

■ Hojas de trabajo del proveedor

Necesidades actuales del sobreviviente

Fecha: _____ Proveedor: _____

Nombre de sobreviviente: _____

Ubicación: _____

Esta sesión se llevó a cabo con (marque todos los cuadros que correspondan):

- Niño
 Adolescente
 Adulto
 Familia
 Grupo

Proveedor: use este formulario para documentar las necesidades que el sobreviviente más tiene en estos momentos. Este formulario se puede utilizar para comunicarse con las agencias de referidos para ayudar a promover la continuidad en el cuidado.

1. Marque los cuadros que correspondan a las dificultades que está experimentando el sobreviviente.

Comportamiento	Emocional	Físico	Cognoscitivo
<input type="checkbox"/> Desorientación extrema <input type="checkbox"/> Uso excesivo de drogas, alcohol o medicamentos recetados <input type="checkbox"/> Aislamiento/retraimiento <input type="checkbox"/> Comportamiento de alto riesgo <input type="checkbox"/> Comportamiento regresivo <input type="checkbox"/> Ansiedad por la separación <input type="checkbox"/> Comportamiento violento <input type="checkbox"/> Afrontamiento desadaptativo <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Reacciones de estrés agudas <input type="checkbox"/> Reacciones de duelo agudas <input type="checkbox"/> Pena, llanto <input type="checkbox"/> Irritabilidad, coraje <input type="checkbox"/> Se siente ansioso, temeroso <input type="checkbox"/> Desesperación <input type="checkbox"/> Sentimientos de culpabilidad o vergüenza <input type="checkbox"/> Pérdida de sentimientos, desconexión <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Dolores de estómago <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Dificultad para comer <input type="checkbox"/> Empeoramiento de condiciones de salud <input type="checkbox"/> Cansancio/agotamiento <input type="checkbox"/> Agitación crónica <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Inhabilidad para aceptar/manejar la muerte de un ser querido <input type="checkbox"/> Sueños angustiantes o pesadillas <input type="checkbox"/> Pensamientos o imágenes intrusivos <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse <input type="checkbox"/> Dificultades para recordar <input type="checkbox"/> Dificultad en la toma de decisiones <input type="checkbox"/> Preocupación con la muerte/destrucción <input type="checkbox"/> Otro _____



2. Marque los cuadros que correspondan a las dificultades que está experimentando el sobreviviente.

- Trauma/problemas psicológicos/problemas de abuso de sustancias pasados o preexistentes
- Resultó lastimado por el desastre.
- Estuvo en riesgo de perder la vida durante el desastre
- Seres queridos perdidos o muertos
- Preocupaciones financieras
- Desplazado del hogar
- Arreglos de vivienda
- Pérdida del trabajo o escuela
- Asistencia en el rescate/recuperación
- Tiene discapacidades físicas/emocionales.
- Estabilización de medicamentos
- Preocupaciones con niño/adolescente
- Inquietudes espirituales
- Otro: _____

3. Por favor, anote cualquier otra información que pueda ser útil al hacer un referido.

4. Referido

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dentro del proyecto (especifique) | <input type="checkbox"/> Tratamiento para el abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Otras agencias de desastres | <input type="checkbox"/> Otros servicios comunitarios |
| <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental profesionales | <input type="checkbox"/> Representante religioso |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento médico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

5. ¿Aceptó el sobreviviente el referido?

- Sí
- No

Hojas de trabajo del proveedor

Componentes proporcionados de los Primeros Auxilios Psicológicos

Fecha: _____ Proveedor: _____

Ubicación: _____

Esta sesión se llevó a cabo con (marque todos los cuadros que correspondan):

- Niño Adolescente Adulto Familia Grupo

Haga una marca en el cuadro junto a cada componente de los Primeros Auxilios Psicológicos que usted proporcionó durante esta sesión.

Contacto y acercamiento

- Inició el contacto de manera apropiada. Preguntó por las necesidades inmediatas.

Seguridad y alivio

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tomó medidas para garantizar la seguridad física inmediata. | <input type="checkbox"/> Dio información acerca del desastre/riesgos |
| <input type="checkbox"/> Atendió el alivio físico. | <input type="checkbox"/> Fomentó el acercamiento social. |
| <input type="checkbox"/> Atendió a un niño separado de sus padres. | <input type="checkbox"/> Protegió del trauma adicional. |
| <input type="checkbox"/> Asistió con preocupaciones relacionadas con la desaparición de seres querido. | <input type="checkbox"/> Brindó asistencia después de la muerte de un ser querido. |
| <input type="checkbox"/> Asistió a sobrevivientes con reacciones de duelo. | <input type="checkbox"/> Ayudó a niños a expresarse acerca de la muerte. |
| <input type="checkbox"/> Atendió asuntos espirituales relacionados con la muerte. | <input type="checkbox"/> Brindó asistencia relacionada con el duelo traumático. |
| <input type="checkbox"/> Proporcionó información acerca de funerales. | <input type="checkbox"/> Ayudó al sobreviviente después de la identificación de un cadáver. |
| <input type="checkbox"/> Ayudó a sobrevivientes en relación con la notificación de una muerte. | <input type="checkbox"/> Ayudó a un niño después de la confirmación de una muerte. |

Estabilización

- Ayudó con la estabilización. Usó técnicas de enraizado (*grounding*).
- Recopiló información para un referido a medicación para estabilizar.

Recopilación de información

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Naturaleza y severidad de las experiencias en relación con el desastre | <input type="checkbox"/> Muerte de un miembro de la familia o amigo |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones ante la amenaza en curso | <input type="checkbox"/> Preocupaciones acerca de la seguridad de seres queridos |

Recopilación de información – *continuación*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad física/mental y medicamento(s) | <input type="checkbox"/> Pérdidas relacionadas con el desastre |
| <input type="checkbox"/> Culpabilidad o vergüenza extrema | <input type="checkbox"/> Pensamientos relacionados con hacerse daño a sí mismo o a otros |
| <input type="checkbox"/> Disponibilidad de apoyo social | <input type="checkbox"/> Uso previo de alcohol o drogas |
| <input type="checkbox"/> Historial de trauma o pérdida anterior | <input type="checkbox"/> Preocupaciones acerca del impacto en el desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Asistencia práctica

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ayudó a identificar las necesidades más inmediatas. | <input type="checkbox"/> Ayudó a clarificar necesidades. |
| <input type="checkbox"/> Ayudó a desarrollar un plan de acción. | <input type="checkbox"/> Con acción ayudó a atender la necesidad. |

Conexión con apoyo social

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Facilitó el acceso a personas de apoyo primario. | <input type="checkbox"/> Habló sobre buscar y dar apoyo. |
| <input type="checkbox"/> Modeló el comportamiento de apoyo. | <input type="checkbox"/> Organizó actividades para los jóvenes. |
| <input type="checkbox"/> Ayudó a resolver problemas para obtener/dar apoyo social. | |

Información acerca del manejo de adversidades

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Proveyó información básica acerca de reacciones por estrés. | <input type="checkbox"/> Entregó información básica acerca de las reacciones de manejo de adversidades. |
| <input type="checkbox"/> Enseñó técnicas simples de relajación. | <input type="checkbox"/> Ayudó con asuntos del manejo de adversidades de la familia. |
| <input type="checkbox"/> Asistió con preocupaciones del desarrollo. | <input type="checkbox"/> Asistió con el manejo del coraje. |
| <input type="checkbox"/> Atendió emociones negativas (vergüenza/ culpabilidad). | <input type="checkbox"/> Ayudó con problemas del sueño. |
| <input type="checkbox"/> Atendió problemas de abuso de sustancias. | |

Enlace con servicios de colaboración

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Proveyó enlace con servicios adicionales. | _____ |
| <input type="checkbox"/> Promovió la continuación del cuidado. | _____ |
| <input type="checkbox"/> Distribuyó folletos. | _____ |