciones de actuación en las diferentes etapas de la emergencia de violencia de género y cómo puede afectar a un interviniente que dio respuesta a este incidente.
 - o Tener claras las funciones y tareas, valorar si se está en un momento vital estresante para intervenir (padecer una pérdida personal o material, el nacimiento de un hijo o de una hija, ser parte de violencia, micromachismos, abuso de poder etc.), hay que tener en cuenta con qué técnicas se debe intervenir.
 - Mantén un cuidado general y continuado de tu salud, y estabilidad emocional por medio de una red de apoyo social y laboral (Colegio Oficial de Psicología de Galicia, 2015).
- **Durante el incidente crítico**
 - Céntrate en la tarea, y mantén la atención en ella: “Mi tarea consiste en..., soy responsable de..., lo más importante ahora es...”.

- Toma conciencia de tus reacciones y valora si puedes seguir trabajando correctamente o si debes descansar, pedir ayuda a los compañeros y compañeras, y/o mandos... (Colegio Oficial de Psicología de Galicia, 2015).

Después del incidente crítico

- Date permiso para sentir, expresar y compartir las emociones.
- Pide ayuda si lo necesitas.
- Permítete la compañía de otras personas.
- Mantenerse activo/a, ponerse pequeñas metas, planificar actividades por orden de importancia, distribuir el tiempo, llevar una vida lo más ordenada posible, hacer ejercicio moderado, practicar técnicas de relajación (respiración, desactivación, imaginación etc.) Océpase de cosas que realmente se pueda solucionar.
- Evitar la automedicación, tomar drogas o abusar del alcohol. Si se toma un tratamiento médico de forma habitual, contactar con su centro de salud.
- Darse un tiempo de reflexión antes de cualquier decisión importante para poder ver las cosas desde otro punto de vista (Colegio Oficial de Psicología de Galicia, 2015).

6.4. Prevención de burnout y fatiga por compasión

- El síndrome de burnout consiste en el agotamiento prolongado de la energía y se caracteriza por la experiencia de cansancio emocional, sentimientos de baja realización personal e insuficiencia, así como despersonalización. La respuesta sintomática es similar a la depresión, produce malestares físicos diversos, así

como disminución en la motivación e involucramiento en el trabajo (Marín, 2017).

- Influye en el respondiente producto de la intervención junto a las víctimas que presentan un estrés post traumático por la situación vivida, los síntomas son semejantes en lo fisiológico, emocional, cognitivo al igual que en las víctimas (Nunez, 2016).

Técnicas de Intervención

Primeros Auxilios Psicológicos
en Violencia de Género y Abuso
Sexual



“No hay mejor medicina en el mundo que una mano amiga”

Sigmund Freud

**TÉCNICAS
BREVES
PARA
INTERVENCIÓN
EN
VIOLENCIA
DE GÉNERO**

7. Técnicas breves para intervención en violencia de género

7.1. Técnica de la burbuja

La técnica consiste en devolver el espacio personal y demostrarle gráficamente que está segura, con una tiza o marcador se realiza un círculo en el suelo en donde se le indica a la persona que nadie cruzará esta línea de tal manera que se devuelve el respeto al espacio de la persona que fue violentada; en el caso de niños, niñas y adolescentes se puede acompañar del cuento de la burbuja (Se aplica contando una historia donde la burbuja no puede explotar porque existe un espacio personal que ejerce distancia y respeto).



Cuento:

Todos los niños y niñas tienen una burbuja imaginaria, ¿Qué sucede cuando tocamos una burbuja? explota verdad.

Ahora existía un niño/a que le regalaron una burbuja mágica que le acompaña a todos los lugares que visita, cuando están a una distancia segura se tornaba color verde, cuando están un poco cerca se tornaba de color amarillo y cuando estaba de color roja estaba a punto de explotar.

Un día una persona muy mala quería pasar muy cerca de la burbuja, esta se tornó roja y el pequeño niño/a corrió junto a su burbuja con sus padres para contarles que la magia de la burbuja estaba en cuidarles a las personas que les puede hacer daño.

Todos los adultos deben entender que tenemos nuestro espacio y nunca debe ser violentado (Carpio, 2016).

7.2. Técnica de desactivación fisiológica



Es una técnica de respiración para pacientes agitados, consiste en colocarse al frente de la víctima y con voz directiva pedirle que respire profundo (ciclo re respiración: inhala en 4 segundos, mantiene en 4 segundos y suelta despacio en 8 segundos), inhalando y exhalando, se pide que coloque la mano en el corazón de tal manera que se apropie de su alteración y regule conforme se ejecute la respiración (López, 2016).

7.3. Técnica de activación fisiológica

La técnica se aplica cuando la persona asume tener efectos traumáticos de la situación vivida como el caso de amortiguamientos, parestesias y sensaciones de ahogo, se le pide a la persona apretar las manos de manera continua hasta hacer puño y soltar, posterior aplicarse masajes en la zona donde se generó la tensión (López, 2016).



7.4. Técnica de contención emocional

Se ejecuta esta técnica a través de nuestra presencia, la mirada, las intervenciones al comunicarse con la víctima, se tiene que ejercer la contención por medio del lenguaje no verbal y ser coherente entre lo que digo y mis facies expresan, la paciente debe sentirse escuchada, protegida de los factores que desencadenaron el peligro, se contiene las emociones por medio de procesos sugestivos como un semáforo, cartas, banderas o simbolismos todas estas técnicas tienen una misma base, generar alertas frente a la situación de violencia, por ejemplo en el caso del semáforo se le otorgan espacios de control emocional verde significa que puede seguir llorando, amarillo que debe iniciar su regulación emocional y rojo que debe contener sus emociones (López, 2016).



7.5. Técnica de acompañamiento



Consiste en el acto de hacer presencia física mientras ocurre la situación difícil (denuncias, ingreso a casas de acogida, juicios) se aplica en las acciones que la paciente no se sienta apta para hacerlas sola, se ejecuta por medio del estar ahí (presente durante el proceso) para cuando sea necesario, dar seguimiento en todo durante toda la denuncia, finalmente no desamparar a la víctima en ningún momento (López, 2016).

7.6. Técnica de reestructuración cognitiva por extinción del pensamiento.



Esta técnica funciona por medio de la extinción del pensamiento, al priorizar el uso sistemático de los sentidos. Se solicita al paciente que cierre los ojos, pedimos que recuerde 5 cosas que vio antes de cerrar los ojos, 4 cosas que toco, 3 sonidos que escucho, 2 sabores que degustó y finalmente 1 aroma que percibió antes de cerrar los ojos; al finalizar la técnica reestructura sus pensamientos sin necesidad de re victimizar (Ier Simposio Ecuatoriano de Psicotraumatología, 2018).

La técnica de reestructuración cognitiva por extinción del pensamiento se utiliza posterior a las 48 horas de un incidente, puesto que si se usara de forma inmediata podría ser contraproducente.

7.7. Técnica de reestructuración cognitiva por desaceleración de ideas.



La restauración cognitiva por desaceleración de ideas, consiste en solicitarle al paciente que diga 5 funciones de un objeto que tenga una cualidad diferente (5 usos al peluche que no sea jugar con él) por ejemplo para adornar, hacer un llavero, hacer un pisa papeles, hacer un regalo y hacer

un porta objetos, la finalidad es cambiar los pensamientos automáticos sin re victimizar (Ier Simposio Ecuatoriano de Psicotraumatología, 2018).

7.8. Reestructuración pre exposición de los pensamientos negativos.

Se realiza mediante la identificación o un empleo de los pensamientos alternativos previamente generados y validados por la persona que aplica la técnica. Puede ser mediante el entrenamiento de un lugar seguro o anclaje auditivo, puede ser por medio de guiar la imaginación a un lugar de confort, imaginar la playa, un bosque, y anclajes positivos con fotos de recuerdos positivos o canciones (Bados, 2010).



7.9. Técnica de la palabra clave

Para aplicar la palabra clave es necesario que el interviniente efectúe las siguientes acciones previas, acordar una palabra que funcione como anclaje positivo durante el acompañamiento, verificar que la terminología no recuerde el incidente negativo, elegir las palabras claves, en función a la elección propia de la víctima (felicidad, serenidad, calma).



Las palabras tienen poder, es necesario usar cuando son estrictamente útiles para desactivar una emoción; en este sentido la palabra clave funcionara como un anclaje para reducir la ansiedad, por ejemplo si la victima está recordando la escena traumática inmediatamente dice la palabra clave (serenidad) lo que desactivará la emoción negativa y reduce los síntomas de la ansiedad generalizada (Gregorio, 2019).

7.10. Anclajes positivos

La técnica del anclaje permite situarse en un estado emocional en concreto. Inconscientemente, a menudo se está expuesto a anclajes, por ejemplo, se puede escuchar una canción y tener un estado emocional determinado porque esa música recuerda a alguien o alguna situación. Un anclaje positivo es aquel que permite omitir el suceso negativo por la representación emocional de un nuevo anclaje emocional (Perez, 2017).

Existen tres variables de anclajes:

- **Técnica de representación visual** (con fotografías):

Se aplica viendo una fotografía que luego pueda recordar

cuando esté triste o ansiosa.



- **Técnica de anclaje auditiva** (música):

Aprenderse una canción que desactive la emoción al cantarla, tiene que ser rítmica y no de contenido triste.



- **Sistema de representación kinestésica** (manos que comunican)

Consiste en tomar las manos de otra persona sin usar lenguaje verbal, y transmitir las emociones que siente en ese momento sin la necesidad de hablar, lo que permitirá que las emociones sean expresadas de una manera no común.



7.11. Técnica del cuento dirigido

El Cuento dirigido es la estrategia lúdica más útil para trabajar con adultos y niños, en el caso de los adultos debe tener un contenido más formal y de tipo reflexivo, en el caso de los niños más lúdico y acompañado de títeres.



- Niños: Cuento de Pepuka y el Monstruo que se llevó su sonrisa (Moreno, 2018)

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=7H3mTZfw184>

- Adultos: El elefante encadenado (Bucay, 2010).

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=BJfmBjHBikQ>

7.12. Posicionamiento

Ubicarlo dentro de un escenario el cual sea parte de la solución, formando un esquema mental apropiado de su realidad, la técnica busca como finalidad hacerle parte de las soluciones frente a lo vivido por ejemplo frases como “Ayúdeme a atender a su hermana” “No es necesario gritar, más bien ayúdeme a llamar a la policía” este tipo de frases permite a la persona alterada sentir que está colaborando para solucionar la problemática (Carpio, 2016).



7.13. Calibrar



Se define la calibración como la diferencia entre el éxito subjetivo y el éxito objetivo de un sujeto en una serie de acciones, se trata de equiparar la respiración, facies y comportamientos con la del interviniente con el fin de reducir el estrés provocado por el evento traumático, la forma adecuada de calibrar es colocarse en la misma posición corporal (sentado, de pie etc.) cada acción debe pretender igualar en comportamientos y acciones con el

de la persona intervenida (Macbeth, 1980).

7.14. Visión del futuro



La técnica de visión de futuro pretende invitar al afectado a actuar de forma proactiva ideando por escrito con metas a corto y mediano plazo ese mañana deseado, desde sus valores, principios, actitudes y fortalezas, se inicia la necesidad de liderar y soñar el destino donde la persona desea estar, por ejemplo hoy soy una persona violentada, mañana realizaré la denuncia, en una semana estaré buscando empleo etc., estas autoafirmaciones le demostrarán que el

futuro esperado está más cerca de lo que parece (Fundación Universitaria Cafam, 2015).

7.15. Visualización del señor dolor

Para que el dolor por lo vivenciado no se cronifique se puede realizar una visualización muy sencilla en la que se va a mantener una conversación con el señor dolor, para comprender cuál es el papel en el escenario de su vida, primero es necesario relajarse y buscar un lugar de calma (imaginación de un lugar de confort que traiga paz a la



víctima), una vez centrado en el lugar se busca el sentimiento que deseas comprender y aceptar, se tiene que dibujar una figura que represente el dolor y preguntarle ¿Qué siente? ¿De qué color es? Al mismo tiempo preguntarle ¿Qué quieres de mí? ¿Qué mensaje deseas transmitir? ¿Qué debo hacer contigo? Si tienes más preguntas que quieras hacerle sigue ejecutándolas, pero tómate tu tiempo para escuchar sus respuestas.

7.16. Aquí y ahora

Esta técnica se trabaja en el presente, en “el aquí y el ahora”, lo que la persona está viviendo en ese momento de su vida, el prestar atención al presente se ha observado que se anula los efectos traumáticos del pasado y no permite que se proyecte al futuro inmediato, manteniéndole en la seguridad del ahora, consiste en la formulación de escenas, frases o anclajes que le indiquen a la víctima que está en el presente (ahora está segura, yo estoy acompañándola, no la dejare hasta que sea necesario) las frases ubican en tiempo y espacio, son garantía del presente sin violencia (Stange, 2014).



7.17. Descortezando la cebolla



La técnica consiste en ir desagregando por capas cada uno de los pensamientos que se generan frente a la situación de violencia; la finalidad es pelar la cebolla hasta que el raciocinio retorne por medio del reconocimiento de la problemática, cada capa representa un análisis, por ejemplo, primera capa: me agredió, segunda capa: porque tenía iras, tercera capa: eso no es justificación para su agresión, cuarta capa: no debo permitir que me agredan: quita capas: no está bien lo que hizo; se finaliza la técnica luego del análisis de seis capas o más (Feder, 2011).

7.18. Frases positivas desde el principio de Premack

Su uso más común es para reforzar aquellas conductas deseables de baja ocurrencia, incrementar los anclajes positivos, y potenciar la autoestima, al mismo tiempo reducir conductas disruptivas producto de una problemática, Ej. Yo soy capaz de salir adelante (Stumphauzer, 1986).



7.19. Sesgos cognitivos



El cerebro posee una capacidad limitada, o porque no siempre se dispone de toda la información que se desearía o porque embarga la incertidumbre de las consecuencias de tomar una u otra decisión, por lo que en muchas ocasiones se toman “atajos mentales” para llegar a la solución de los problemas, los sesgos cognitivos son procesos mentales que hacen apropiarse de las oportunidades que el cerebro interpreta como útiles Ej. Tiene dos opciones escoja una (Guerri, 2019).

7.20. El espejo escrito

La técnica permite generar un propio concepto de la situación vivida, está basada en la observación personal de cada uno frente al espejo escrito, se ejecuta la técnica solicitando que escriba una carta en la cual el nombre de pila conversa por escrito con el segundo nombre, por ejemplo: Cristina dice: hoy me pegaron y Daniela responde: por qué permitiste esta acción, este ejercicio genera razonamiento frente a la situación a confrontar, generando que la propia persona busque soluciones o analice el contexto de lo sucedido (Rojas, 2016).



7.21. Abrazo de la mariposa

El Abrazo de la Mariposa, es una Estimulación de Atención Dual (EAD) que consiste en cruzar los brazos sobre el pecho. La punta del dedo medio de cada mano debe de quedar bajo la clavícula y el resto de los dedos y la mano deben de cubrir el área que se encuentra debajo de la unión de la clavícula con el hombro y de la clavícula con el esternón, para ello, mano y dedos deben de estar lo más verticalmente posible (los dedos dirigidos hacia el cuello y NO hacia los brazos).



Una vez hecho esto, se pueden entrelazar los dedos pulgares (formando el cuerpo de la mariposa) y los otros dedos formarán sus alas, mientras dura el ejercicio la persona imagina el ejercicio y realiza los movimientos con las manos (Artigas, 2000).

7.22. Yo madre, yo adulta, yo hija



La técnica consiste en poner en tres papeles las tres formas de razonamiento (Yo madre, yo adulta, yo hija), se solicita a la participante que dialogue entre sus tres formas de formular respuestas, con el fin de que la hija responda con comportamientos infantiles e inmaduros (no sé qué hacer, me pegaron),

la madre con consejos para el bienestar (nadie puede pegarte), y la adulta para que tome la decisión más acertada (debes protegerte denuncia lo sucedido) estas formas de razonamiento harán frente al hecho de violencia generando una solución adecuada y madura (Berne, 2012).

7.23. Técnica del buzón de la confianza

El buzón de la Confianza es una técnica que se implementa para realizar detección de malestar grupal, puede ser útil para implementar en espacios escolares en donde se pueden detectar situaciones de violencia cuando se abre el buzón.

Si se desea realizar en PAP, se sugiere que la persona escriba una carta y la coloque en el buzón, esta carta debe contener toda la descripción del episodio de violencia, al ser una carta sin identificación brinda la seguridad para escribir todo lo necesario, lo que dará pautas para identificar problemáticas grupales.



El buzón es una herramienta útil para realizar soportes con niños dentro de la atención pre hospitalaria cuando no desean hablar.

7.24. Técnica de la persona segura

La técnica de la persona segura consiste en acordar con el niño o niña una persona segura que será la encargada de escuchar todas las necesidades y preocupaciones del infante, la técnica busca como fin tener un adulto de referencia para que sea a quien le confíe situaciones de violencia en el caso de que existieren.



La forma de ejecución es solicitar a la persona violentada que antes de iniciar la intervención, dé un nombre de la persona en la que confía y le brinda seguridad, esta será en quien el personal se apoyará para la aplicación de todo tipo de técnicas.

7.25. Buenos y malos secretos



La técnica consiste en ejemplificar a los niños y niñas la diferencia entre un buen secreto (Guardar secreto de una fiesta sorpresa) y un mal secreto (solicitar que no diga nada sobre un acto de violencia), buscando como objetivo generar la empatía para que confirmen si hay acciones de violencia en su entorno familiar o académico, en

muchos casos se identifica abuso sexual como manifestaciones más graves y explícita de la violencia (Quezada, 2006).

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=om6VGo6CwuM>

TÉCNICAS
PARA
EL CUIDADO
Y
AUTOCUIDADO
DEL
INTERVINIENTE

8. Técnicas para el cuidado y autocuidado del interviniente

8.1. Briefing (Informe)

Es una técnica que consiste en la preparación de los integrantes de los equipos de primera respuesta, en la que el fin es darle al interviniente el mayor número de detalles sobre lo acontecido, tanto de las dificultades, carencias y prepara emocionalmente sobre los incidentes a los que se va a enfrentar (FICR, 2004).



Para realizar la técnica debemos evaluar de forma constructiva el papel de cada uno de los intervinientes durante la emergencia, así como de los materiales y vehículos utilizados, con el fin de mejorar en todos los aspectos posibles.

Los pasos a seguir son:

- Analizar la emergencia o práctica desde el primer instante, hasta la llegada a la base.
- Analizar de forma constructiva los posibles errores que se hayan podido cometer, sus causas y consecuencias, para minimizarlos o evitarlos en futuras acciones.

8.2. Defusing (Desactivación)

Es una aproximación al manejo del estrés como respuesta subsiguiente a un trauma o incidente crítico, se considera como reajuste psicológico, es clasificado como un desahogo de la tensión generada por el incidente, consiste en el proceso de recupe-



ración emocional mediante la ventilación de los sentimientos, no se evalúa como se piensa, por el contrario, como reaccionó con respeto a la atención brindada por el interviniente, es un acercamiento que dura de 10 a 15 minutos para la reflexión

de las labores ejecutadas por el primer respondiente (FICR, 2004).

Los pasaos a seguir son:

- Evitar los comentarios negativos sobre la actuación de alguno/s de los intervinientes.
- Cuando se quiera llamar la atención a algún interviniente por un error o actitud, se lo debe hacer en privado.
- Destacar públicamente los aciertos de cualquiera de los intervinientes durante la intervención.

8.3. Debriefing (interrogatorio)



Esta técnica se utilizará cuando se ha producido la atención a un incidente crítico, o cuando es requerido por el líder del equipo, se realiza una vez que se ha finalizado las labores de contención con las víctimas de un incidente, tiene como objeto reunir y analizar la atención brindada durante las labores (FICR, 2004).

Los pasos a seguir son:

- Solicitar que emitan los comentarios y sentimientos que tienen posterior a la actuación de en la emergencia.

- Realizar una descarga emocional que provoque una catarsis (liberación de las emociones contenidas)
- Afirmar que está bien sentirse triste posterior al trabajo con el dolor de la gente atendida.

8.4. Representación gráfica de resiliencia

La representación gráfica de resiliencia consiste en realizar un anclaje positivo para focalizar nuestra búsqueda en los recursos personales y ambientales puede ser una fotografía hecho rompecabezas, la finalidad es demostrar que todo lo que se desarma se puede volver a armar de una manera adecuada, la intervención en el primer respondiente tiene que ser directa a una intervención que incorpora a la familia y a la comunidad durante todo el proceso de desactivación emocional (Trujillo, 2003).



8.5. Buzón del desahogo

El buzón es una herramienta para realizar una adecuada canalización de las emociones, consiste en un ánfora en donde los intervinientes realizan descargas emocionales de los que vivieron, puede ser por medio de un dibujo o una carta la finalidad es depositar en el buzón todo el malestar que se produce frente a otra persona, pero sin decirle directamente, lo que evita la existencia de roces entre profesionales (Carpio, 2016).



8.6. Muro del desahogo



El muro del desahogo es una herramienta para realizar descargas emocionales a partir de la pintura, dibujos, frases y la ejecución de trazos sin sentido que representen la liberación de la emoción vivida en la escena de un incidente (Carpio, 2016).

8.7. Rueda de disgustos

La rueda de los disgustos consiste en un ejercicio al finalizar las labores en las cuales se realiza un círculo entre los intervinientes de espaldas, la finalidad es indicar las situaciones que no fueron de agrado pero sin decir a una



tercera personas sino como una idea suelta entre todo el grupo, de tal manera que no se torne personal la molestia adquirida al momento de roses entre profesionales en la emergencia atendida (Carpio, 2016).

8.8. El expectativometro

Esta técnica es una manera fácil de medir las expectativas que tienen las personas previo a ejecutar sus laboras cotidianas como equipo, consiste en colocar pequeñas notas en una pizarra en donde al finalizar la semana se verificaran si se cumplieron o no las expectativas planteadas por el equipo de trabajo (CRE, 2017).



8.9. La carta

La técnica de la carta consiste en realizar un anclaje positivo para cuando el interviniente lo necesite, para ejecutarla se solicita al interviniente que pida a un amigo o familiar al cual aprecie mucho para que escriba una carta de motivación, esta carta no será leída hasta que el interviniente sienta que necesita leerlo, esta puede ser al finalizar una intervención complicada o de fuerte carga emocional (MSP, 2017).



BIBLIOGRAFÍA

9. Bibliografía

- Andalucía, J. d. (2017). Violencia de género red ciudadana, (pág. 2). Andalucía .
- Antón, M. (2011). Guía básica primeros auxilios psicológicos en violencia de género. Madrid.
- Artigas, L. (2000). El abrazo de la mariposa.
- Ayuntamiento de Sevilla . (2011). Sensibilización y prevención de la violencia de género . Sevilla : BPS aldiseño SLL.
- Bados, A. (2010). La técnica de la de la reestructuración cognitiva . Barcelona .
- Berne, E. (2012). Análisis transaccional. Revista mente brillante.
- Bucay, J. (2010). El elefante encadenado.
- Carpio, J. (2016). Compilacion de 100 Técnicas breves y en crisis para el soporte psicológico de emergencias. Obtenido de Cruz Roja de Loja: <https://es.scribd.com/document/384175633/folleto-de-tecnicas-en-crisis-loja-pdf>
- Colegio de Psicólogos de Tucumán. (2012). Introdutorio teórico práctico “Programación Neruolingüística. Tucumán.
- Colegio Oficial de Psicología de Galicia. (2015). Guía de autocuidado para intervinientes en situaciones críticas. Santiago de Compostela : Rúa da Espiñeira.
- Consejo Nacional de Seguridad Pública. (2018). Protocolo nacional del primer respondiente. México.

- CRE. (2017). Taller de apoyo psicosocial . Latacunga .
- CRRECD. (2012). Primeros auxilios psicológicos en desastres. Costa Rica.
- Cruz Roja Española. (2016). Guía **r**ápida de consulta para intervinientes: Durante la emergencia. España.
- Dorony, L. (2015). Primeros auxilios psicológicos y manejo de llamadas críticas S.I.S. ECU-911. Quito .
- Feder, B. (2011). Manual de terapia Gestalt “Pelando la Cebolla”. España.
- FICR. (2004). Primeros auxilios psicológicos. Costa Rica.
- FICR. (2012). Primero auxilios psicológicos. Ginebra, Unicef.
- Funación Universitaria Cafam. (2015). Visión del futuro. Caldas.
- Galfaso, A. (2016). 6to Simposio de Emergencias, urgencias y desastres. Buenos Aires.
- Gregorio, J. (2019). El método de la palabra clave. Técnicas de estudio.
- Guerri, M. (2019). Heurísticos y sesgos cognitivos. Revista Psicoactiva , 1-2.
- Guevara, E. (2012). Primeros auxilios básicos. Cuenca .
- Ier Simposio Ecuatoriano de Psicotraumatología. (2018). Técnicas de tercera Generación. Quito.
- Lopez, A. (2016). Primeros auxilios psicológicos. Coordinación Nacional de Protección Civil de México . México .

- Macbeth, G. (1980). La calibración en los trastornos de ansiedad. El Salvador .
- Marín, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión. Mexico.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Plan nacional de salud sexual y salud reproductiva. Quito.
- Moreno, E. (2018). El monstruo que se llevó la sonrisa . España.
- MSP. (2016). Modelo de gestión, organización y funcionamiento. Quito.
- MSP. (Septiembre de 2017). Curso de primeros auxilios psicológicos . Cuenca , Azuay .
- Nunez, D. (2016). Cómo deberíamos cuidarnos , quienes cuidamos. Argentina .
- Núñez, D. (2004). Primeros auxilios psicológicos y emocionales. Argentina .
- Organización Mundial de la Salud. (1993). Definición de emergencia .
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres.
- Perez, C. (2017). La técnica del anclaje. Revista la Mente es maravillos.
- Quezada, V. (2006). Abuso Sexual Infantil, ¿Cómo Conversar con los Niños? Ediciones de la Universidad Internacional SEK.
- Rojas, M. (2016). Técnica del espejo para mejorar el autoconcepto y la autoestima en afectados. Nueva York: fundacion cadah.

SIS ECU 911. (2017). Primer respondiente. Quito .

Slaikeu. (1988). Intervencion en crisis.

Stange, I. (2014). Basics Gestalt Therapy. Centro de documentación, investigación y difusión de la carrera de psicología.

Stumphauzer, J. (1986). Terapia conductual, El principio de Premack. México, Trillas.

Torres, A. (2017). Guía para saber prestar primeros auxilios emocionales. psicología y mente.

Trujillo, M. (2003). La Resiliencia en la psicología social. IZTACALA: Facultad de estudios superiores IZTACALA.

UAB. (2016). Primeros auxilios psicológicos. En U. A. Barcelona.

Varas, E. (2013). Sobrevive al duelo . Vergara .

ANEXOS

VALIDACIÓN DE LOS FLUJOGRAMAS POR EXPERTOS

RESUMEN DE PERFILES DE LOS EXPERTOS

VALIDACIÓN DE LOS FLUJOGRAMAS PARA APLICACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN VIOLENCIA DE GÉNERO

#	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIZACIÓN	CARGO ACTUAL	CIUDAD
Experto 1	René Marcelo Abarca Tenemasa	<ul style="list-style-type: none">· Licenciado en Emergencias Médicas· Especialista en Gestión de Riesgos y Desastres.	Director Nacional de Atención Pre Hospitalaria y Unidades Móviles del Ministerio de Salud Pública del Ecuador	Quito
Experto 2	Gabriel Alexander Guzmán Ordóñez	<ul style="list-style-type: none">· Psicólogo Clínico· Magíster en Gestión de Riesgos y Desastres.	Responsable Zonal de Unidades Móviles y Atención Pre Hospitalaria de la Coordinación Zonal 8 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador	Santa Elena
Experto 3	Vanessa del Rocío Quezada Morocho	<ul style="list-style-type: none">· Doctora en Medicina· Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local	Médico coordinadora de la Central Reguladora de Emergencias del Ministerio de Salud Pública del Ecuador	Quito
Experto 4	Diana Karina Becerra Puya	<ul style="list-style-type: none">· Psicóloga Educativa· Magíster en Psicoterapia Integrativa	Miembro Activo del Directorio Nacional de la Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma y Atención de Crisis Emergencias y Desastres SEPACED	Cuenca
Experto 5	María Ignacia Páez Monge	<ul style="list-style-type: none">· Psicóloga Clínica	Especialista de Prevención Primaria y Secundaria del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de Salud Mental Comunitaria del Ministerio de Salud Pública del Ecuador	Quito

VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO POR EXPERTOS

RESUMEN DE PERFILES DE LOS EXPERTOS

VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN VIOLENCIA DE GÉNERO

#	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIZACIÓN	CARGO ACTUAL	PAÍS
Experto 1	Alicia Galfazo	<ul style="list-style-type: none">Licenciada en PsicologíaEspecialista en Primeros Auxilios Emocionales	Directora del postgrado de "Curso Avanzado de Primeros Auxilios Emocionales en Urgencias, Emergencias y Catástrofes de la Universidad de Buenos Aires (UBA).	Argentina
Experto 2	Malvina Caballero	<ul style="list-style-type: none">Licenciada en PsicologíaEspecialista en Primeros Auxilios Emocionales	Directora de Seguridad y Bienestar del Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Paraguay.	Paraguay
Experto 3	Guillermo Yánez	<ul style="list-style-type: none">Psicólogo ClínicoMaestría en Gerencia Educativa.Máster en hipnosis clínica.	Docente de la Universidad Técnica del Norte Voluntario de la Cruz Roja Ecuatoriana.	Ecuador
Experto 4	Roció Villacis	<ul style="list-style-type: none">Psicóloga ClínicaTécnica en Emergencias MédicasCursando especialización en Derechos Humanos	Psicóloga Clínica del Cuerpo de Bomberos de Quito Voluntario de la Cruz Roja Ecuatoriana.	Ecuador

“La serenidad no es estar salvo de una tormenta, sino encontrar la paz en medio de ella”

Tomas de Kempis



ISBN: 978-9942-784-96-4



9 789942 784964