



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

APLICACIÓN WEB PARA LA FORMACIÓN BÁSICA DE PRIMEROS
AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN ORGANIZACIONES.

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO EN
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

OMAR GARCÍA BETANZOS

DIRECTOR DE LA TESINA
DRA. JUANA PATLÁN PÉREZ



**Facultad
de Psicología**

Ciudad Universitaria, CDMX, septiembre 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Deseo expresar mi sincero reconocimiento y gratitud a la Dra. Juana Patlán por su invaluable guía en este trabajo, así como por compartir generosamente su valioso tiempo y conocimiento.

También quiero agradecer a mis estimados revisores y sinodales por su dedicación y por las palabras de aliento que me han brindado.

Asimismo, deseo manifestar mi aprecio y constante compromiso hacia la Facultad de Psicología de la UNAM, por brindarme la oportunidad de formar parte de su campus y por el inestimable apoyo que me han ofrecido en mi desarrollo profesional.

No puedo dejar de mencionar el profundo agradecimiento y amor hacia mi familia; Mony, Yabín y Vianey, quienes han brindado un increíble apoyo y han depositado una enorme confianza en mí.

ÍNDICE

- I. Resumen.
- II. Introducción.
- III. Planteamiento del problema y justificación.
- IV. Objetivo general.
- V. Objetivos específicos.

Capítulo 1

Marco de actuación de los Primeros Auxilios Psicológicos.

- 1.1 Distinción entre situaciones de emergencia y eventos de crisis.
- 1.2 Escenarios de desastres y catástrofe naturales.
- 1.3 Perfil de las personas que asisten.
- 1.4 Perfil de las personas asistidas.
- 1.5 Instancias para proporcionar la atención.

Capítulo 2

Efectos psicológicos y emocionales en situaciones de emergencia y eventos de crisis.

- 2.1 El estrés como respuesta fisiológica y emocional.
- 2.2 Alteración emocional y desorganización psíquica.
- 2.3 Descripción de pánico y ataques de ansiedad.
- 2.4 Capacidad de afrontamiento.

Capítulo 3

Pasos de los Primeros Auxilios Psicológicos; Modelo A B C D E.

- 3.1 A: Escucha Activa.
- 3.2 B: Ventilación.
- 3.3 C: Categorización de necesidades.
- 3.4 D: Derivación a redes.
- 3.5 E: Psico-Educación.

Capítulo 4

Escenarios de atención de los primeros auxilios psicológicos.

- 4.1 Primeros Auxilios Psicológicos en centros de trabajo.
 - 4.1.1 Diferencias ente centro de trabajo, lugar de trabajo y puesto de trabajo.
 - 4.1.2 PAP y su relación con la salud en el trabajo.
 - 4.1.3 ¿Cómo incluir los PAP en las organizaciones?
- 4.2 Funcionamiento de los Primeros Auxilios Psicológicos en hospitales.
 - 4.2.1 PAP enfocados en el personal de salud.
 - 4.2.2 PAP enfocados en personal administrativo y operativo; camilleros, paramédicos, conductores de ambulancias, enfermería y otros.
 - 4.2.3 PAP enfocados en pacientes y sus cuidadores.
- 4.3 Adaptación de los Primeros Auxilios Psicológicos al contexto COVID-19.
 - 4.3.1 La responsabilidad de proveer información sobre COVID-19.
 - 4.3.2 Casos más comunes en el contexto COVID-19.
 - 4.3.3 Salud mental y respuestas psicosociales a COVID-19.
 - 4.3.4 Uso y desarrollo de material didáctico e infografías.
- 4.4 Primeros Auxilios Psicológicos en situaciones de violencia política.
 - 4.4.1 Clases de violencia política.
 - 4.4.2 Instancias donde no asistir con PAP.
 - 4.4.3 El fenómeno del furor *curandis*.
- 4.5 Intervenciones de Primeros Auxilios Psicológicos a distancia.
 - 4.5.1 Análisis de los medios para la asistencia psicológica y de PAP.
 - 4.5.2 Asistencia psicológica y aplicación de protocolos a distancia.
 - 4.5.3 Como aplicar PAP a distancia.
 - 4.5.4 Apps de contención y apoyo emocional.

Capítulo 5

Propuesta de intervención: Aplicación web para la formación básica de Primeros Auxilios Psicológicos en organizaciones.

- 5.1 Definición de la propuesta.
- 5.2 Principios y alcance.

5.2.1 Principios

5.2.2 Alcance.

5.3 Metodología.

5.4 Proceso de desarrollo de la Aplicación Web Progresiva.

Presentación del proyecto.

Referencias.

Resumen.

Cuando las personas se ven sometidas a acontecimientos personales y/o colectivos de gran impacto psicológico, sufren entre otras pérdidas, una grave crisis emocional. Eventos como los desastres naturales, accidentes graves, actos terroristas, la pérdida de seres queridos, o eventos de salud; como la pandemia que hemos padecido recientemente, etc. pueden provocar una crisis en un corto periodo de tiempo. Uno de los signos más comunes es un cambio claro y abrupto en el comportamiento diario. En todos estos acontecimientos, la psicología desempeña un gran papel.

En términos de salud mental, una crisis psicológica no se refiere necesariamente a una situación o evento traumático, sino a la reacción de una persona ante un evento. Una persona puede verse profundamente afectada por un evento mientras que otra persona sufre pocos o ningún efecto adverso.

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) están definidos como una técnica de apoyo humanitario para personas que se encuentran conmocionadas emocionalmente ante una situación de crisis (ej. crisis humanitarias, accidente de tránsito, noticia de familiar gravemente enfermo, incendio, desastre natural, asalto, etc.), que tiene como objetivo recuperar el equilibrio emocional y prevenir el desarrollo de secuelas psicológicas.

Existen variaciones en el abordaje de los Primeros Auxilios Psicológicos, la elegida para la realización de este trabajo es el modelo A B C D E de Primeros Auxilios Psicológicos desarrollado por la Escuela de Medicina y el Departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile y el Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales Chileno (CIGIDEN). El cual incluye cinco pasos fundamentales: A: Escucha Activa, B: Ventilación, C: Categorización de necesidades, D: Derivación a redes y E: Psico-Educación. Se escogió este modelo por su validez científica y practicidad de difusión.

El proyecto de este trabajo es una aplicación web para la formación básica y difusión de los Primeros Auxilios Psicológicos de una forma práctica, ágil y en la parte del desarrollo técnico con un modelo de programación ampliamente sostenible en el tiempo. Además, se hace revisión de como las organizaciones pueden enfrentar retos y oportunidades para adoptar este recurso como parte de su estrategia ante emergencias.

Introducción.

Es indiscutible que los lugares adecuados para brindar Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) son aquellos en los que se presenten crisis psicoemocionales. De manera similar a las asistencias médicas de primeros auxilios, los PAP comparten la premisa de brindar atención inmediata y de apoyo en situaciones de crisis. Ambos enfoques buscan proporcionar un soporte inicial y básico para aliviar el sufrimiento y promover la estabilidad en momentos críticos.

¿Por qué impulsar los PAP desde las organizaciones?

En lugar de centrarnos en el papel de los PAP en las organizaciones, es más pertinente abordar el rol de las propias organizaciones como elementos clave en la corrección de políticas y costumbres psicosociales que contribuyen al deterioro de la salud mental en la región. Preparar a las organizaciones para ofrecer respuestas a través de los PAP representa una excelente oportunidad para generar conciencia sobre la importancia de la salud mental en los empleados y su impacto en los resultados empresariales.

Algunos estudios muestran que una buena respuesta de PAP y un cuidado de la salud mental en el trabajo puede disminuir el ausentismo y mejorar el rendimiento profesional de quienes la reciben. Y lo más importante, ayuda en la prevención de futuros problemas de salud mental. Como, por ejemplo: el Trastorno de Estrés Postraumático.

Una característica destacable de la intervención de los PAP en las organizaciones es su enfoque preventivo, que involucra a todos los participantes en la detección de oportunidades para modificar los factores de riesgo psicosocial presentes en sus entornos laborales.

En este trabajo se aborda el enfoque de las organizaciones frente a situaciones de crisis emocional, así como la influencia del contexto organizacional en la implementación de los PAP. También se menciona la posibilidad de establecer empresas centradas en temas relacionados con la salud mental.

A través de los primeros capítulos se establecen los fundamentos clínicos y sociales de los PAP. Se reconocen los elementos contextuales e históricos de los PAP y se presentan una serie de nociones relevantes.

La propuesta está pensada para concientizar de la responsabilidad de las organizaciones en la salud mental a nivel social y resaltar su impacto en los servicios de emergencia. Además, busca persuadir sobre los amplios beneficios que ofrecen los proyectos que combinan tecnología y ciencias de la salud mental en su núcleo.

Planteamiento del problema y justificación.

En México, la carencia en los Servicios de Emergencia médica es evidente, con una escasez de ambulancias en diversas entidades del país por parte del sistema de salud público. Sin embargo, es importante destacar que la situación es aún más profunda y desatendida cuando se trata de los Servicios de Primeros Auxilios Psicológicos. Estos últimos han sido poco difundidos e integrados en los sistemas de emergencia, a pesar de su crucial importancia para brindar apoyo y atención a las personas que enfrentan crisis psicológicas y emocionales en situaciones de urgencia.

Uno de los principales problemas del Sector Salud es la ausencia de una expresa y sistemática política de salud pública dirigida a la prevención, por lo que la atención está concentrada en atender los problemas que llegan en las etapas avanzadas, donde se enfrenta el 80% de las enfermedades, en lugar de hacerlo desde la etapa temprana donde resulta menos costoso y más efectivo tratar las enfermedades (Celis, 2021).

Reforzar el sistema de asistencia en emergencias e integrar protocolos para salvaguardar el bienestar psicológico de las personas afectadas en situaciones de extrema urgencia no solo implica una respuesta a eventos incidentales, sino que también puede considerarse como una estrategia preventiva. Si bien la prevención no está directamente relacionada con la causa de la crisis en sí misma, se enfoca en mitigar los efectos psicoemocionales posteriores. Al brindar una atención pronta y eficaz, se logra una reducción significativa de las consecuencias físicas y emocionales derivadas de dichos eventos, permitiendo una recuperación más rápida y favoreciendo la resiliencia de las personas afectadas.

Los psicólogos desempeñan un papel fundamental en abordar los temas de relevancia durante las crisis sanitarias, económicas y las deficiencias estructurales de los sistemas de salud. Ante estas crisis, los psicólogos deben cuestionarse cómo pueden contribuir de manera efectiva, qué intervenciones y estrategias son necesarias para abordar los desafíos que surgen, y cómo pueden promover el bienestar individual y colectivo.

Este trabajo pretende brindar una respuesta activa a esta interrogante. Aquí se establecen los fundamentos de los Primeros Auxilios Psicológicos y, como respuesta a ello, se propone un recurso que ofrece orientación a aquellos que buscan proporcionar atención y apoyo bajo este concepto. Por medio de una aplicación que funciona a través del navegador web, disponible en dispositivos móviles y de escritorio.

Objetivo general.

Desarrollar una aplicación web a través de la cual cualquier persona u organización que tenga como meta prepararse para impartir, promover o informarse sobre Primeros Auxilios Psicológicos en entornos de crisis pueda beneficiarse.

El proyecto de este trabajo está basado en información del Protocolo A B C D E para la Intervención Psicológica de Auxilio en Situación de Crisis, desarrollado por la Escuela de Medicina y el Departamento de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile y el Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales Chileno (CIGIDEN).

Objetivos específicos.

1. Promover los Primeros Auxilios Psicológicos para mejorar los Servicios de Emergencia en México.

Bajo esta solución se busca contribuir a aumentar la inclusión de los servicios de Atención Psicológica dentro de los planes de respuesta a emergencias de las organizaciones, así como formar parte de las actividades de las propios Servicios de Emergencia.

Es innegable que a los primeros a quienes pertenece la vocación y el deber moral de asistir a la atención, en los casos y tiempos que requieren los PAP, son los profesionales de la psicología y la salud mental.

Por ello, a mis colegas es a quienes en primera instancia motivo a usar esta herramienta y generar a partir de los conceptos de este trabajo nuevos proyectos para mejorar los Servicios de Emergencia en México.

2. Impulsar la adopción de tecnologías de vanguardia en proyectos de salud mental por parte de organizaciones públicas y privadas.

Aunque ninguna aplicación puede sustituir la ayuda de un profesional en salud mental, las herramientas digitales pueden ser recursos muy útiles para generar cambios positivos en hábitos de higiene mental, promover el autocuidado y emprender campañas sobre temas de bienestar emocional.

La pandemia provocada por el coronavirus 2019 motivo esfuerzos acelerados para adoptar nuevas tecnologías por parte del sector, pero también evidencio la falta de comunión entre los campos de la informática y los especialistas médicos, psiquiatras y psicólogos. Este trabajo tiene como uno de sus propósitos específicos incitar a las organizaciones a integrar software en el núcleo de sus proyectos dedicados a salud mental y bienestar emocional para hacerlos escalables y más efectivos.

Capítulo 1

Marco de actuación de los Primeros Auxilios Psicológicos.

1.1 Distinción entre situaciones de emergencia y eventos de crisis.

Manejo del término de emergencia.

En consulta a los grandes organismos internacionales para asuntos en Derechos Humanos en búsqueda de definiciones encontramos que la Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA, 2020), que es el brazo de la Secretaría de Naciones Unidas responsable de movilizar y coordinar la respuesta de los actores humanitarios ante emergencias no cuenta con una definición consensuada, ya que cada definición depende del manual técnico que se consulte.

En la definición que nos ofrece la RAE (Real Academia de la Lengua Española, 2021) una emergencia es: “Una situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata” así como también puede significar: “Suceso, accidente que sobreviene”. Esta definición es útil para el desarrollo de este proyecto por que destaca la necesidad de una respuesta pronta debido a las posibles consecuencias.

En el Manual de Protección Civil en México ante Casos de Emergencia, Contingencias y Desastres de 2017, se nos define emergencia como:

“Una situación que se deriva de un suceso extraordinario, cuya ocurrencia es de forma repentina e inesperada y que puede producir daños muy graves a personas e instalaciones, por lo que es necesario actuar de forma inmediata y organizada”.

De acuerdo con este manual de Protección Civil (México, 2017) los factores que causan una emergencia pueden ser:

- Fallas humanas.
- Fallas técnicas.
- Defectos en el diseño de las instalaciones o vicios ocultos.
- Catástrofes naturales.
- Origen externo (atentados, conflictos armados, delincuencia, etc.).

Continuando con las causas de origen el manual de Protección Civil (México, 2017) nos sugiere que algunas de ellas pueden ser:

- Incendio.
- Fuga de gas – explosión.

- Amenaza de bomba.
- Terremotos.
- Huracanes.
- Operaciones peligrosas enfermedad repentina.
- Accidente con lesiones graves.

El Manual de Protección Civil en México (2017) también clasifica las emergencias en función de la gravedad de las posibles consecuencias:

- Conato de emergencia: accidente que puede ser controlado y dominado, de forma sencilla y rápida, por el personal y con los medios de protección del local.
- Emergencia parcial: accidente que requiere, para ser dominado, la actuación de equipos especiales de emergencia del lugar del suceso, pero estos actúan de forma ordinaria con recursos cotidianos.
- Emergencia general: accidente que precisa la actuación de todos los medios de protección del establecimiento y de la ayuda de medios de socorro y salvamento. Sus condiciones alcanzan la magnitud para recurrir a esfuerzos extraordinarios, son eventos que requieren de una evaluación y esfuerzos adicionales de los sistemas de emergencia.

¿Por qué es importante considerar el factor psicológico y emocional durante y después de las emergencias?

En el escenario de una situación de emergencia se puede ver comprometida la seguridad de las personas o grupos. Como nos indica Parada Torres (1998) en su libro "Psicología aplicada al salvamento". Estos hechos generan pánico y estrés, los individuos involucrados deben tomar decisiones a favor de la preservación de sus condiciones, una respuesta psicológica adecuada permitirá guiar sus acciones para evaluar de forma ágil la situación y dar con soluciones acertadas para ponerse a salvo tanto a ellos mismo como a otros.

Las personas que sufren niveles de estrés altos o pánico exacerbado pueden complicar las maniobras de un grupo en situaciones de emergencia. Por ello, la importancia de considerar el factor psicológico en las situaciones de emergencia, que se caracterizan por mantener un nivel de alarma alto, el cual señala que el nivel de riesgo es considerable y continuo hasta que la situación este bajo control (Parada, 1998). De forma concisa podemos decir que, la emergencia está marcada por la clara evidencia de peligro y este tiene efectos psicológicos y emocionales en los individuos.

Evitar un posible cuadro de Estrés Postraumático como resultado de consecuencias psicológicas producidas por impactos emocionales angustiantes se considera de significativa importancia. Podríamos considerar entonces que, la respuesta psicológica en un primer momento para los eventos de emergencia en algunos casos es vital. Esta

respuesta se mantiene durante el periodo de alarma e incluso mantiene efectos latentes a *posteriori* cuando la situación de riesgo ha sido controlada o una vez que las personas y grupos se han alejado del peligro para pasar a situación de resguardo.

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) generalmente forman parte de una respuesta más amplia a una situación crítica por parte de grupos de rescate según el Centro Manuel Escudero de Psicología y Psiquiatría, 2020. Es decir, son las acciones de contención psicológica que se deben realizar de forma rápida y puntual para estabilizar la situación crítica mientras de forma asíncrona suceden otras maniobras para controlar un siniestro. Se puede ilustrar con el caso donde se procede a estabilizar psicológicamente a personas afectadas mientras simultáneamente se intenta controlar un incendio por parte del cuerpo de bomberos y brigadas de rescate.

Es indudable que en situaciones de emergencia es de esperarse un incremento de reacciones emocionales intensas, asegura el Ministerio de Salud de Buenos Aires; Argentina (2015) en su Manual de Salud mental: Recomendaciones para la intervención ante situaciones de emergencias y desastres. Donde asegura que la gran mayoría de estas manifestaciones son normales, pero ante una falta de calificación de los cuerpos de asistencia se dificulta la identificar a aquellos que requieren prioridad de la atención.

La literatura disponible y la experiencia nos enseñan que el abordaje temprano de los problemas de salud mental es la mejor prevención de trastornos más graves que aparecen a mediano y/o largo plazo.

Generalmente las personas que corren a cargo de brindar estos servicios de primera atención del resguardo emocional son personas que socorren al auxilio de los afectados en diversos tipos de escenarios de crisis. Por ejemplo: el caso del personal sanitario como camilleros, enfermeras y médicos, así como también personal de salvamento y rescate como bomberos y agentes de seguridad.

Es importante notar que en muchas de las ocasiones el bienestar psicológico de los afectados no toma relevancia para determinados cuerpos de emergencia, y los esfuerzos se enfocan en sus primeras obligaciones de auxilio.

En las grandes emergencias se requiere, con carácter urgente, una intervención externa de ayuda para aliviar o resolver los efectos producidos y restablecer la normalidad. En tales casos el personal que proporciona auxilio psicológico debe tener dedicación exclusiva para atender tales asignaciones.

De acuerdo con lo señalado por el Campus Virtual de Salud Pública la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022): Las emergencias se expresan como verdaderas tragedias o dramas humanos y por ende en su abordaje no solo es necesario tener en cuenta los aspectos de atención a la salud física y las pérdidas materiales, sino también atender la aflicción y consecuencias psicológicas del evento en cuestión.

Independientemente de la clasificación de la emergencia estos eventos suponen un ambiente caótico que exige de quien asiste un correcto criterio de actuación y una determinada vocación de servir, acompañada de conocimiento en el manejo de la intervención que se pretenda realizar.

Emergencia compleja.

Para concluir con este punto es necesario añadir a la clasificación el término emergencia compleja, que sirve para expresar más claramente el carácter agravado y la presencia de diversos factores y condiciones que complican la situación existente en determinadas catástrofes (OPS, 2002). El ejemplo más evidente: son los desafortunados conflictos armados. En adición, la Organización Panamericana de la Salud (2002) afirma que en las emergencias complejas hay, por lo general, efectos devastadores con secuelas de mediano y largo plazo.

Para la OPS las emergencias complejas son un fenómeno catastrófico que se conjuga con la existencia de una crisis humanitaria, donde se producen violaciones de los derechos humanos; y donde el derecho a la vida, la integridad personal, la libre circulación, la vivienda digna, la educación, la salud y la propiedad privada, no se respetan o son simple letra muerta.

La Psicología de la emergencia y desastres.

Existe un área particular del estudio y la práctica psicológica que apunta al abordaje directo de emergencias que es la Psicología de la Emergencia y Desastres, esta abarca situaciones de caos, emergencias y desastres que pueda sufrir una población (Araya, 2017). Estos acontecimientos son de índole estresante y traumática, tanto para la población como para los trabajadores que intervienen en estas situaciones. Se ponen en juego necesidades humanas básicas y las personas reaccionan con dolor, sensaciones de conmoción a largo plazo, pérdida y desamparo (Araya, 2017).

La Psicología de Emergencias y Desastres se sustenta en un amplio bagaje de investigaciones y constructos teóricos que datan de principios del siglo XX y que han ido evolucionando desde los estudios eminentemente descriptivos e individuales hasta trabajos de corte sociológico y estadísticamente significativos plasmados en propuestas técnicas específicas de intervención (Valero, 1998).

La Psicología de Urgencia y Emergencia ha demostrado ser efectiva en el posterior restablecimiento de la persona traumatizada por algún hecho de crisis, ya sea de forma directa o indirecta. Actuando en sus distintas modalidades como intervención individual, familiar, laboral, o interviniendo en una emergencia o catástrofe social (Centro Manuel Escudero de Psicología y Psiquiatría, 2020).

El Instituto Nacional de Psiquiatría (México, 2020), describe que los eventos de crisis y emergencia son eventos que pueden producir daños acelerados a corto, mediano y largo plazo. La labor en los eventos de emergencia es salvaguardar primeramente la vida y preocupar disminuir y atenuar los posibles daños a la integridad física, al bienestar psicológica y la moral de las personas que caen en desgracia.

El procedimiento ante una crisis requiere en primera instancia: valorar la importancia de la utilización de los Primeros Auxilios Psicológicos en la asistencia a víctimas y/o familiares y allegados en los diferentes eventos traumáticos y en los distintos escenarios en que se desarrolla el evento.

El manejo para el resguardo psicológico y emocional de los individuos en estos sucesos no es exclusivo de la Psicología de la Emergencia, abarca la mayor parte de las áreas de la psicología. Como ya hemos planteado la Psicología de la Emergencia no ha madurado como un campo especializado, es más conveniente tomarla en perspectiva como un recurso dedicado que debe ser usado por los actores del ámbito profesional de la psicología que asistan en la terapia clínica y otros profesionales que también afronten en algún momento eventos de emergencia. Veremos más a detalle en el Capítulo 4 algunas instancias donde se presenta una merecida oportunidad de intervención.

Manejo del término evento de crisis.

En el Manual operativo del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID-19 en México (Álvarez, Andrade, Vieyra, et al, 2020), se proporcionan directrices y estrategias para la atención psicoemocional y psicosocial durante la pandemia. Este define evento de crisis como: Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar situaciones particulares, se usan métodos habituales de la psicología de emergencia para la solución de problemas.

Una crisis es también un momento en la vida de un individuo, que debe afrontar y que es incapaz de resolver con sus mecanismos habituales de solución de problemas. El sujeto presenta una pérdida de control emocional, se siente incapaz e ineficaz y está bajo la presión del tiempo para resolver el conflicto.

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vivencialmente importante en el curso de su vida. El evento de crisis es emocionalmente significativo e implica, en ocasiones, un cambio radical en su vida. La intervención busca ofrecer una ayuda inmediata para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional (Instituto Nacional de Psiquiatría, 2020).

El término crisis se extiende a diversos marcos, podemos hablar de crisis económicas, crisis alimenticia, crisis de violencia o crisis de salud entre muchas tantas. La alteración en las condiciones que permiten el desarrollo del bienestar entre grupos e

individuos genera procesos cargados de incertidumbre y que a medida que se retrasa la resolución pueden acarrear consecuencias graves para quienes las presentan (OCHA, 2020).

Una crisis puede verse como un periodo crucial, que varía desde minutos hasta meses, en que una situación afecta el equilibrio social o emocional de la persona. Conforme evoluciona, una crisis puede transformarse en una emergencia, ósea una situación con necesidades urgentes y que conlleva un alto nivel de riesgo.

Diferencia entre los conceptos de crisis y emergencia.

La diferencia conceptual más importante entre crisis y emergencia es el sentido de alarma, por ello puede suceder que una crisis se desarrolle en el tiempo hasta que su situación se agudice y provoque una señal de alarma transformándose eventualmente en una crisis con calidad de emergencia.

La coyuntura sanitaria que trajo consigo el SARS-COV-2 sirve como un ejemplo para distinguir entre el estado de emergencia y el estado de crisis, a su vez relacionar ambos conceptos. Se puede decir que desde el momento en que se conocieron de los efectos del patógeno en la ciudad de Wuhan en China el estado de la situación global idealmente debió ser considerado de pre-alarma ante una situación de posible emergencia sanitaria y económica a causa de la propagación del virus en todos los países. En ese momento se debieron disponer medidas para atenuar los daños previniendo diversos tipos de consecuencias a mediano y largo plazo.

Una vez que esta fue declarada oficialmente pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), que es la entidad global encargada de emitir recomendaciones en cuestiones de salud, se activó un sistema de alertas, de esta forma se declaró estado de emergencia en un gran número de países.

Durante el curso de la pandemia en algunos puntos el estado de la situación tuvo variaciones de acuerdo con el índice de ocupación hospitalaria y número de infectados. Varios países tuvieron etapas donde se endurecieron las medidas de contención, y de acuerdo con el concepto de emergencia general descrito anteriormente, se tomaron acciones enérgicas y se destinaron recursos de carácter extraordinario lo que describimos párrafos atrás como una emergencia de ámbito general. Como se puede ver la categoría de emergencia apareció de forma intermitente, mientras que el carácter de crisis permaneció de forma continua.

1.2 Escenarios de desastres y catástrofes naturales.

Desde el punto de vista psicosocial, los desastres son importantes porque representan una fuente de estrés para los individuos y la sociedad, ya que pueden suponer una amenaza para la vida y una fuente de destrucción de las estructuras sociales (Renedo y Gil, 2004).

De acuerdo con la definición de la UNESCO (2014): Un desastre es un hecho natural o provocado por el ser humano que afecta negativamente a la vida, al sustento o a la industria y desemboca con frecuencia en cambios permanentes en las sociedades humanas y el hábitat de los animales. Los desastres ponen de manifiesto la vulnerabilidad del equilibrio necesario para sobrevivir y prosperar.

Los términos catástrofe y desastre son ampliamente utilizados en los campos de la Medicina y la Salud Pública de Emergencia. Por ello, es sorprendente que hasta hace relativamente unos pocos años, no hayamos tenido disponibles definiciones que fueran universalmente aceptadas para esos fenómenos (Arcos y Castro, 2015).

Diferencia entre desastres y catástrofes naturales.

Catástrofe y desastre tienden a utilizarse habitualmente como sinónimos, aunque el primero de ellos es históricamente más antiguo. El término catástrofe deriva del griego antiguo *katastrófi* que, a su vez, procede de la unión de los vocablos *katá* ("en contra") y *epistrofi* ("volverse") siendo así tendríamos un acercamiento a la idea de situaciones en contra; en tanto que la palabra desastre proviene del latín *des* ("contrario", "desafortunado") y *astre* ("astro", "estrella") según la RAE. Lo que se expresa como "sin astro" o "sin sol". De tal forma, el desastre supone un evento anormal de proporciones mayores que trae consigo una carga supersticiosa de infortunio y desgracia.

La necesidad de realizar dicha distinción se debe a que la catástrofe por sus características fenomenológicas se relaciona con la concepción supersticiosa--religiosa de los pueblos a lo largo de la historia. La interpretación divina como respuesta a un acontecimiento de orden superior o natural ha estado presente en la gran mayoría de las civilizaciones. Actualmente el sentido especulativo del concepto subyace entre las poblaciones con menor nivel educativo, mayor adopción religiosa o menor acceso a la información (Arcos y Castro, 2015).

Para Miquel Casals (2005) quien analiza la relación del vínculo causal con la responsabilidad civil en eventos de desastre. Una perspectiva para entender la vigencia de las respuestas supersticiosas en una época informática, de desarrollo científico y consulta de datos abiertos sobre los fenómenos climáticos y eventos de desastre, lo encontramos en la teoría de la determinación del vínculo causal.

La atribución causal es una explicación de "por qué" alguien ha hecho algo o "por qué" ha tenido lugar un evento. La percepción que los interactuantes tienen de las situaciones a las que se enfrentan se concibe como un proceso activo, de construcción del perceptor, que en el caso de la acción tiene como característica principal la atribución de un fundamento de causa que resulte familiar (Cantillo y Bueno, 2012).

La identificación de la fuente u origen de dicha acción se conviene de tal forma que el resultado se acerca a la comprensión con la información que se posee en esa misma instancia para posibilitar salidas adecuadas ante eventos de emergencia. Dicho

conocimiento causal permite guiar la propia conducta y pretende predecir la de los demás (Cantillo y Bueno, 2012).

Expresado de forma simplificada, las personas que interactúan con eventos de desastre buscan determinación de causas con la información que reconocen como comprensible y que provee inmediatez en la disposición de los recursos de afrontamiento en situación de emergencia. Siendo esta respuesta en muchas ocasiones, la atribución religiosa o sobrenatural a falta de la comprensión de relaciones científicas.

Hay una variedad de sucesos: terremotos, inundaciones, tsunamis, sequías, etc. muchas de las que llamamos *grandes catástrofes naturales* que responden a procesos de orden natural que se han producido a lo largo de la historia planetaria.

Existen otros desastres naturales que son, en efecto, responsabilidad de los seres humanos de una forma u otra: vertidos contaminantes, incendios de sustancias tóxicas, desvíos de caudales de ríos y una amplia variedad.

Desastres naturales: Responsabilidad humana en eventos naturales.

Algunos de los eventos de orden natural que en el pasado se sucedieron exentos de la intervención humana actualmente son casos de análisis para conocer la correspondencia con el efecto de la implicación de las actividades humanas. Por ejemplo: la aceleración del deshielo de los polos, cuya explicación científica ampliamente consensuada es el incremento acelerado en la concentración de gases producto de prácticas industriales que elevan la temperatura en las capas de la atmosfera.

Como explica el arquitecto Eric Cesal (Citado por UNISDR, 2020) director de proyectos especiales de Curry Stone Foundation y especialista en desastres:

"...en la Tierra existen dos mega fenómenos en aumento: el cambio climático y la urbanización. A medida que ambos converjan se crea la posibilidad y la inevitabilidad de que ocurran desastres mayores y más graves".

De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Riesgos de Desastre (UNISDR, 2020), los desastres no son naturales, sino que son el resultado de las omisiones y la falta de prevención y planificación ante los fenómenos de la naturaleza.

Desde esta perspectiva, los desastres no suelen ser naturales pues mientras que los fenómenos son naturales, los desastres se presentan por la acción del hombre en su entorno. Los fenómenos naturales (como la lluvia, terremotos, huracanes y tsunamis entre otros) se convierten en catástrofes cuando superan un límite de normalidad, medido generalmente a través de un parámetro.

"El uso de la palabra "natural" para describir los desastres puede dar la falsa impresión de que estos son inevitables y que las acciones humanas pueden hacer muy poco para prevenir o mitigar sus impactos".

- Ha afirmado al respecto y en reiteradas oportunidades Mami Mizutori, Representante Especial del secretario general de Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNISDR, 2020).

Más que ser un tema semántico, el cambio de concepto forma parte de una comprensión más profunda de los desastres y los fenómenos naturales; es también un paso hacia adelante en el desarrollo de la buena gobernanza del riesgo.

“Decir que los desastres son naturales aboga por restar responsabilidad a la gobernanza, que suministra justamente los mecanismos para incidir en las variables de exposición, vulnerabilidad y capacidad”.

- Explicó Raúl Salazar, jefe de la Oficina de Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres, Oficina Regional – Las Américas y El Caribe (Burón ; UNDRR, 2020).

La actividad humana en áreas con alta probabilidad de desastres se conoce como de alto riesgo. Zonas de alto riesgo sin instrumentación ni medidas apropiadas para responder al desastre o reducir sus efectos negativos se conocen como de zonas de alta vulnerabilidad. La falta de capacidad institucional para aminorar el riesgo colectivo de desastres en conjunto con la omisión continua de señales de alarma puede reducir las posibilidades de sobrevivir (UNISDR, 2020).

Es de trascendencia el reconocimiento de poblaciones vulnerables para elaborar mejores sistemas de intervención que permitan elevar el índice de acciones asertivas que puede tomar una persona que las recibe y generar con ello una situación de sobrevivencia. La relación entre el tema de la explicación causal y la responsabilidad humana en desastres naturales cobra cada vez más notoriedad.

1.3 Perfil de las personas que asisten.

A diario vemos una serie de noticias sobre tragedias, desastres, calamidades, personas en situaciones de alto riesgo y muchas cosas más en donde la demanda siempre parece ser la misma: *“se necesita una ayuda”*. Y generalmente se muestran a las víctimas de tragedias como personas total y absolutamente indefensas, que no pueden hacer nada y que sus vidas están en manos de otras personas, pero no en las propias (Aja, 2009).

El momento oportuno para brindar el auxilio psicológico durante las crisis puede darse al reconocer a las personas que viven situaciones de aguda desesperación o poca respuesta de afrontamiento. Pareciera entonces que, la ayuda es una disposición unilateral de quien ayuda hacia quien es auxiliado.

Algunos tipos de crisis que se dan en contextos sociales extendidos penden de dinámicas entre los órdenes gubernamentales, organizacionales y ciudadanos, creando situaciones de crisis complejas.

En estas situaciones la oportunidad de prestar atención y escucha es amplia, a la vez que puede resultar menos obvio detectar a los individuos que requieren la ayuda. Exigiendo mayor disposición y empatía por parte de quienes están determinados a prestar servicio.

Igualmente, muchas veces se acude a dar las mismas explicaciones de por qué las cosas no han salido como muchas veces se requiere: *“el gobierno no ha hecho presencia”, “la Cruz Roja no ha venido”, “Derechos Humanos no ha vuelto”, “los cuerpos de rescate se tardaron en llegar”,* etc. Con esta imagen, parecería que la ayuda siempre depende de unas manos buenas y caritativas que estén dispuestas a hacer algo por el prójimo, pero contrario a esto, la ayuda se establece como una relación entre dos y no en un solo sentido (Aja, 2009).

La ayuda como una relación.

Pareciera entonces, que la ayuda surge como un acto desinteresado de extrema bondad y unidireccional, pero esto no es correcto, la ayuda se consolida primero que nada como una relación humana donde existe un intercambio complejo entre quién proporciona ayuda y quién o quiénes la reciben. ¿Por qué hablar de la ayuda como un proceso enmarcado en una relación? Es un proceso que va siguiendo el cumplimiento de unos pasos lógicos, estructurados y asociados entre sí, a lo largo del tiempo. Es una relación en la que se involucran varios participantes que desarrollan un vínculo con una capacidad de ejercer mutua influencia. Es aquí donde hablamos de los elementos que conforman la relación de ayuda (Aja, 2009).

Partimos del hecho de que debe haber al menos dos participantes que son el agente que ayuda y la persona que será ayudada. Aparte de la participación de unas personas dentro de esa relación deben existir igualmente algunas condiciones que faciliten o hagan posible la relación de ayuda. Algunos son elementos tangibles y otros intangibles. Dentro de los elementos intangibles encontramos primero disposiciones especiales en el apoyo de quién asiste (Aja, 2009).

La figura de apoyo primero que todo debe estar en disposiciones de proporcionar algún tipo de recurso o medio que el receptor requiere. Después la figura de apoyo debe estar en actitud e interés de querer ayudar. Un elemento tangible puede ser un dispositivo de comunicación o poseer un medio de transporte dependiendo la situación. Es decir, contar con medios materiales de los que otra persona carezca y requiera (Aja, 2009).

Como segundo punto, si asumimos que el apoyo está en la capacidad de facilitar aquello de lo que carece el ayudado. Podemos hablar entonces, de intereses implícitos o explícitos dentro de las motivaciones para prestar ayuda. Existen múltiples teorías filosóficas y biológicas que apuntan a un trasfondo de aspiraciones egoístas detrás de todo acto de altruismo o generosidad (Aja, 2009).

Algunas personas han sentido estas teorías como una manera de devaluar el altruismo, y explicar por qué los comportamientos de caridad y apoyo no son realmente

altruistas. Los motivos de esta opinión son fáciles de ver. Normalmente pensamos en acciones altruistas como desinteresadas. Sin embargo, explica la *teoría del falso altruismo* de Dawkins (1976) que existe un *mecanismo de selección de familiares* en el comportamiento altruista, como una inteligente estrategia ideada por los genes egoístas como una forma de aumentar su representación en la piscina de genes, a expensas de otros genes. Esta es una argumentación tentadora.

Para Lichtenberg una profesora de filosofía quien escribe un libro titulado “La idea de la caridad” (2010, octubre 2019), así como también es autora de un artículo relacionado para The New York Times en el cual dice que:

“Dudar acerca de la existencia del altruismo es fácil, una de las razones por las que las personas niegan su existencia es que, al mirar en su interior, dudan de la pureza de sus propias motivaciones”.

Las refutaciones a esta consigna a menudo son que aun cuando parece que se actúa de manera desinteresada, muchas veces existen otras razones para ese comportamiento. Como, por ejemplo: la perspectiva de un favor futuro, el estímulo de la reputación o, simplemente la sensación de sentirse bien, que se deriva de dar la impresión de que actuamos de forma desinteresada.

Esta filósofa afirma que negar el altruismo da también una excusa cómoda para aceptar los comportamientos egoístas, ya que, si así actúa todo mundo, no hay necesidad de sentir culpa ante la propia conducta egoísta. Lichtenberg (2010) también afirma que a pesar del escepticismo que existe con respecto a este tema, el altruismo es posible y es real. Explica que la manera de aumentar el altruismo en el mundo es educando a la sociedad desde jóvenes para que se conmuevan con el dolor y el sufrimiento del otro.

Esta es una discusión actualmente abierta. Lo que es evidente es que existen seres humanos que dedican su vida a ayudar a los demás, personas que trabajan arduamente dedicando su existencia a causas sociales, voluntarios buscando fundaciones a las cuales puedan ir a donar su tiempo, empresarios que contribuyen con grandes cantidades mensuales a fundaciones y personas que han llegado hasta sacrificar su propia vida por alguien más Lichtenberg (2010).

Detrás de esta dialéctica de ideas la cohesión es siempre un tipo de relación que configura tanto la motivación inconsciente detrás de un acto de ayuda a los demás como las motivaciones más empáticas y desinteresadas. Se reafirma la relación al considerar que la persona que asiste y el que solicita ayuda cuando entran en contacto producen un tipo de interacción única que genera un vínculo de características impredecibles.

La persona que requiere o solicita ayuda también ejerce lugar en la relación pues puede despertar simpatía y agrado o bien rechazo y resistencia, alterando de esta manera el ejercicio de distintos tipos motivaciones. En el siguiente apartado se analiza a quien solicita ayuda y su participación como contraparte en esta relación.

1.4 Perfil de las personas asistidas.

Cuando una persona busca ayuda (del tipo que sea) es porque ha hecho una evaluación de sus alternativas y considera que no está dentro de su alcance el acceder a una solución por cuenta propia. Como vimos en los dos primeros puntos de este capítulo las situaciones de emergencia son un escenario que produce personas que requieren ser auxiliadas con inmediatez.

Así como existen eventos de crisis que pueden ser determinados como momentos agudos de una situación desfavorable que se agrava sin encontrar solución, son de la misma consideración, aquellos eventos de alto impacto emocional en la vida de las personas. Podemos entonces considerar que personas asistidas tienen un contexto específico.

El segundo punto para destacar es que las personas tienen una biografía personal, nos referimos a una personalidad y situación de vida que se ve marcada por el evento que afrontan.

En el tercer punto se consideran las reacciones emocionales y efectos mentales que se suscitan ante estos hechos y que van evolucionando a lo largo de la situación e incluso extendiéndose en el tiempo y generando nuevas implicaciones.

Los cimientos desde los que vamos a construir y dar forma a la relación de ayuda con los afectados nos los va a proporcionar el modelo A B C desarrollado por Costa y López (2006). El modelo A B C, de carácter biográfico y transaccional, nos facilita el análisis, el conocimiento y la comprensión del comportamiento de la persona afectada y del nuestro propio en la intervención.

Vamos, lógicamente, a centrarnos en los episodios referidos a situaciones de urgencia y emergencia. Las letras del acrónimo A B C se designan cada uno de los tres componentes estructurales del modelo:

- A: Antecedentes.
- B: Biografía de la persona.
- C: Consecuencias.

A continuación, se describe de acuerdo con Costa y López (2006) cada uno de estos conceptos:

a) Antecedentes.

Los antecedentes son el contexto de una situación de emergencia sucediendo en el momento del auxilio o solicitud de ayuda. Así como las características del involucrado. Es necesario hacer la aclaración de que el detonante de una situación para la persona afectada también es en muchas ocasiones, un detonante para la persona que asiste.

La persona que apoya también se verá impactada emocionalmente por la magnitud y características de la situación en la que asiste. Planteando una situación; en el caso de

los cuerpos de emergencia ellos son avisados del tipo del percance y la magnitud aparente, pero es hasta su presentación cara a cara con la problemática que se mira el cuadro completo de la situación Costa y López (2006).

En ocasiones las personas que asisten comparten el contexto de la situación con las personas que requieren ser asistidas. Para ejemplificar el uso del contexto o antecedentes; supongamos que ocurre un sismo, se activa una alarma y se genera un escenario de pánico y caos, las personas dentro de un inmueble deben evacuar y ponerse en una zona de seguridad...

Al estar en esta zona de resguardo habrá personas que puedan estar impactadas emocionalmente y otras que conserven su integridad emocional. Una persona estable ante la situación y capacitada en Primeros Auxilios Psicológicos puede prestar atención a otra que lo solicite o que se vea visiblemente conmocionada.

b) Biografía.

El punto B del modelo A B C de Costa y López, nos refiere a las dimensiones emocionales. Estas dimensiones son complementarias y están interrelacionadas (percibir, pensar, sentir y actuar). Junto a estas dimensiones, ejerciendo una influencia ineludible tenemos la historia de vivencias de la persona a lo largo de su existencia, algunas de las cuales pueden tener una notable relevancia en el episodio de emergencia, observado a través de las gafas del A B C.

Para ejemplificar, pongamos el caso de una persona que en el pasado tuvo una situación que trajo resultados trágicos y devastadores a su vida... al momento de una situación similar puede revivir varias de las emociones y pensamientos del evento pasado.

En este punto debemos incorporar la crisis emocional que viven los afectados, esta se puede incluir un estado temporal de agitación, trastorno o desorganización, en el que nos vemos desbordados a la hora de afrontar una situación o problema. Estas emociones intensas pueden ser miedo, tristeza, soledad o desamparo y por estados mentales como falta de respuesta, falta de reflexión, pérdida de objetivos, confusión, etc.

Hay dos factores según Parada (2008) que se relacionan cuando consideramos la biografía en momentos de crisis: uno es la resiliencia y el otro la posición en una métrica que va desde el estado de bienestar hasta el índice de vulnerabilidad. En países con altos índices de bienestar el factor en el que se deben centrar los esfuerzos de intervención psicológica y soporte emocional es la recuperación de la capacidad de la resiliencia, ya que esta le permitirá a una persona valerse para sí misma y para otros.

En contraparte, en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad es necesario priorizar la biografía para poder entender sus problemáticas (condiciones pasadas y actuales) al momento de prestar cualquier tipo de asistencia; ya sea servicios de salvamento y rescate, ayuda humanitaria, servicios médicos de urgencias y por su puesto servicios de asistencia social incluyendo los Primeros Auxilios Psicológicos.

Cuando hablamos de eventos de crisis en entornos de marginación y tratamos con personas en condiciones de vulnerabilidad por lo regular estamos ante crisis de tipo complejo. En una crisis de orden de magnitud superior recobrar el estado de resiliencia de los individuos y las comunidades no supone la autonomía suficiente para afrontar todas las eventualidades, es necesario esfuerzos y recursos adicionales para restablecer un estado de bienestar.

c) Consecuencias.

Las consecuencias para el modelo A B C de Costa y López (2006) son los resultados que el comportamiento provoca sobre el contexto. Estos resultados, a su vez, dejan huella sobre la biografía de la persona. También se pueden convertir en antecedentes para una nueva secuencia de comportamiento.

Como se ha comentado las consecuencias son relevantes, ya que las personas necesitan responder a su propio contexto para tomar decisiones a su favor, que los alejen del peligro, adapten su comportamiento en busca de soluciones y aminoren los daños psicológicos a largo plazo.

Las “lesiones” emocionales son reales y tan serias como las físicas. Todos tenemos un punto de ruptura a partir del cual entramos en “crisis emocional” originado por la vivencia de una situación crítica, en la que nuestros recursos personales de afrontamiento se ven desbordados (Parada, 2008).

A pesar de ello, las personas raramente se encuentran “destrozadas” (Parada, 2008) por la situación crítica o de desastre. Pese al estrés sufrido, las personas habitualmente se van a desenvolver con los mínimos necesarios. Las reacciones de estrés son esperables y en la mayoría de los casos, temporales. Las personas afectadas responden a la consideración y el interés de los agentes de ayuda. Mostrar interés y facilitar apoyo frente a las preocupaciones de las personas proporciona a éstas un sentido de identidad y de afrontamiento normalizado (Parada, 2008).

Igual de común es observar que las personas afectadas muestren emociones y actitudes ambivalentes. Así los equipos de ayuda han de esperar que las personas muestren sentimientos opuestos (alegría por estar vivos y tristeza por aquellos que no han corrido la misma suerte) así como actitudes contrapuestas (no querer recibir ayuda, pero no saber cómo afrontar la situación). La comprensión, el respeto y la actitud de servicio pueden ayudar a ir colocando en su sitio estos estados (Claros, 2019).

Un individuo que ve resuelta de forma satisfactoria una situación de crisis y/o emergencia ve incrementada la posibilidad de actuar con seguridad psíquica al repetir un acontecimiento de características similares en el futuro.

1.5 Instancias para proporcionar la atención.

Diremos que las personas afectadas, reaccionan como lo hacen; en todos los casos, en un intento de afrontar la situación en que se encuentran inmersas. Esto es aplicable para comportamientos que pueden ir desde los aparentemente más altruistas hasta los más autodestructivos. No obstante, es posible que estemos todos de acuerdo en que no parece lo más funcional lanzarse al agua a salvar a alguien sin saber siquiera nadar. Existen situaciones límite donde las personas pueden tomar decisiones riesgosas para sí mismos y para otros.

En numerosas ocasiones, el afrontamiento de situaciones difíciles no sólo no se resuelve, sino que empeora al intentar una solución que aparentemente parece ser tal, pero resulta fallida y la persona no cambia en su base lógica, sino que lo que se hace es insistir e intensificar los esfuerzos en la misma solución (Parada, 2008).

Ante una dificultad, las personas afectadas por situaciones de emergencia tratan de una forma u otra, con más o menos conciencia, en el “durante” y/o en el “después”, de hacer frente a la situación problema. Entender esto es importante, el hecho de normalizar y resignificar el fallo que da paso a la frustración como una reacción lógica en un intento inicial de enfrentar la dificultad es incluso útil y funcional para muchas personas afectadas, que, dándose permiso para tener determinados pensamientos o emociones, rompen el círculo vicioso de *“cuanto más quiero evitar pensarlo o sentirlo, más me cuesta y peor me encuentro”* (Parada, 2008).

Pero por encima de todo, hay que reconocer que “hacer más de lo mismo” puede perjudicar y empeorar la situación más que ayudar. puede ser clave en los procesos de afrontamiento (Parada, 2008).

En numerosas ocasiones, tenemos dificultades en cambiar los puntos de vista o dudar de nuestras atribuciones, esquemas y acciones consiguientes, aun cuando éstos no nos ayudan en una situación. Por ello, quien asiste no debe tomar un papel de evaluador de las respuestas del o los afectados. La línea para asistir está enmarcada en la escucha activa y la facilitación (Parada, 2008).

Los primeros Auxilios Psicológicos consideran todas estas variables de riesgo para sí mismos o para otros por lo que el enfoque de acción bajo ningún caso es de heroísmo o altruismo a toda costa. Ante un patrón de fallo reiterado de parte quien intentamos ayudar debemos considerar desistir de intentos que puedan resultar además de infructuosos en formas de compromiso de nuestra seguridad (Parada, 2008).

Lo que se intenta es brindar un soporte fundamentado en una serie de características que detallaremos en el Capítulo 3. La finalidad de asistir es proporcionar formas de contención emocional que puedan servir a otros para encontrar el camino al afrontamiento mediante el restablecimiento emocional. La solución y la toma de decisiones queda en manos de quién solicita ayuda y la persona que asiste participa exclusivamente bajo el rol de facilitador de recursos psicosociales.

Los Primeros Auxilios Psicológicos como atención psicológica de primer orden.

Los PAP constituyen intervenciones organizadas y guiadas por objetivos, para las cuales se emplean habilidades, técnicas y tácticas válidas para este tipo de relación de ayuda.

Haciendo un paralelismo con los Primeros Auxilios Médicos, los Primeros Auxilios Psicológicos son intervenciones básicas, aunque no por ello menos importantes o potentes en los primeros momentos que intervenciones más avanzadas. Requieren de una formación y de competencias específicas sin necesidad de ser, en cualquier caso, profesionales de la intervención psicosocial (Facultad de Medicina UC, 2019).

La intervención en crisis de primer orden o instancia se trata de una intervención dirigida a auxiliar a la persona y su familia a procesar un evento traumático con el objetivo de ayudarlo a procesar el impacto emocional y físico y favorecer el desarrollo de nuevas habilidades para afrontar la vida (Slaikou, 1996).

La intervención en crisis de segundo momento o segunda instancia se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del afrontamiento inmediato y, se encamina a la resolución de la crisis de manera que el evento se integre a la trama de vida del paciente con el fin de que desarrolle resiliencia (Slaikou, 1996).

Principios para prestar Primeros Auxilios Psicológicos.

De acuerdo con lo consultado en “Psicología y Emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia” de Parada Torres (2008) cuando ponemos en marcha un plan de apoyo psicológico inmediato, incluyendo primeros auxilios psicológicos, procuramos que este se caracterice por:

- **Inmediatez:** Facilitar el apoyo psicosocial cuanto antes.
- **Aproximación:** Es más probable que se genere la rutina asistencial si quien ayuda se muestra como disponible, reconocible y abierto a brindar apoyo. Acercándose a quienes considera bajo su perspectiva son más vulnerables o han sido más afectados en relación con un suceso.
- **Identificación como agente asistencial:** Establecer contacto con la(s) persona(s) afectada(s) para ser “aceptados” como proveedores de Primeros Auxilios Psicológicos. Y establecerse con un rol fijo de agente asistencial.
- **Protección y provisión de seguridad:** Reducir la estimulación estresante. Apartar a la persona en la medida de lo posible de la visión, ruidos, olores, etc. relacionados con el incidente, especialmente en los marcos más cruentos.
- **No obstruir la labor de los equipos de emergencia:** Se tienen ciertas responsabilidades sociales y humanas, ante las emergencias que requieren el

socorro. Ciertas situaciones se manifiestan como situaciones críticas donde de la integridad e incluso la vida humana se encuentra en riesgo.

- La posición de intervención: Auxiliar no es una obligación ni tampoco un deber, pero es una facultad social que puede ser usada a favor de todos los convenidos. En tanto la presencia de cuerpos de salvamento y autoridades se encuentren aún en camino. Una vez que los cuerpos oficiales hacen presencia, se debe dejar en sus manos el manejo de la situación. Así como evitar entorpecer las labores de seguridad.
- Participación de carácter oportuno: A lo largo de este trabajo se convocan los requisitos previstos para dar efecto a una participación integrada de forma asertiva a las maniobras de los diversos actores involucrados en las situaciones de crisis, emergencias, catástrofes, etc.
- Tono constructivo y esperanzador: Colocarse frente a las personas afectadas con una actitud proactiva y optimista respecto a cómo se encuentra y a su capacidad de afrontamiento, y esperar una evolución funcional y adaptativa a su situación. Revelando por medio de esta actitud proactiva distintas oportunidades.

Capítulo 2

Efectos psicológicos y emocionales en situaciones de emergencia y eventos de crisis.

El abanico de respuestas de los afectados ante la crisis se produce en distintas formas dependiendo del contexto y en diversos niveles dependiendo de sus “herramientas” emocionales, por lo cual, el abordaje de soluciones requiere de técnicas particulares.

Este capítulo está dirigido a profesionales de la psicología, pero puede ser de orientación para aquellos que no se profesionalizan en intervenciones del cuidado de la salud mental y que buscan profundizar en temas que rodean este fenómeno.

Un plan de intervención de Primeros Auxilios Psicológicos se debe pensar a partir de la detección de las necesidades del usuario y sus recursos personales; no todos los profesionales de la salud mental podremos aplicar las mismas técnicas y no todas las personas estarán capacitadas para atender todas las respuestas físicas y emocionales.

Cada escenario implica ciertas particularidades dignas de análisis, por lo que en el Capítulo 4 hablaremos de varios de los posibles marcos. Por el ahora, se describen a continuación las respuestas psicológicas y emocionales más frecuentes.

2.1 Estrés como respuesta fisiológica y emocional.

Muchas veces la ansiedad y estrés se usan como sinónimos, entendiendo en ambos casos un mismo tipo de reacción emocional, y aunque ciertamente existen solapamientos, tanto la investigación como la práctica profesional, los diferencian.

Mientras que la ansiedad va a ser una emoción, el estrés es un proceso adaptativo que genera emociones, pero, en sí mismo, no es una emoción. La ansiedad se desencadena ante situaciones muy específicas, mientras que el estrés se desencadena ante cualquier cambio que modifique las rutinas cotidianas (Fernández y Jiménez, 2003).

Nadie está exento de padecer estrés y/o ansiedad, de hecho, a diario, nos enfrentamos a situaciones generadoras de estos fenómenos que nos obligan a reaccionar y a poner en práctica nuestras habilidades y recursos para hacerles frente.

El estrés es un proceso en el cual el individuo se enfrenta a las demandas de una situación importante para él. Este proceso, puede desencadenar una reacción de ansiedad, ahora bien, también puede desencadenar otras reacciones emocionales distintas de la ansiedad. Por ejemplo: alegría, satisfacción, enfado, tristeza, etcétera.

La ansiedad (Parada, 2008) es una respuesta normal de nuestro organismo ante situaciones que generan estrés, estas situaciones pueden ser cualquiera que provoque

una emoción, tanto positiva como negativa (desde promocionar y ascender en el trabajo, hasta sufrir la pérdida de éste, por poner algún caso).

El estrés (Fernández y Jiménez, 2003) está más asociado con cansancio y agotamiento que la ansiedad. Una persona puede estar agotada por exceso de trabajo, o por algunas otras situaciones, sin que el individuo manifieste un estado especial de nerviosismo o ansiedad. Las situaciones estresantes incluyen diferentes tipos de situaciones relevantes para el individuo (amenaza, peligro, daño, pérdida, etc.), mientras que las situaciones ansiógenas son siempre situaciones de tipo amenazante, al menos tal y como las percibe, vivencia o siente el individuo, incluso aquellas con causa positiva.

Cierto nivel de estrés no es malo, de hecho, es beneficioso porque nos ayuda a adaptarnos a las circunstancias: todo el mundo conoce esa sensación de cosquilleo cuando empieza un nuevo curso, un trabajo, afronta un reto. Este mecanismo también nos ayuda a reaccionar mejor cuando estamos ante una emergencia.

A esta dosis de estrés productivo se le conoce como “eustrés” y es necesario para la salud. En estos momentos de emergencia quienes solicitarán apoyo psicológico presentarán con mayor probabilidad “distrés” o estrés no productivo (Chapman, 2007).

Eventos extraordinarios que representan una amenaza a nuestra integridad y seguridad producen altos niveles de estrés, alterando nuestro sistema. Las reacciones dependerán de la edad, sexo, raza, nivel académico y vulnerabilidad de cada persona. De forma que un evento genera diferentes respuestas físicas y emocionales de distinta intensidad. El estrés es uno de los factores que desencadenan muchas otras afecciones o incluso enfermedades crónicas (Norris, Murphy, et al, 2003).

Reacción de Estrés Agudo Episódico, Estrés Crónico y Estrés Post-Traumático.

El estrés agudo se presenta como una reacción fisiológica inicial ante un factor amenazante, es limitado en el tiempo y es “adaptativo”, cuando el factor amenazante se prolonga produce una respuesta de estrés crónico.

De acuerdo con el último reporte del Centro Nacional para el Trastorno por Estrés Postraumático, un programa del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos publicado en 2020, el trastorno por estrés agudo se refiere a las manifestaciones clínicas que se presentan entre 3 y 30 días después de un evento traumático, después de 30 días se considera un trastorno por estrés post-traumático, esta última condición deberá ser evaluada y recibir tratamiento de forma conjunta con un especialista en psiquiatría.

En la siguiente Tabla 1 se presentan los criterios para evaluar el estrés agudo y estrés post-traumático de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición: DSM-5, esta es la actualización de 2013 del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, la herramienta taxonómica y de diagnóstico publicada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA).

Tabla 1. Criterio diagnóstico para Trastorno de Estrés Agudo.

Criterio A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso traumático.
2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático.

Criterio B. Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso traumático:

Síntomas de intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

Estado de ánimo negativo

5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Síntomas disociativos:

6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).
7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

Síntomas de alerta

10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
 11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 12. Hipervigilancia.
-

-
13. Problemas con la concentración.
 14. Respuesta de sobresalto exagerada.
-

Criterio C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.

Criterio D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterio E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

En la Tabla 2 se presentan los criterios para evaluar el Trastorno de Estrés Post Traumático según el DSM-5:

Tabla 2. Criterios diagnósticos para el Trastorno de Estrés Post Traumático.

Criterio A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso traumático.
2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

Criterio B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático, que comienza después del suceso traumático:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático
 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático.
 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
-

Criterio C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

Criterio D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Criterio E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

Criterio F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

Criterio G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterio H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si: Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Especificar si: Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Basándonos en la información proporcionada por el manual diagnóstico DSM-5 se compone la Tabla 3 categorizando los síntomas.

Tabla 3. Reacciones emocionales, cognitivas, físicas e interpersonales comunes frente a experiencias traumáticas recientes.

Reacciones emocionales	Reacciones cognitivas
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de shock • Terror • Irritabilidad • Sentimiento de culpa (hacia sí mismo y hacia otros) • Rabia • Dolor o tristeza • Embotamiento emocional • Sentimientos de impotencia • Pérdida del disfrute derivado de actividades familiares • Dificultad para sentir alegría • Dificultad para experimentar sentimientos de amor y cariño por otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para concentrarse • Dificultades para tomar decisiones • Dificultades de memoria • Incredulidad • Confusión • Pesadillas • Autoestima decaída • Noción de autoeficacia disminuida • Pensamientos culposos • Pensamientos o recuerdos intrusivos sobre el trauma • Disociación (ej. visión túnel, estado crepuscular de conciencia, sensación de irrealidad, sensación de separación del cuerpo, etc.)
Reacciones físicas	Reacciones interpersonales
<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga, cansancio • Insomnio • Taquicardia o palpitaciones • Sobresaltos • Exaltación • Incremento de dolores físicos • Reducción de la respuesta inmune • Dolores de cabeza • Perturbaciones gastrointestinales • Reducción del apetito • Reducción del deseo sexual • Vulnerabilidad a la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento en conflictos interpersonales • Retraimiento social • Reducción en las relaciones íntimas • Alienación • Dificultades en el desempeño laboral o escolar • Reducción de la satisfacción • Desconfianza • Externalización de la culpa • Externalización de la vulnerabilidad • Sensación de abandono o rechazo • Sobreprotección

Características principales del estrés crónico.

El DSM 5 aún no considera criterios diagnósticos para la evaluación del estrés crónico, existe una discusión si se trata de un combinado de diversas condiciones que producen deterioro progresivo de la salud mental y que se extienden en el tiempo agravándose por falta de atención psiquiátrica o un estrés que se debe preciar de una categorización exclusiva por manifestarse con elevada frecuencia extendida en el tiempo. Aun así, conocer sus rasgos más característicos es de consideración importante hacer la distinción con los otros tipos de estrés.

En una conceptualización recogida de la página oficial (2014) de la Asociación de Psicología Americana (APA) se nos menciona que, si bien el estrés agudo puede ser emocionante y fascinante, el estrés crónico no lo es. Este es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año. El estrés crónico destruye al cuerpo, la mente y la vida. Hace estragos mediante el desgaste a largo plazo.

Es el estrés de la pobreza, las familias disfuncionales, de verse atrapados en un matrimonio infeliz o en un empleo o carrera que se detesta. Es el estrés que los eternos conflictos han provocado en los habitantes de Irlanda del Norte, las tensiones del Medio Oriente que afectan a árabes y judíos, y las rivalidades étnicas interminables que afectaron a Europa Oriental y la ex Unión Soviética.

El estrés crónico surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones (APA, 2014).

Algunos tipos de estrés crónico provienen de experiencias traumáticas de la niñez que se interiorizaron y se mantienen dolorosas y presentes constantemente. Algunas experiencias afectan profundamente la personalidad. Se genera una visión del mundo, o un sistema de creencias, que provoca un estrés interminable para la persona (por ejemplo, encontrar que el mundo es un lugar amenazante para las personas que fingen lo que no lo es, debe ser perfecto todo el tiempo). Cuando la personalidad o las convicciones y creencias profundamente arraigadas deben reformularse, la recuperación exige el autoexamen activo, a menudo con ayuda de un profesional (The Stress Solution).

Según indica "The Stress Solution" (1993) de los autores H. Miller y Dell Smith, el peor aspecto del estrés crónico es que las personas se acostumbran a él, se olvidan de que está allí. Las personas toman conciencia de inmediato del estrés agudo porque es nuevo; ignoran al estrés crónico porque es algo viejo, familiar y a veces hasta casi resulta cómodo.

El estrés crónico (H. Miller y Dell, 1993) mata a través del suicidio, la violencia, el ataque al corazón, la apoplejía e incluso el cáncer. Las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Debido a que los recursos físicos y mentales se ven consumidos por el desgaste a largo plazo, los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar y pueden requerir tratamiento médico y de conducta, y manejo del estrés.

Como manejar el estrés al dar servicio asistencial.

Durante los eventos que requieren acompañamiento a personas afectadas emocionalmente, probablemente quien asiste puede verse afectado o generar signos de malestar, por esa causa, la persona voluntaria debe considerar si sus condiciones son las indicadas para asistir (Montealegre, 2021). Entendiendo primeramente que, dentro de las situaciones de crisis sentirse abrumado y tener síntomas de estrés es inherente a la asistencia psicosocial.

Existe el mito de que todas las situaciones traumáticas o críticas van a generar una huella indeleble en la persona. La verdad es que la mayoría de las personas quedan sin secuelas, he incluso existe un porcentaje de la población que es afectado por este tipo de situación y posteriormente vive lo que se denomina un florecimiento postraumático o un crecimiento postraumático (Keyes, Ryff, y Shmotkin, 2002) que le permite afrontar con seguridad nuevos eventos.

Adicionalmente, encontramos el supuesto (basado en desconocimiento) de que *“siempre es mejor hacer algo que no hacer nada”*. Existe evidencia de que la intervención en crisis sin las técnicas adecuadas, así como las técnicas mal implementadas pueden dejar secuelas en el largo plazo. En consecuencia, la declaración sustentada es de tal manera que, en ocasiones, una mala práctica puede ser contraproducente y aunque no resulte productivo; es mejor *“no hacer nada a hacer algo”* y mantenerse al margen.

Cuando hablamos de malas *praxis* dentro de la intervención de PAP se puede presentar un ámbito amplio... desde un objetivo mal planteado hasta quien sobrepasa el ejercicio oficioso de asistencia.

Una omisión bastante frecuente es la falta de consideración en la diversidad de respuestas emocionales y gestuales que se pueden recibir de un individuo en el marco de la emergencia o evento crítico. Esta omisión es el derivado de una imagen estereotípica de un comportamiento ante las crisis.

La experticia desdibuja la caricatura del auxiliado que muestra señales de llanto y angustia y el socorrista que calma y muestra una actitud cándida.

Conforme a lo revisado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5); y como lo indican algunas teorías biológicas, las personas pueden reaccionar de diferentes formas y sufrir diferentes efectos que básicamente ponen el cuerpo en disposición para afrontar el peligro. Hablamos de mecanismos biológicos que se traducen en una serie de acciones; las más adaptativas: correr para alejarse del peligro, prepararse para la confrontación, o mantenerse en un estado de reserva de energía.

Esto expuesto de forma simplificada, el trasfondo es un mecanismo de preservación. De tal manera que subyace una complicación desvinculada a la arraigada estampa asociada a la persona en crisis.

El desarrollo del concepto concede sentido a la expresa necesidad de considerar que a cada forma de reacción corresponde un diseño propio para enfrentar el estrés.

Poniendo el caso del estrés nocivo o *distrés* se puede plantear como un estrés desagradable que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación con la carga. Provoca una inadecuada, excesiva o desregulada activación psicofisiológica.

Esta reacción va acompañada (en determinados casos) de la segregación de sustancias producidas por el cerebro como la adrenalina también conocida como epinefrina, que es una hormona que produce el organismo de forma natural a través de las glándulas suprarrenales, localizadas encima de los riñones. En situaciones de estrés, alarma, miedo, peligro o incluso excitación, el organismo libera esta sustancia para poder enfrentarse a situaciones de riesgo.

La adrenalina activa el sistema circulatorio, aumentando la tensión arterial, mejora la capacidad del sistema respiratorio al dilatar los bronquios, estimula la producción de dopamina, una de las hormonas de la felicidad. De forma concisa podemos decir que activa las respuestas motrices y cerebrales preparando al individuo para afrontar un evento demandante.

Algunas personas que asisten al llamado de ayuda tienen la concepción errónea de que la mejor forma de auxiliar a una persona es lograr que esta se siente y entren de forma rápida en estado de calma, he intentar adelantarse al proceso de expresión oral y la escucha activa (pasos que veremos en el Capítulo 3). Esta es una respuesta de asistencia posiblemente intuitiva cuando falta formación en Primeros Auxilios Psicológicos que puede resultar sumamente contraproducente.

Este tipo de acciones con buena voluntad, pero también con descuidos en la etapa de valoración no permiten la expresión del cuerpo y la mente, contienen de forma forzada el uso de los recursos que, por decirlo de alguna manera, intentan apaciguar el cuerpo cuando este se encuentra en un estado de activación — excitación lista para disponer de los recursos producidos.

Entonces, ¿Cuál sería la estrategia correcta para este tipo de respuestas? Existen muchas técnicas enfocadas en manejar el estado de activación — excitación, cuyo principio fundamental es: permitir la expresión del cuerpo y la mente. Adelantando la parte de la intervención que este trabajo presenta, es requerido precisar que, en tales eventos, donde se presenta una activación y exaltación de las funciones por causa del estrés, acompañar a la persona a dar un paseo por zonas seguras y realizar junto con ellos ejercicios cardiovasculares sencillos es altamente benéfico. Estos ejercicios pueden ir seguidos de las técnicas de respiración correctas. Permitiendo al asistido una resolución completando el ciclo de respuesta psicofisiológica.

Distintas personas actúan y se enfrentan de distinta forma ante situaciones similares.

Otra suposición errónea es pensar que la aplicación de los PAP tiene un beneficio implícito, y que toda persona que presente una situación infortunada puede obtener bonificación psíquica y emocional al recibir el protocolo. La realidad es que mayoría de las personas están expuestas al menos a una situación violenta o potencialmente mortal durante el curso de sus vidas (Ozer, Best y Lipsey, 2003). No todo el mundo afronta estos acontecimientos potencialmente perturbadores de la misma forma. Algunas personas experimentan una angustia aguda de la que no pueden recuperarse.

Están aquellos que sufren menos intensamente y por un período de tiempo mucho más corto. Algunas personas parecen recuperarse rápidamente, pero luego comienzan a experimentar problemas de salud inesperados o dificultades para concentrarse o disfrutar de la vida como solían hacerlo (Ozer, Best y Lipsey, 2003).

Sin embargo, un gran número de personas logran soportar el trastorno temporal de la pérdida o los eventos potencialmente traumáticos notablemente bien, sin una interrupción aparente en su capacidad para funcionar en el trabajo o en relaciones cercanas, y parecen pasar a nuevos desafíos con aparente facilidad.

Según Slaikeu (1996), una “crisis psicológica” o “crisis emocional” se define como un estado mental transitorio de desorganización psíquica que atraviesa alguien cuando no puede utilizar sus recursos habituales ante una situación difícil de tolerar (una pérdida, un desastre, un accidente, un suceso violento, etc.) y su capacidad para procesarla se ve rebasada.

Diversas teorías están de acuerdo en que a lo largo de la maduración emocional el sujeto adquiere poco a poco mayor capacidad para enfrentar la vida. No obstante, cuando ocurre una situación de gran impacto, es posible que se sienta nuevamente como un niño pequeño, vulnerable e indefenso, donde el peligro se experimenta con terror. Es como si la mente perdiera momentáneamente su habilidad para procesar la información y los afectos.

La clave alrededor de reconocer quien recibe beneficios de los PAP y quien no ve alterada su situación está en la dificultad de estimar con claridad cuando la situación sobrepasa los recursos psíquicos y emocionales de una persona.

Hay personas que son mucho mejores lidiando con el estrés que otras. Basándose en ello, un primer principio es que todos aquellos que soliciten ayuda o quienes se vean notablemente alterados deben ser en principio candidatos de la activación del protocolo. El beneficio nunca está asegurado tras una aplicación PAP. Los factores ya comentados y muchos otros pueden ser indicadores para entender el efecto de la medida.

2.2 Alteración emocional y desorganización psíquica.

Cualquier persona puede sufrir una situación de crisis, nadie está a salvo de ello y más, siendo conscientes de que la crisis misma forma parte de la vida. Sin embargo, podemos hablar de la existencia de unos factores predisponentes.

En el cada vez más amplio abanico de intervención en el que desarrollamos nuestra actuación profesional, a menudo apreciamos situaciones de vulnerabilidad social que pueden posicionar a la persona en una situación de riesgo de padecimiento de una crisis. En ello inciden factores tanto internos como externos, que tienen su evidencia en la manifestación clara de una serie de indicadores que exteriorizan la predisposición.

Según Documentos de Trabajo Social del Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga (Rabelo, 2010) los más importantes son:

- Infravivienda.
- Fragilidad económica.
- Exclusión laboral.
- Violencia familiar.
- Baja cualificación profesional.
- Existencia de enfermedades de carácter limitante.
- Edad avanzada con situación de dependencia asociada a esta.
- Baja autoestima.
- Escasa o nula red de apoyo informal.
- Presencia de enfermedades mentales.
- Forma de vida marginal.
- Drogadicción/alcoholismo.
- Falta de habilidades o recursos personales.
- Estancia en prisión.

No hay que olvidar que los menores, constituyen un colectivo de especial vulnerabilidad y que las situaciones traumáticas o de crisis que pudieran afectarles de forma significativa y tener una mayor repercusión en estos, que si de un adulto se tratara (DTS de Málaga).

Al valorar estas dimensiones, resulta necesario pensar en la persona como el ser biopsicosocial que es, teniendo en cuenta su trayectoria e historia de vida, sus vivencias y experiencias traumáticas anteriores; que pueden sumarse ya de por sí, a esos factores predisponentes mencionados anteriormente (DTS de Málaga, 2010).

Para entender el papel de las emociones en los contextos de emergencias y desastres, es importante enmarcar a las emociones como fenómenos sociales subjetivos, biológicos e intencionales.

Por otra parte, la Psicología Social (Puy y Romero, 1998) describe el fenómeno colectivo de las situaciones de crisis, donde el grupo puede ayudarse a sí mismo para conservar la calma y reestablecer el orden o, al contrario, “contagiarse” la angustia. Esta perspectiva analiza las estructuras sociales como un motivo central en el desarrollo de las crisis, y considera así mismo que las interacciones sociales son las que marcan la pauta emocional de los eventos de grandes crisis e incluso tienen un efecto considerable en siniestros con uno o pocos involucrados.

De acuerdo con la bibliografía revisada hasta el momento, las alteraciones emocionales comprenden un amplio espectro de experiencias tales como:

1. Activación – exaltación física.

De acuerdo con la Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil en su guía práctica de Primeros Auxilios Psicológicos de 2006: la respuesta fisiológica es característica en los eventos de alta incertidumbre y sirve para preparar al cuerpo para la disponer de las respuestas motoras.

Como se puntuó anteriormente en este capítulo, estas alteraciones tienen como propósito predisponer el cuerpo a la acción ante una situación de riesgo. La activación corporal va acompañada de emociones intensas y sensaciones físicas particulares.

2. Complicaciones en la expresión verbal.

Hace referencia a la expresión verbal y no verbal para hacer efectiva la comunicación. En múltiples casos socorristas se encuentran con que personas afectadas por un siniestro que no son capaces de articular el lenguaje para transmitir información, en los casos que pueda resultar relevante. Como, por ejemplo: el caso de un incendio donde el rescatado necesita transmitir información de utilidad para los cuerpos de rescate. En esta situación el asistido se esforzará por economizar en el uso de lenguaje con palabras clave y haciendo señas a falta de recobrar un sentido expresivo en forma.

El agente que asiste, al notar tartamudeo; habla entre cortada; que la persona hace pausas entre palabras para tomar aire; o cualquier otra dificultad para expresar verbalmente deberá evitar forzar la comunicación.

3. Parálisis e inutilidad de los esfuerzos.

En algunos casos las personas que están en un evento que los pone en riesgo deben actuar proactivamente buscando sus propias soluciones y asistiendo a otros, pero en otras circunstancias distintas lo mejor es mantener la calma y esperar asistencia.

En esta disyuntiva algunas personas experimentan un sentimiento que los paraliza, impidiéndoles reaccionar con soltura al ver entorpecida su capacidad de coordinación. El

embotamiento, la somnolencia y la deficiente coordinación motriz son otros efectos que provocan este tipo de reacciones que pueden durar desde pocos minutos hasta horas.

4. Evasión de la situación.

Cuando enfrentamos situaciones emocionalmente difíciles de aceptar. Los mecanismos psicológicos de ajuste se manifiestan de forma inconsciente. Y que nuestro cerebro utiliza para intentar mantener nuestro equilibrio psicológico y evitar el sufrimiento o malestar que nos supondría enfrentar esa realidad.

Los mecanismos mentales de defensa empiezan a funcionar a partir de la presencia de fuertes sentimientos de insuficiencia, sirve de ello como sostén o para presentar una figura diferente de la percepción que el individuo tiene de sus propias deficiencias, pretendiendo, así, cubrirlas

Los mecanismos mentales de evasión se utilizan, al igual que los de defensa, para preservar el bienestar psíquico y emocional. Las pautas de conducta evasiva buscan el ajuste. Este tipo de mecanismos, siempre se refieren al alejamiento, que implica todas las posibles formas de huida.

Cuando utilizamos mecanismos de evasión en la búsqueda del ajuste, nuestra conducta está dando a entender que hemos renunciado a la lucha franca y nos acogemos a los tipos inmediatos que nos proporcionen protección contra el peligro.

5. Combinación de emociones intensas.

Las emociones son estados de activación física y psicológica que tienen una repercusión en lo que pensamos y hacemos pero que pueden coexistir de manera simultánea ya que representan dimensiones que se pueden dar en paralelo. Diversas situaciones pueden causarnos una gama amplia de emociones, sentimientos y sensaciones (Navarro, 2017).

¿Pero por qué podemos sentir a la vez emociones tan contradictorias entre sí? La respuesta es más sencilla de lo que podría suponerse. Se suele imaginar que las emociones son una dimensión en la que en un extremo se encuentra la tristeza y en el polo opuesto la alegría, de tal manera que cuanto más nos acercamos a la alegría, más lejos nos encontramos de la tristeza.

Sin embargo, la realidad no es esta, ya que lo que se encuentra en los extremos de esa dimensión es la variable que hace referencia a la intensidad de la misma; es decir, que la dimensión es un continuo entre intensidad mínima e intensidad máxima, o lo que es lo mismo, entre ausencia de tristeza o por el contrario una tristeza intensa. Esta parametrización marca el tono de todas las emociones (Navarro, 2017).

Partiendo de aquí, entendemos parcialmente cómo funciona las emociones. Ya sabemos que son independientes entre ellas y que podemos sentir las en diferentes intensidades. Ahora es el momento de pasar a otro concepto que nos ayudará a entender un poco más estas aparentes contradicciones: el concepto de duración...

Una emoción intensa requiere de un elevado consumo energético y tiene una elevada repercusión en nuestro cuerpo y entorno, de tal manera que las emociones intensas suelen durar menos que las emociones que no son tan intensas. Las emociones intensas son más difíciles de controlar e irrumpen en nuestra vida sin pedir permiso, reclamando ser atendidas de manera inmediata (Navarro, 2017).

Finalmente, tan solo nos falta un ingrediente en este *cocktail* de emociones. Las emociones, todas, nacen de un estímulo. Siempre hay un estímulo que las provoca, a pesar de que a veces no somos conscientes del mismo o incluso nos equivocamos al identificarlo. Esto es muy importante ya que nos cierra y da sentido a toda la explicación. Percibimos miles de estímulos a cada momento. Nuestra mente tiene mucho trabajo en seleccionarlos y filtrarlos, pero lo cierto es que solo ciertos estímulos altamente valorados disparan una respuesta emocional (Navarro, 2017).

Además de las emociones básicas, tenemos unas emociones secundarias, más elaboradas, que también pueden ser de signo intenso. En los eventos de crisis es necesario tener en cuenta que por su naturaleza caótica se generan muchos estímulos que provocan una mezcla de emociones intensas. En situaciones de desastre se generan sensaciones de diversos tipos; en caso de daños y pérdidas las escenas generan múltiples impactos sensoriales.

Debemos ponderar como primera instancia el fomentar un espacio seguro para dotar de tiempo y lugar a los involucrados en un acontecimiento de crisis, desastre o accidente para permitirles intentar procesar por su propia cuenta sus percepciones y conciliar sus emociones. Un ambiente seguro para liberar emociones es parte de una fórmula benéfica durante una intervención de Primeros Auxilios Psicológicos.

6. Confusión mental.

Es la incapacidad para pensar de manera clara y rápida como uno normalmente lo hace. Se presenta desorientación y dificultad para prestar atención, recordar y tomar decisiones. La vigilancia sufre oscilaciones y la perplejidad es muy característica. La confusión mental es acompañada de signos visibles de desorientación. La confusión puede aparecer rápida o lentamente con el tiempo, según la causa. Muchas veces dura poco y desaparece (Zambrano, 1998).

En las situaciones de desastre y catástrofe es provocada por la aparición repentina de múltiples estímulos que conforman un contexto cambiante e imprevisible para los individuos donde prevalece la sensación general de incertidumbre. Las personas que se encuentran en este estado pueden presentar falta de dirección, perplejidad o se puede notar que estas personas muestran falta de lucidez para dar una declaración lógica de los acontecimientos.

La confusión es parte de un momento donde los afectados están procesando los eventos ocurridos al mismo tiempo que evalúan una serie de múltiples decisiones. En situaciones de desastre o catástrofe se activa la mediación entre ponerse a salvo y ayudar a otros, es un dilema común que requiere múltiples evaluaciones; otra decisión que se requiere tomar, en muchas ocasiones, es la de resguardar el patrimonio contra ponerse a salvo.

Pudieran parecer decisiones sencillas dado que generalmente se tienen claras ciertas prioridades y concepciones sobre lo que uno haría, pero en muchas circunstancias no se evalúa en términos absolutos. Se puede decir de forma más acertada, que se toman decisiones evaluando el estado de los daños y contrastando la seguridad personal con el nivel de riesgos sobre el patrimonio.

Se puede abordar este punto en mayor profundidad tratando el ejemplo de un incendio: muchas veces una persona una vez que está a salvo y pone a salvo a otros puede evaluar si el fuego está lo suficientemente controlado como para intentar maniobras de mitigación de los daños; por medio de una acción de resguardo de bienes o bien debería efectuar maniobras sobre las medidas correctivas de seguridad. En este ejemplo puede ser que la persona evalué cortar el suministro de fuentes eléctricas, de gas o alejar inflamables que pueden suponer elementos de peligros potenciales, o ante un evento controlado valorar la opción de resguardar bienes de alto valor.

Existen una gran variedad de escenarios, los manuales de intervención en casos de desastre tienen las respuestas más acertadas, pero en los escenarios reales las personas se enfrentan a situaciones que nunca habían considerado y tienen que evaluar un gran número de factores al tiempo que transitan por experiencias vivenciales intensas.

Es por esto que la confusión suele aparecer como un efecto común, y aunque en la mayoría de las ocasiones se presenta en formas leves, debe ser siempre un factor a tomar en consideración para entender patrones de comportamiento.

7. Entorpecimiento.

La característica fundamental (Zambrano, 1998) es la mengua o pérdida de la lucidez y de la vigilancia. De acuerdo con la duración puede variar desde las llamadas ausencias, intermitencias brevísimas (segundos) de la conciencia sin recuerdo posterior, presentes en la epilepsia de tipo desmayo, con su carga emocional y neurovegetativa, hasta la que aparece en los traumatismos encéfalo cancanéales graves que pueden durar horas, días, meses y, raramente, años.

El embotamiento, la somnolencia y el desvanecimiento son expresiones que corresponden a la intensidad del compromiso de conciencia. Que va de la falta de respuesta a los estímulos leves, medianos e intensos hasta ausencia total de ésta en el desvanecimiento (Zambrano, 1998).

8. Estado de shock.

Reacción de estrés agudo (también conocido como desorden de estrés agudo, choque psicológico, shock emocional, shock mental, o simplemente shock o choque en español) es una condición psicológica que surge en respuesta de un evento traumático o aterrador. No se debe confundir con el término *shock* generado por la deficiencia circulatoria que corresponde a un término de médico (Gibson, 2007).

Los síntomas comunes que experimentan las personas con desorden de estrés agudo son: adormecimiento, desprendimiento, mutismo; desrealización, despersonalización o amnesia disociativa. Por lo que continúan reviviendo el evento traumático en forma de pensamientos, sueños y regresiones; evadiendo cualquier estímulo que les recuerde el evento. Durante este tiempo, tienen síntomas de ansiedad y un deterioro significativo en al menos un área esencial del funcionamiento. Los síntomas duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas, y ocurren dentro de las cuatro semanas después del evento (Gibson, 2007).

El trastorno por estrés agudo o TEA por sus siglas (Carlos Gómez, Jordán, Hernández, et al, 2009), es el resultado de un evento traumático en el cual la persona experimenta o es testigo de un evento que causa a la víctima/testigo una experiencia extrema, inquietante, o temor inesperado, estrés o dolor, que implica o amenaza con lesiones graves, lesiones percibidas o la muerte de sí mismos o de otra persona.

Guiar a la víctima/testigo a un lugar seguro donde elimine el factor estresante puede bastar en la mayoría de los casos leves. Para los casos moderados a graves será necesario llamar a servicios de emergencias médicas y brigadas de auxilio psicológico.

Para brindar asistencia segura a las personas que pudieran estar transitando en estado de shock es necesario que el apoyo se conduzca con prudencia. En materia de los Primeros Auxilios Psicológicos actuar de forma informada y concienciada en ocasiones implica delegar la responsabilidad de la maniobra de soporte y recuperación emocional, así como abstenerse de cualquier tipo de intervención. Intentar forzar la intervención de los PAP, o peor aún, dar una atención mal implementada puede resultar sumamente contraproducente en casos de choque emocional.

9. Frustración.

La frustración (Zambrano, 1998) es la falla en la culminación de la dirección de la atención hacia el estímulo escogido (intencionalidad correcta) por la aparición de experiencias ajenas que la desvían o interrumpen de la meta precisa. Situaciones estresantes posterior al desastre pueden hacer que los sobrevivientes se sientan irritables y aumente la dificultad para manejar el coraje.

Este tipo de comportamiento puede desanimar a las personas en su intento de dar apoyo emocional a los afectados por estos sentimientos. Por esta razón es importante, recalcar que; la gama de emociones que pueden presentarse es de espectro amplio.

Dentro de la experiencia convencional un factor que favorece la prioridad de asistencia muchas veces es el llanto o signos de desolación y se suele dejar en rezago la asistencia a quienes muestran referencias emocionales distintas.

Los signos de frustración requieren mayor experticia para ser detectados, estos suelen ser acompañantes regulares de muchas otras emociones y en algunos casos ser la emoción dominante.

El trabajo de verbalización para organizar dentro de la psique las emociones de frustración, coraje o furia es de suma utilidad, la escucha activa y el principio de los PAP de "no juzgar" es especialmente relevante en estos casos pues estos sentimientos mantienen poca aceptación social.

Para estos casos pedir calma, forzar la relajación o exigir tranquilidad puede resultar contraproducente, al poder ser percibido por quien experimenta la frustración, enojo o ira, como un rechazo a sus sentimientos. Elaborar el discurso para permitirle a la persona encontrar causas y desahogar el sentimiento por medio de expresiones seguras para sí mismos y para otros resulta una mejor opción de abordaje.

10. Fallos de memoria.

Las amnesias (Zambrano, 1998) se definen de manera general como la pérdida de la función memorística; éstas pueden referirse a la evocación y estar en relación con la extensión y al contenido. Así, habrá una amnesia masiva cuando se comprometen grandes porciones del pasado o de todo él; otra, que sólo compromete grandes porciones limitadas corresponden a la *amnesia lacunar*; o selectiva, cuando el olvido se refiere a determinadas informaciones relacionadas entre sí, aunque pertenezcan a diferentes épocas de la vida del sujeto. Si se tiene en cuenta la evolución, la amnesia puede ser reversible, progresiva o irreversible.

Las amnesias en situaciones de intervención pueden presentarse como consecuencias de un traumatismo en la cabeza. Como, por ejemplo: en un choque automovilístico o una caída. En otra ocasión también pueden ser resultado de expresiones emocionales traumáticas.

En casos donde la amnesia este presente se debe considerar el abandono de intención de PAP y debe remitirse el acompañamiento a profesionales de la salud y paramédicos capacitados. La forma más común para llegar a dicha averiguación es preguntar datos personales tales como nombre, profesión y detalles generales sobre la cronología de los eventos que originaron la crisis y recibir como respuesta el fallo de acceso a recuerdos.

Los problemas de memoria pueden ser condiciones preexistentes como en el caso de personas de la tercera edad. Pero también se debe tener especial consideración con la calidad de confianza que se establece en la comunicación en estos casos de asistencia. Ya que un mal abordaje puede llevar a personas de la tercera edad a desconfiar y omitir datos de forma intencional, negar la comunicación, o hacer simulaciones de verdad.

2.3 Descripción de pánico y ataques de ansiedad.

Cuando se habla de ataques de pánico dentro de los PAP existen dos escenarios. Los ataques de pánico producidos por consecuencia directa de un evento de crisis y/o desastre natural. Así como la condición preexistente de trastorno de pánico que genera una preocupación adicional a los propios peligros del evento por su predisposición.

Comenzando por abordarlo desde el miedo, en una descripción sencilla y contundente: El miedo se trata de una de las cinco emociones básicas ante la presencia de un peligro, según el modelo de emociones propuesto por el psicólogo y antropólogo Paul Ekman de la Universidad de California en 1971, y que hasta a ahora goza de gran aceptación en la comunidad científica.

El miedo (Slaikeu, 1996) busca reorganizar nuestro ambiente para sobrevivir. Mientras que el pánico es un miedo inapropiado, excesivo e intenso, es irracional, desproporcionado y desorganizado. Algunas consideraciones sobre el pánico de acuerdo con la Secretaría de Salud Mexicana (2020):

- Posee la característica de ser mal adaptativo.
- Es generador de altos niveles de estrés e hipervigilancia.
- Es resultado de una interpretación distorsionada de los hechos.
- Genera la falsa sensación de acción.
- Facilita el pánico en otras personas.
- En ocasiones, tiene consecuencias peores que el propio desastre o la contingencia.

Haciendo un paréntesis para dar una definición concreta de ansiedad, encontramos que la ansiedad es (Contreras, 2021) un estado emocional generado a partir de pensamientos de anticipación del individuo frente a situaciones de potencial dañino que pueden o no estarse presentando. También puede tratarse de una exageración inconveniente del peligro o un estado de estrés agudo a las vísperas de peligros poco definidos o supuestos.

La ansiedad es (Forcadell, Lázaro y Fullana, 2019) una emoción que todo el mundo ha experimentado en algún momento y que ayuda al organismo a prepararse para

afrontar un evento considerado importante. La ansiedad produce una reacción psicofisiológica de activación intensa del sistema nervioso central y de todo el organismo.

Aparece cuando se ha de actuar en una situación que demanda un esfuerzo intenso o sostenido y sirve para activar y hacer frente a una amenaza que está ocurriendo en el presente o que puede pasar en el futuro.

Algunas características de la ansiedad son, de acuerdo con Contreras (2021):

- Miedo constante.
- Preocupación excesiva.
- Respuestas fisiológicas.
- Deterioro importante en los diferentes contextos donde se desenvuelve una persona.

Mientras que la preocupación, según Contreras (2021):

- Se orienta hacia el futuro.
- Se dirige a situaciones en las que no necesariamente se tiene una influencia directa.
- Se salta de un tema a otro.
- Es difícil de detener la reiteración de ideas.

De igual manera que como sucede con el miedo, la ansiedad se tiene un punto de intensidad donde se puede considerar una respuesta afectiva – emocional normal y efectiva cuando tiene algún tipo de justificación y se presenta de manera proporcional a la situación (Contreras, 2021). Esta reacción normal de ansiedad no causa incapacidad ni deterioro alguno. La persona que experimenta una ansiedad de intensidad moderada puede recuperar un estado de equilibrio en un periodo de tiempo breve.

Cualquier evento que demande primeros auxilios es un evento con el potencial de desencadenar sistemas de alerta para el cuerpo y la mente de quienes lo viven, por lo que es una respuesta que se presenta de forma común en este tipo de hechos. Ahora bien, ¿Cuál es la consideración para mencionar la ansiedad en este tema? En muchas fuentes encontramos una reciprocidad conceptual entre los términos de *ataque de pánico* y *ataque de ansiedad*.

Es determinante aclarar que, aunque *el ataque de pánico* y *ataque de ansiedad* se homologuen para diversos usos de intervención de Primeros Auxilios y en diversos manuales de intervención psicológica de primer nivel, tanto el *pánico* como la *ansiedad* cuentan con características propias.

La relación entre ambos modelos clínicos es estrecha, algunos especialistas incluyen los ataques de pánico como un trastorno derivado de la ansiedad y en conjunto con un miedo agudo (específico o general). De tal forma que, el ataque de pánico puede

incluir una o varias características de los trastornos de ansiedad. A ello debemos las señales de abordaje homologadas.

Los ataques de pánico (Cano, Medrano y Muñoz, 2016;22:47-54) se caracterizan por temor a los desastres o miedo a perder el control, incluso cuando no hay un peligro real se puede sobreestimar en la valoración de los riesgos. Según el catedrático de psicología Antonio Cano Vindel, presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS):

“Los ataques de pánico se pueden describir como una sensación muy intensa pero breve que en diez minutos alcanza su máxima intensidad para después empezar a decrecer. Son minutos de espanto y, aunque las sensaciones son diferentes para cada persona, algunas señales son inequívocas. Hay taquicardia, sofocos, sudoración, aumento de temperatura, hiperventilación, opresión o malestar torácico, entumecimiento, temblores y sensación de ahogo. Otros dos fenómenos habituales son despersonalización (sensación de estar fuera de uno mismo) y desrealización (creencia de que lo que ocurre no es real).”

Cuando hablamos de trastorno de pánico preexistente es posible que una persona de tal condición pueda desanimarse o avergonzarse porque no puede llevar a cabo rutinas normales como ir a la escuela o trabajar, localizar un sitio nuevo o conducir. Todo ello conduce a la pérdida de control y el desarrollo de conductas obsesivas. El trastorno de pánico con frecuencia comienza a finales de la adolescencia o a principios de la edad adulta. Hay más mujeres que hombres que presentan el trastorno de pánico. Sin embargo, no todo el mundo que tiene ataques de pánico tendrá el trastorno de pánico/ansiedad.

En eventos de alto nivel de riesgo la autoconfianza para desempeñar el nivel de acción adecuado puede verse mermada para estas personas. También puede influir en la inadecuada evaluación de riesgo en las situaciones. La persona que presenta trastorno de pánico puede sentirse especialmente susceptible, y además de preocuparse por los acontecimientos, se mantendrá temeroso y especialmente alerta ante la aparición de un episodio de pánico. En muchas ocasiones esta puede ser una preocupación incluso mayor que las propias condiciones de riesgo asociadas a la eventualidad.

Los ataques de ansiedad por su parte presentan características particulares dependiendo del tipo de trastorno de ansiedad que se presente. Las características comunes en estos trastornos, según Contreras (2021) son:

- Indicadores de ansiedad que se presentan de forma constante.
- Son de intensidad fuerte.
- Causan deterioro importante.
- Merma la capacidad de respuesta psicológica y/o física.
- Persisten a largo plazo.

- Una vez que se desencadena la ansiedad es difícil detenerla.

Los principales trastornos que recoge Contreras para su análisis en 2021 son:

- Ansiedad generalizada.
- Ansiedad social.
- Fobia específica.
- Agorafobia.
- Ataques de pánico.

La metodología de Intervención de los Primeros Auxilios Psicológicos es particularmente considerada con las personas que presentan ataques de pánico o ataques de ansiedad. Y el manejo bajo la condición preexistente y la condición episódica provocada por el evento de crisis es la misma para la gran mayoría de manuales tomados como referencia para el desarrollo de este trabajo. La información sobre los métodos de intervención y atención serán descritos en el siguiente capítulo.

2.4 Capacidad de afrontamiento.

Las capacidades de afrontamiento se conforman de características para manejar las dificultades. Tienen una influencia directa en la manera como identificamos y tratamos de resolver problemas. Las personas que tienen un afrontamiento exitoso no solo saben cómo hilvanar sus propias soluciones, sino que también saben cómo gestionar sus recursos para afrontar las situaciones para las cuales no tienen una respuesta preparada.

Las capacidades para el afrontamiento que las personas poseen, se basan en parte, en las experiencias de la vida (sus expectativas, temores, habilidades, deseos y demás) y tienen una influencia sobre la cantidad de estrés que se siente y como lo manejan.

La experiencia y el éxito para manejar situaciones similares, la confianza en sí mismo con bases sólidas y la capacidad de permanecer tranquilo y enfocarse en las decisiones y acciones son características de una persona con buenas capacidades de afrontamiento.

Una respuesta casual y orientada hacia una tarea que se da ante una situación difícil es casi siempre más efectiva que estar ansioso, enojado o a la defensiva. El fracaso para estar orientado hacia una tarea puede suceder por varias razones. Por nombrar alguno: las personas con bajo nivel de afrontamiento evalúan de forma anticipada el falló o la inutilidad de sus acciones (Gantiva, Luna y Dávila, 2010).

En ocasiones, valiéndonos de la verdad, existen situaciones que rebasan nuestras capacidades. Donde la aceptación y resignificación de una nueva realidad es la única vía que se nos presenta como favorable.

El riesgo es totalmente una cuestión estadística, por lo cual, aceptar la cara donde el riesgo se materializa en consecuencias catastróficas, conlleva abandonar de facto las probabilidades de salir bien librados ante una situación desfavorable.

En el afrontamiento la gente despliega acciones que se ven constantemente contrastadas por su grado de efectividad contra la realidad. Las crisis (Macías, Orozco, Valle, et al. 2013). requieren esfuerzos constantes y poner a prueba la capacidad de tolerancia al dolor, el sufrimiento y la pérdida.

En ese sentido, no solo vale encarar la adversidad con autoconfianza. Aun ejecutando nuestras mejores capacidades de afrontamiento, el éxito o fracaso puede resultar arbitrario. El saldo de muchos eventos puede generarnos una disonancia cognitiva. Al acontecer un panorama contrastante donde se realizaron acciones asertivas, pero se obtuvieron resultados negativos.

Las situaciones límite son en muchas ocasiones “un juego de estadísticas”, donde los impactos de un número extraordinario de factores se conjugan. De tal manera, la incertidumbre es una constante. El afrontamiento no es la respuesta directa para enfrentar la adversidad de forma victoriosa. Es un juego de herramientas emocionales que mueven la aguja de las posibilidades en dirección del manejo de la situación.

Distintas estrategias de afrontamiento son efectivas en los diferentes tipos de situaciones. La gente que por lo general tiene un afrontamiento exitoso, cuenta con diversos recursos personales que incluyen la capacidad para:

- Buscar información pertinente.
- Considerar alternativas y analizar consecuencias.
- Compartir preocupaciones y encontrar consuelo cuando lo necesita.
- Sobreponerse al falló de un error.
- Deslindar las cuotas de responsabilidad de lo que acontece.
- Emplear el sentido del humor para mejorar los ánimos.
- Conducirse con determinación en momentos de incertidumbre.
- Mantenerse enfocado en la conducción de acciones resolutivas.

El objetivo de los Primeros Auxilios Psicológicos.

La Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil y el Centro Nacional de Trastorno de Estrés Postraumático (México, 2006) dicen que los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) están diseñados para reducir a corto y largo plazo la angustia inicial producida por eventos traumáticos y para promover el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento.

De acuerdo con esta misma fuente los principios y las técnicas de los PAP son cumplir con cuatro requisitos básicos:

1. Basarse en la evidencia resultante de la investigación científica sobre el riesgo y la capacidad de recuperación después de un trauma.
2. Rutinas aplicables y prácticas en el ambiente real.
3. Basarse en un modelo apropiado para todas las etapas de la vida.
4. Ejecutarse sobre las particularidades culturales e imprevistos de manera flexible.

Los objetivos que persiguen los PAP son, según Corral y Gómez (2009):

- Proporcionar apoyo: facilitando que la persona se sienta escuchada y comprendida, facilitando la expresión de sentimientos y la ventilación de emociones negativas como el miedo, la tristeza, la angustia o el enfado.
- Reducir la mortalidad y preservar la seguridad física: al entender que el suceso estresor puede generar situaciones violentas como agresiones a otras personas o a sí mismo; actuando en consecuencia para evitarlo (desarrollar una red de apoyo informal, favorecer el ingreso hospitalario, etc.).
- Ser el nexo con recursos de ayuda: proporcionando información sobre los recursos necesarios y brindando orientación sobre qué hacer y cómo hacerlo.

En el camino para obtener experiencia en la aplicación de los PAP se pueden llegar a cometer ciertos errores de aplicación tales como:

- Convertir el discurso que guía el acompañamiento emocional en una entrevista.
- Intentar suplir los recursos de afrontamiento del afectado con los propios.
- Actuar aun cuando auto percibimos desgaste o implicación emocionales.
- Actuar con condescendencia.
- Actuar sin entender lo suficiente el panorama.
- Valorar de forma desacertada las necesidades.
- Entre otros por mencionar...

La contención como un elemento central del afrontamiento.

Un concepto fundamental para la intervención psicológica en crisis es el de *contención*. Esta noción surgió a partir del desarrollo teórico de Wilfred Bion (1963), quien describe la capacidad de la mente para albergar en su interior elementos o “contenidos” provenientes de la experiencia. Dichos contenidos serán transformados en pensamiento a través de un proceso de asimilación que implica tolerar la angustia y construir un sentido personal entre lo que se siente y lo vivido. Cuando se presenta una situación particularmente difícil o traumática, los contenidos mentales parecen no tener sentido o congruencia.

La contención implica poseer cierto grado de dominio sobre uno mismo y lo que se siente. Cuando un acontecimiento nos sobrepasa, es muy probable que surja una fuerte

sensación de estar indefensos. También es común la expresión “sentirse desbordado” en alusión a la sensación que refiere que la magnitud de un sentimiento es muy potente para retenerse. Se hace difícil mantenerse inactivo y reservarse la expresión (Lazcano, 2018).

El “contenido” que refiere Wilfred Bion (1963) es la suma de todas aquellas percepciones sensoriales y bloques de información que la mente registra durante eventos de crisis. Cuando nos enfrentamos a un evento crítico nuestra mente intenta asimilar la mayor cantidad de información en la menor cantidad de tiempo para dar con las respuestas más asertivas posibles a fin de encontrar una solución conveniente.

Ahora bien, el intento de elaborar cualquier tipo de estratagemas exige las capacidades mentales dirigidas a la tarea que es motivo de asimilación. Debemos abonar que las situaciones inesperadas, los eventos de desastres natural o las situaciones límite conllevan una gran cantidad de cosas sucediendo simultáneamente. Consecuentemente el despliegue de sensaciones y estímulos puede resultar apabullante.

En aras de lograr la contención debemos considerar de forma preponderante el papel de la asimilación. Una figura burda pero que facilita la comprensión del concepto, es mirar la función de la asimilación como si tratara de un embudo, estas herramientas del hogar que tienen la función de facilitar el traslado una sustancia de un contenedor a otro de forma progresiva. De una mecánica *aparentemente* similar, cuando se registra un suceso significativamente amplio en estímulos, la asimilación se torna pieza clave para modular la cantidad de información que nuestro cerebro procesa. Permitiendo liberar recursos psíquicos que faciliten la interpretación de los acontecimientos.

Todas las personas poseemos capacidades de afrontamiento, expresadas en una variedad de estilos y recursos. De forma coloquial podemos decir “*que cada uno tiene sus propias formas de sobrellevar los problemas*”. En la gran mayoría de los casos, el deseo de preservación de la vida llevara a cualquier individuo a actuar en favor de él mismo y los suyos. Tomando en consideración que los efectos del estrés, el sentido de riesgo y el caos emocional dificultan el despliegue de nuestras mejores virtudes.

Siendo así, podemos mirar los Primeros Auxilios Psicológicos como la provisión de un escenario de seguridad psicológica, a través de técnicas basadas en evidencia científica, que permitirá a las personas asistidas recorrer un proceso de contención y restablecer lo más pronto posible sus capacidades de afrontamiento.

Capítulo 3

Pasos de los Primeros Auxilios Psicológicos; Modelo A B C D E.

El auge de los Primeros Auxilios Psicológicos surge tras el atentado de las Torres Gemelas en Estados Unidos. Desde ese entonces, la Organización Mundial de la Salud, la Cruz Roja y otros organismos internacionales recomiendan su uso en servicios de urgencia y luego de desastres (Rodrigo Figueroa, UC de Chile).

Según indican desde la Pontificia Universidad Católica de Chile, si bien su aplicación ya era conocida antes de este acontecimiento, aún no existían pruebas empíricas de la efectividad de estas recomendaciones de auxilio psicológico.

De esta manera, desde la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile y el Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales en Chile desarrollaron un estudio donde se realizó un seguimiento por tres años a 388 pacientes con estrés post traumático de las Unidades de Urgencias de cinco hospitales: el Sotero del Río, Barros Luco, Padre Hurtado, Hospital del Trabajador y el Hospital Clínico UC.

“Nosotros acá en la UC, entre 2015 y 2017 hicimos experimentos en servicios de urgencia: en total invitamos a participar a 388 personas afectadas por experiencias traumáticas en servicios de urgencia (accidentes de tránsito, asaltos, abusos sexuales, amputaciones traumáticas o familiares que fueron testigos de alguna situación traumática), en las últimas 72 horas”.

- Explica Rodrigo Figueroa, investigador a cargo del proyecto y profesor del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina UC. En adición el académico detalló que el experimento consistió en:

“Aplicamos Primeros Auxilios Psicológicos a una mitad de pacientes al azar; y a la otra se les entrego un folleto de psicoeducación. A estas personas las seguimos durante 6 meses, y vimos que las que recibieron los primeros auxilios, a los 3 meses habían usado menos medicamentos para calmar la angustia, habían consumido menos alcohol y drogas para lo mismo, reportaban menos conflictos laborales y familiares y además decían tener menos licencias médicas producto de malestares emocionales posteriores al evento traumático; además tenían menos síntomas de estrés postraumático.”

- Asegura Rodrigo Figueroa, responsable de esta investigación, según consigna el sitio de la PUC (Pontificia Universidad Católica, 2019).

Con base en las investigaciones realizadas se configuro un manual de Primeros Auxilios Psicológicos que usa un protocolo de 5 pasos. Donde cada paso puede ser asociado con una letra del abecedario para ofrecer facilidad de implementación y uso.

Los autores de este manual son Paula Cortés Montenegro: Psicóloga, Coordinadora de investigación, y el Dr. Rodrigo Figueroa Cabello: Médico Psiquiatra, Investigador del Departamento de Psiquiatría en la Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. En conjunto con el Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales (CIGIDEN).

Como parte de los resultados en la investigación de la Facultad de Medicina de la PUC se demostró que aquellos que recibían la aplicación del Protocolo A B C D E por parte de un voluntario capacitado, donde el vínculo humano formaba parte del proceso, mostraban de forma notable menos problemas producidos por estrés (trastornos de sueño, depresión, ansiedad, bajo rendimiento) que aquellos que solo recibían folletería informativa.

“El manual, si bien es libre y gratuito, no garantiza que seas un buen proveedor de Primeros Auxilios Psicológicos. Por eso el equipo del doctor Figueroa pensó en las organizaciones grandes (SAMU, Ministerio Público, Gendarmería, Municipalidades, entre otras) como grandes capacitadores en los mismos, la idea es que esto funcione el día de mañana como los primeros auxilios médicos, en donde hay gente capacitada en cada organización para entregarlos”.

- Puntualizó Sabrina Seltzer, jefa de Edulab, oficina de la PUC que forma parte de Dirección de Transferencia y Desarrollo, y que se encarga de acelerar proyectos e innovaciones en el ámbito educativo.

La técnica A B C D E paso a paso.

“Uno de los elementos clave en brindar ayuda en situaciones traumáticas es escuchar sin enjuiciar ni interrumpir. Es algo que no es tan intuitivo... Por lo tanto” ... Y agrega... “lo que hicimos fue protocolizar los primeros auxilios psicológicos con un procedimiento que acuñamos con el nombre de ABCDE, cada letra representa un paso”.

- Advierte Figueroa.

Desde la institución explican en qué consiste la técnica del A B C D E paso a paso:

1. Escucha (A)ctiva.

El paso A es la escucha activa, que puede tomar de 10 a 20 minutos de contacto visual con la persona en vulnerabilidad, con paciencia e interés en todo el relato.

2. (B)entilación.

El paso B es reentrenamiento de la “(b)entilación”, con una falta de ortografía a propósito, en donde durante por unos minutos se acompaña al paciente con un ejercicio de respiración, que le genera un estado de calma.

3. (C)ategorización de las necesidades.

El paso C refiere la categorización de las necesidades.

“Cuando una persona está afectada por una situación traumática muy reciente puede que esté interferida cognitivamente o bloqueada. No sabe si tiene que contactar a la familia, llamar a carabineros, etc”.

— Afirma Figueroa.

Incluye la jerarquización de las necesidades, tratando de devolverle el control y la autonomía a través de la identificación de sus necesidades inmediatas.

4. (D)erivar al paciente.

En la D se deriva al paciente a sus redes de apoyo, se lo ayuda a identificar cuál es la red más apropiada para cada necesidad. Usando diálogos de ofrecimiento:

“Puedo prestarle el teléfono para llamar a su hijo o acompañarla al asistente social del hospital para resolver el problema”.

— Señala a la PUC el experto. Las redes de apoyo se tratan del contacto de familiares o amigos o derivación a un centro especializado.

5. (E)ducación.

Por último, la E significa la Psico-Educación. Es un proceso en el cual un facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y abordaje de los fenómenos emocionales desde su entorno, situación que implica también la consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

“Se recomienda seguir los pasos anteriores en orden, evitando siempre forzar la persona afectada a aceptar cada una de las actividades. En este sentido, cada paso constituye una oferta, no una obligación. Adicionalmente, y de acuerdo con las necesidades particulares de cada beneficiario, es posible saltarse pasos o invertirlos.”

— Concluye Rodrigo Figueroa al cierre de la presentación de los pasos del Manual A B C D E de Primeros Auxilios Psicológicos.

Etapas de preparación para la asistencia de los PAP.

Según el Manual A B C D E para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos. En crisis individuales y colectivas. Antes de aplicar los PAP, es necesario darse unos minutos para prepararse y chequear una serie de antecedentes de consideración:

1. Entrenamiento.

Lo primero es contar con un entrenamiento adecuado en PAP. Es necesario informarse de lo que significan los servicios de asistencia en emergencias. Considerar las implicaciones sociales, la responsabilidad como voluntario y tener claro el rol que se ejerce; sus limitaciones y alcances. Para este fin existen materiales de consulta en diversos formatos; recursos audiovisuales, manuales, cursos en modalidad presencial o virtual.

2. Coordinación con su equipo (u otros).

Es recomendable establecer un equipo de trabajo, sobre todo si se encuentra en una situación (laboral o voluntaria) en la que las experiencias traumáticas son frecuentes. Antes de intervenir, procure coordinarse con los otros organismos que están participando en la respuesta a la emergencia o situación de crisis. Una intervención que no se encuentra bien articulada con el resto del sistema de respuesta es altamente probable que sea inefectiva.

3. ¿Estoy en condiciones?

Es necesaria una autoevaluación de la condición personal frente al evento. Si se encuentra afectado por alguna situación personal (ej. duelo, crisis familiar, experiencia traumática reciente), es recomendable no efectuar la intervención a un tercero. De esta manera, evitará consecuencias negativas sobre sí mismo y sobre la persona afectada.

4. Infórmese sobre la situación.

Si ha decidido intervenir dando PAP, es muy importante que anticipadamente recabe la mayor cantidad de información sobre el marco de la situación desde fuentes confiables. Es recomendable llegar bien preparados, con un amplio conocimiento acerca de los recursos disponibles en el lugar de la emergencia, de ese modo podrá entregar una mejor orientación al afectado. Estar informado reducirá su ansiedad y lo ayudará a tomar mejores decisiones junto al afectado.

5. Evalúe aplicabilidad.

No todas las personas que experimentan una crisis van a necesitar PAP. Es muy importante respetar las decisiones y recursos personales del afectado, así como comunicar que usted estará disponible para ofrecer ayuda si la necesita más adelante.

No olvide observar si la persona se encuentra en una situación de emergencia psiquiátrica, pues en ese caso, la aplicación y los resultados de este protocolo pueden ser ineficaces.

6. Identifíquese.

Es fundamental compartir con el afectado su nombre, su institución y las razones de su presencia en ese lugar. Esto creará un ambiente de seguridad para la persona, facilitando la aplicación de los PAP.

Es indispensable portar alguna credencial que lo identifique y que señale la organización a la que pertenece. Así como es necesaria su presentación, también lo es conocer el nombre y datos generales acerca del afectado (ej. quién es, qué estaba haciendo allí, quién lo acompaña, etc.).

3.1 A: Escucha Activa.

En los últimos años ha aumentado el uso del término “escucha activa” en distintos ámbitos. Existen un sinnúmero de ideas en torno a ello. No es poco frecuente encontrarse con que términos que se popularizan terminan volviéndose “macro conceptos” es decir, conceptos genéricos que engloban a muchos otros conceptos y que al final terminan desdibujando los límites de su significado original. La consecuencia gramatical termina siendo la incorrecta flexibilización de su uso.

Para hacer un uso preciso del término resulta afectivo adherirse a definición que ofrece Wikipedia (2021), la cual dice que:

“La escucha activa consiste en una forma de comunicación que demuestra al hablante que el oyente le ha entendido. Se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo”.

A partir de esta definición podemos extraer tres puntos clave del proceso:

1. El oyente (receptor) demuestra interés y la comunicación fluye superando los obstáculos que puedan surgir.

a) Demostrar interés.

El primer beneficio importante de la escucha activa es crear una relación interpersonal más completa. No es de sorprender que el intercambio de información y el interés genuino expresado por ambas partes optimicen la relación.

La interacción gana calidad cuando el oyente está lo suficientemente preocupado como para prestar atención, hacer preguntas y ser consultivo durante todo el proceso de comunicación.

La conversación es una primera etapa en el desarrollo de un vínculo donde la confianza y la satisfacción de compartir información no se establece por defecto. Son las inversiones de atención, el buen trato y una correcta intencionalidad la fórmula para estimular el interés. En una conversación de calidad suceden varios tipos de interés de forma simultánea:

- Interés en la persona.
- Interés en la conversación
- Interés en el objetivo de esa comunicación.

b) Lograr una comunicación fluida.

Según la Psicología del lenguaje (Cuetos, González y Vega, 2015) sobre la fluidez en la comunicación se puede conocer que: Fluidez es la capacidad de un discurso de expresarse correctamente con cierta facilidad y espontaneidad.

La fluidez se establece tres áreas (Cuetos, González y Vega, 2015):

- Capacidad para crear o reproducir ideas (área creativa).
- Capacidad para producir, expresar y relacionar palabras (área lingüística).
- Capacidad para conocer el significado de las palabras (área semántica).

Cualquiera que ha enfrentado el establecer comunicación con un interlocutor por primera vez sabrá de la dificultad que supone. Mayor es esta dificultad cuando estamos ante una situación de catástrofe o crisis, donde el ambiente es caótico y el habla de los involucrados en ocasiones se ve alterada como reflejo psíquico ante los acontecimientos.

Superar los “obstáculos” en la comunicación, supone identificar todas aquellas interferencias intrínsecas y circunstanciales que pueden impedir, dificultar o diluir los esfuerzos comunicativos, y a pesar de ello hallar la forma de lograr las tres áreas de la fluidez (creativa, lingüística, semántica).

A continuación, se presentan los obstáculos (o barreras) de la comunicación más comunes en el ámbito de la Asistencia Psicológica de Primeros Auxilios.

c) Sortear los obstáculos habituales de la comunicación.

- **Barreras semánticas.**

Este tipo de interferencias (Jasinski, 2008) están relacionadas con el significado de las palabras. Esto sucede cuando no entendemos una palabra en su contexto o le damos un significado equivocado. Los problemas pueden ser generados tanto por la persona que emite el mensaje como por la que lo recibe.

Cada tipo de población, e incluso podríamos indicar que casi cada persona, posee variaciones semánticas del lenguaje donde el significado de las palabras, su relación con otras palabras y su idea conceptual es distinta. En uno o varios aspectos.

El abordaje de PAP no es muy distinto en este sentido a la comunicación que se presentaría en cualquier otro ámbito. Sabemos por experiencia propia que los malentendidos son una parte inherente al lenguaje, denotan simplemente una diferencia semántica entre el hablante y el oyente.

Sabemos también que no es obligatorio poseer la misma semántica para hacernos entender y ser entendidos. Basta con tener la intención de querer comprender lo que nuestro interlocutor intenta transmitir para encontrar una forma acertada de interpretar el mensaje.

- **Barreras psicológicas.**

Las barreras de carácter psicológico tienen que ver con la situación concreta del emisor o el receptor. El estado emocional y el tipo de relación que mantienen ambas partes afectan en el desarrollo de la comunicación. Cómo nos ven o lo que conocen de nosotros puede determinar la comunicación (Jasinski, 2008). Podemos mostrar simpatía o rechazo al mensaje por los prejuicios o las experiencias previas.

Hay que recordar que la ayuda es una relación interpersonal. Al inicio de este capítulo se señaló que mostrar interés y disposición es una forma de fluir en la conversación y de sentar las bases para sortear las barreras psicológicas más comunes en el inicio de una interacción.

Capítulos atrás se describió como los efectos emocionales inciden en la capacidad que una persona tiene para comunicar. A la par que se reestablece la confianza psicológica la expresión completa de los individuos se reivindica. De tal manera, que, para el caso de los PAP, lo que en otros ámbitos pudiera considerarse un obstáculo, puede ser en este caso conciliado como un marcador relevante que da señal del progreso en la restitución de las facultades emocionales.

- **Barreras fisiológicas.**

El estado físico también determina el buen funcionamiento de la comunicación. Un nivel alterado, independientemente del motivo, perjudicará al intercambio informativo. Por ejemplo: las personas ebrias, confusas o somnolientas.

En este mismo sentido, las deficiencias físicas en los sentidos como la sordera aumentarán el riesgo de malentendidos si el mensaje no se adapta a las necesidades. Así como, la mala caligrafía impacta en la diligencia de la comunicación escrita.

La ayuda como relación interpersonal considera no solo lo que se puede lograr a través de la comunicación. Es también relevante el tema del acompañamiento y la

supervisión. Una persona que asiste en PAP puede, bajo las circunstancias que lo demanden, considerarse un interventor generador de acciones de soporte.

Como, por ejemplo: guiar a la persona a un lugar seguro; evitar que los bienes de una persona sean sustraídos por gente que se aproveche de la situación; dotar de información que resulte relevante; y coordinar esfuerzos para la llegada de asistencias médicas, policiales o de salvamento.

- **Barreras físicas.**

Estas son las más fáciles de entender. Son aquellas que reportan dificultades por el entorno en el que se encuentran las personas (Jasinski, 2008). La luz, el ruido o la distancia son algunos de los aspectos más frecuentes. También afectan los problemas en los dispositivos a través de los que nos comunicamos. Por ejemplo: la mala cobertura en los teléfonos móviles.

En catástrofes y desastres naturales son especialmente frecuentes las dificultades para establecer comunicación. Existen algunos escenarios con determinadas características donde la asistencia de los PAP se lleva a cabo antes que la asistencia de salvamento o la asistencia médica.

Como lo puede llegar a ser el caso de inundaciones. En estos casos puede suscitarse que las personas permanezcan en zonas de resguardo momentáneo esperando evacuación por parte de equipos a cargo.

En estos casos la intervención de PAP es especialmente relevante pues busca restablecer capacidades de afrontamiento para atender la propia situación, responder ante posibles eventualidades y obtener información actualizada sobre la situación e indicaciones de seguridad.

Bajo estas circunstancias particulares, se debe intentar saldar la intervención buscando los medios que se adapten a las condiciones físicas.

- **Barreras administrativas.**

Al contrario que las anteriores, estas pueden ser menos reconocibles. Pero tienen gran importancia. Se trata de aquellas barreras que tienen que ver con la administración de la comunicación (Jasinski, 2008).

Los accidentes atraen la atención de las multitudes. Las personas tienen (por distintos motivos) el deseo de ayudar a otras en situaciones de accidentes. Algunas se acercarán para observar los hechos de manera curiosa. Esta es una circunstancia frecuente que eleva el ya de por sí caótico entorno que rodea los percances.

Quién no tiene un rol profesional en PAP, pero desea mantenerse informado y capacitarse para asumir este rol ante un imprevisto que se presente en el curso cotidiano de sus actividades, se verá enfrentado a esta situación. Y puede tomarle desprevenido.

Muchas personas tienen la noción del “soporte psicológico”, incluso puede ser que algunas de forma intuitiva tengan un buen desempeño. No obstante, información de capítulos anteriores nos señala que; una mala intervención en este tipo de asuntos puede resultar contraproducente, por más buenas que sean las intenciones. Por tal motivo podemos encontrar resistencia administrativa proveniente de las autoridades.

Por tanto, es necesario asumir el manejo de la situación en las labores correspondientes. Esto significa hablar al grupo de personas que se reúnan alrededor de los hechos para poner en aviso que se llevara a cabo un protocolo y que el bullicio y la intervención fuera de facultades puede entorpecer las acciones. De esta misma forma convenir los términos de la intervención con autoridades y otros cuerpos de urgencias.

d) Mantener el foco en el discurso de la otra persona.

La atención es un proceso psicológico básico e indispensable para el procesamiento de la información bajo cualquier modalidad (imágenes, palabras, sonidos, olores, etc.) y para la realización de cualquier actividad. Su función es seleccionar del entorno los estímulos que son relevantes para llevar a cabo una acción (Ríos, Muñoz y Paúl, 2007).

Ayuda, facilita y participa en todos los procesos cognitivos superiores (Londoño, 2009). Es un proceso activo, no estático (Luria, 1984), que depende de los intereses, expectativas y experiencias previas del sujeto, por lo que exige una alta implicación conductual y emocional por parte del individuo.

La motivación es un regulador de la atención, por lo que, si las motivaciones son las correctas la atención tiene mayor probabilidad de suceder en las formas que se espera. La motivación (Garrido, 2000) juega un papel relevante en la capacidad atencional ya que impulsa nuestra conducta según los objetivos, intenciones, expectativas y/o premios pretendidos.

La atención sostenida por su parte se define como la capacidad para mantener el foco atencional en una actividad o estímulo durante un largo periodo de tiempo (Londoño, 2009). Es decir, la atención sostenida es lo que nos permite centrarnos en una actividad durante el tiempo necesario para llevarla a cabo, incluso a pesar de la presencia de distracciones. Suele dividirse en vigilancia (detectar la aparición de un estímulo) y en concentración (fijar la atención en un estímulo o actividad).

Hemos de diferenciar dos dimensiones de la atención: la intensidad y la selectividad. La intensidad tiene relación con el “grado de concentración” hacia una tarea o acontecimiento, así como la capacidad de atención sostenida. Ésta variará principalmente en función del grado de interés y el significado de la información. La selectividad se divide en focalizada y dividida.

En síntesis, la capacidad atencional se encarga de seleccionar de entre varios estímulos “el” o “los” más relevantes y, a su vez, ayudar a mantener la atención por

períodos de tiempo limitado, e incluso alternando, pasando de una tarea a otra, con el fin de lograr un objetivo (Londoño, 2009).

Esta habilidad cognitiva es muy importante puesto que nos permite ser eficientes en nuestro día a día. Afortunadamente, la práctica y el entrenamiento cognitivo puede mejorar nuestra atención sostenida, y como consecuencia, la capacidad para centrarnos en un estímulo o actividad durante un periodo extenso de tiempo.

Haciendo un recuento, la escucha activa demanda interés, esta es la parte actitudinal (motivación correcta) y de igual forma requiere atención sostenida (alta intensidad de la concentración y selectividad focalizada).

Se ha mencionado el carácter caótico de los entornos de desastre. Este entorno mantiene activa la capacidad de vigilancia. Es probable que la persona o grupo de personas que intentamos ayudar se verán frecuentemente distraídos por el aumento de la sensibilidad ante estímulos como ruidos, movimiento y luces.

Por nuestra parte también podemos vernos sorprendidos por algún hecho, aunque no amerite dedicar atención. Debemos reconocer que la distracción es un fenómeno normal en este tipo de entornos. Lo importante es que tan pronto nos identifiquemos distraídos devolvamos la atención hacia nuestra contraparte en la conversación.

Continuando con otra consideración, un vicio que disminuye la calidad de la comunicación es simular atención sin comprender lo que se está hablando. La atención sostenida en la escucha activa requiere de focalización interna. A su vez necesitar ser comunicada a nuestro interlocutor por medio de expresiones de interés como gestos, expresiones verbales y no verbales.

En caso de que alguna información no se comprenda, o se requiera clarificar la semántica para extender la comprensión de lo escuchado, se pueden llevar a cabo una serie de actividades de consulta que parten de los conceptos del siguiente punto.

2. El oyente (receptor) entiende lo que se dice y lo que se expresa: Entiende el mensaje en toda su amplitud.

El producto de la escucha activa consiste en entender aquello que se transfiere verbalmente pero también aquello que se expresa por los distintos canales de la comunicación. Para ello se aconseja atender algunas de las siguientes consideraciones.

a) Interpretar de forma correcta señales verbales.

- **Respetar los silencios.**

En la escucha activa se aceptan los silencios como parte de la comunicación. No se obliga a hablar si no se requiere. El silencio es recibido con respeto y paciencia. Una

persona que refiere que ha sufrido un altercado emocional puede estar intentando poner en orden sus pensamientos para expresar lo que desea. Si una persona guarda silencio no debemos caer en la trampa de la impaciencia y comenzar a hablar solamente nosotros.

- **Detectar las inflexiones en la voz.**

Todo buen oyente detecta las señales particulares de la voz, interpreta los matices y los cambios de voz de forma acertada. La voz puede dar abruptos saltos cuando se va de una emoción a otra. Reconocer “la emocionalidad de la voz” es de suma utilidad para definir los contenidos del discurso.

- **Reconocer el tono de la conversación.**

¿Cómo influyen las emociones en la voz? ¿La voz refleja nuestro estado de ánimo? La experta Carolina Vittar Paz, logopeda del Colegio Profesional de Logopedas de la Comunidad de Madrid (CPLCM), explica así (EDIZIONES, 2020) que la voz es fundamental para nuestra comunicación, y es la responsable de transmitir un mensaje junto con las emociones presentes en él:

"Nuestras emociones pueden tener mayor o menor intensidad, pero gracias a que las personas tenemos una capacidad increíble de adaptación podemos conseguir que nuestra voz, nuestro cuerpo, nuestras emociones, y nuestros mensajes se ajusten a nuestras necesidades del momento".

— Señala la también especialista en Ciencia Vocal.

Y según defiende, en nuestro día a día estamos continuamente afrontando situaciones, retos y problemas donde nuestra voz tiene una gran importancia tanto a nivel personal, como social y profesional:

"Cuando hablamos lo hacemos con todo nuestro cuerpo, y nuestra voz se produce gracias a la sincronización del sistema fonatorio y a la voluntad de la persona".

- **Registrar la intensidad de la voz.**

La intensidad (Strik y Boves, 1991) en la voz se relaciona con la amplitud de la frecuencia, depende principalmente de la presión sonora y se relaciona en proporción directa con el volumen. En la voz humana la intensidad se regula mediante el control del proceso de inspiración y expiración.

En la intensidad lo que se debe buscar no es la proporcionalidad en relación directa con las emociones. Debido a que cada persona posee su propio rango de intensidad de voz. Lo que se valora es la variación en intensidad para indagar en los puntos que puedan suscitar interés.

- **Dar espacio a expresiones como el llanto y desahogo.**

Se denomina llanto al derramamiento de lágrimas que, por lo general, se lleva a cabo junto a sollozos y quejidos. Aunque no hay evidencias de que llorar proporcione beneficios físicos sí es cierto, por el contrario, que las personas suelen sentir alivio a la tensión emocional “por esa sensación de descarga”. Explica para el diario La Vanguardia de España la doctora Elena Jarrín Oftalmóloga (Lozano, 2019).

Se debe dar un espacio temporal para el llanto y el grito, estas son formas de desahogo emocional que las personas eligen como necesarias. El llanto, sollozos y quejidos son expresiones de afrontamiento en algunos individuos (Barrett, 2017). Sin embargo, cuando el llanto y los gritos son inconsolables puede ser una señal de cuidado que requiere de apoyar para guiar hacia la calma y trabajar en el proceso de contención.

- **Interpretar de forma correcta las señales no verbales.**

En la escucha activa no basta con centrarse en las señales auditivas, conlleva adicionalmente observar con atención las señales visuales que integran el mensaje.

El lenguaje corporal es una herramienta fundamental para transmitir información. Manifestamos expresiones corporales todo el tiempo; las posturas, los gestos y el contacto visual cambian dependiendo de aquello que pensamos, percibimos y, de forma más frecuente de la que podríamos suponer, mostramos reacciones corporales involuntarias.

De esta misma forma, aunque no seamos conscientes del todo, solemos considerar las señales no verbales como información relevante para interpretar los mensajes que recibimos. Si recapacitamos sobre esta característica del lenguaje podemos lograr estar más atentos para mejorar el entendimiento durante la comunicación.

Entre los componentes no verbales más destacados se encuentran:

- Contacto visual.
- Expresión facial.
- Gestos corporales.
- Postura.
- Proximidad espacial con la otra persona.
- Contacto físico con el interlocutor.
- Motricidad.
- Reflejos.

A la vez que observamos y analizamos la información que pueda entregarnos el registro de los componentes no verbales debemos asegurarnos de transmitir calma, seguridad y atención por medio de estos mismos componentes. Asentir con la cabeza, mantener contacto ocular directo pero suave, pronunciarse con gestos faciales acordes al mensaje que recibimos, y denotar interés por medio de la postura.

b) Indagar con curiosidad genuina.

Conviene tener en cuenta que en todo proceso de transmisión de información por medio del habla se produce paulatinamente una reducción del contenido del mensaje:

- ↪ Lo que se quiere decir.
- ↪ Lo que se dice.
- ↪ Lo que se escucha.
- ↪ Lo que se entiende.

Basándose en este decremento progresivo del significado se puede aseverar que: “El mensaje enviado no es, necesariamente, el mensaje recibido”. A este proceso se puede añadir una pérdida extra de información si se contempla “lo que se retiene” y “lo que se reproduce” al devolver el mensaje para continuar la conversación.

Los pasos del Protocolo A B C D E pueden suceder de forma secuencial o alterada pero las características de la escucha activa deben mantenerse en todo momento. La etapa dedicada en exclusiva a la escucha activa puede durar entre 10 y 20 minutos según la necesidad.

Esta comienza a modo de una conversación amena donde se indaga por medio de preguntas sobre la situación, la biografía, los sentimientos y las necesidades de la persona que requiere apoyo.

Existen algunos ejemplos del Protocolo A B C D E de lo que la persona que brinda servicio puede utilizar para invitar a comenzar el trabajo. Como la siguiente frase:

“Mi nombre es ___ y hoy estoy aquí para ofrecerle mi ayuda. Primero, y solo si usted desea hablar de ello, vamos a conversar sobre lo que le ha pasado. Luego, si Ud. lo acepta, le enseñaré algunas sencillas técnicas de relajación que le serán muy útiles. Finalmente, veremos en conjunto cómo puede acceder a algunos servicios sociales según sean sus necesidades. ¿De acuerdo, alguna pregunta?... ¿Quisiera contarme algo de lo que le está pasando?”.

Acotación: Es preferible invitar al afectado a referirse al personal de servicio de apoyo por su nombre y no por su rol. Esto genera cercanía y confianza y facilita la interacción.

Como ya sabemos, la comunicación tiene un componente de contenido y un componente de relación. Establecer una comunicación productiva supone, además de una transferencia de información exitosa, establecer un vínculo positivo donde se crea un ambiente seguro para la expresión. La clave está en la comunicación asertiva.

c) Comunicación asertiva.

Se basa en una actitud personal positiva a la hora de relacionarse con los demás y consiste en expresar las opiniones y las valoraciones, evitando descalificaciones, reproches y enfrentamientos. Es una de las vías más adecuadas para la interacción y la comunicación entre las personas. Manejar este estilo de comunicación es fundamental al interactuar con pacientes, familiares, testigos, compañeros, otros profesionales, etc.

La comunicación asertiva permite en una situación de crisis, eludir el carácter caótico que suponen estos tipos de eventos extraordinarios. Para poder establecer una relación sin añadir fricción estresante a personas que ya de por sí se encuentran en un estado de ánimo exaltado.

Permite además indagar sobre los hechos, permitiendo expresar ideas, deseos, sentimientos y necesidades. Promoviendo un entorno seguro donde existe espacio para el fallo, la vulnerabilidad, el respeto y se reconocen los diferentes puntos de vista (aunque no se compartan).

De esta forma, desde el rol de PAP, se elaboran preguntas con interés genuino en la otra persona y su situación, se formulan respuestas empáticas y se da un intercambio de información abierto.

3. El hablante (emisor) comprueba que la comunicación se ha logrado con efectividad ya que el oyente (receptor) así lo demuestra.

a) Clarificar: Uso del parafraseo o reformulación para corroborar la información.

La clarificación es una técnica bastante usual dentro una gran parte de los servicios de atención psicológica y psiquiátrica. La clarificación consiste básicamente en corroborar, verificar o comprobar las ideas que subyacen alrededor de una situación determinada por parte del hablante. Esto para asegurarse que lo que el emisor desea transmitir es lo que entiende el receptor.

La clarificación comienza en primera persona. Para que una persona se exprese con claridad primero debe tener claridad sobre sus ideas. Hay que recordar que los contextos de intervención son situaciones extraordinarias donde las respuestas normales y esperadas son: la duda, la incertidumbre, el miedo y el sobresalto.

Las reacciones son amplias, por lo que para poder ser específico con las ideas, en primer lugar, es preciso acotar al máximo el ámbito sobre el que se pretende reflexionar.

El apoyo asistencial puede guiar esta acotación por medio de una serie de preguntas específicas. Se puede preguntar, por ejemplo:

- ¿Dónde estaba usted durante el desastre?
- ¿Resultó herido?
- ¿Usted presenció a alguien herirse?
- ¿Alguien le acompaña en este momento?

La forma de comenzar a indagar sobre las dimensiones del problema consiste en el esfuerzo deliberado de parte de las asistencias por comprender de un modo claro las características del problema que ha generado la situación crítica en la persona. Explorar de forma breve acerca de:

- El pasado inmediato.
- El presente.
- Recursos personales (modos de afrontamiento).
- Recursos sociales (formas de expresión).
- Posibilidad de mortalidad y morbilidad.
- Identificar sus redes de apoyo: familia, amigos, trabajo, pareja.
- Desencadenantes que precipitaron la crisis: Económicos, sentimentales, duelos o pérdidas y sociales.

Recapitulando... Hacer preguntas concretas y específicas tiene dos objetivos:

1. Apoyar al afectado a sopesar sus pensamientos enfocándose en ideas alrededor de un hecho particular.
2. Entender con precisión desde la parte de la asistencia determinadas dimensiones de un caso.

Las preguntas de clarificación deben usarse con medida, bajo la consideración de los propósitos antes mencionados. Asimismo, dar lugar a “preguntas abiertas” que permitan la expresión del asistido. En muchas ocasiones las preguntas de clarificación son “preguntas cerradas” donde la respuesta se reduce a un dato específico o se limita a negar o afirmar. Una de las trampas en las que no se debe caer es desviar el foco del objetivo primordial de la escucha activa. Hay que recordar que el objetivo primordial de la escucha activa es generar un efecto analgésico y una sensación de alivio de las personas afectadas.

b) Hay que confirmar que nos mantenemos escuchando.

Tan importante es el aspecto profundo de la escucha; la entrega de la atención y el trabajo de clarificación, como el aporte de evidencias que así lo manifiesten.

Algunas de las formas de transmitir que se está escuchando con atención son:

- **Mantener contacto visual y físico.**

Las herramientas de comunicación actuales nos permiten (en los casos que se requiera) aplicar PAP a distancia. Como, por ejemplo: por la vía telefónica, llamadas por video o por otras herramientas orientadas a estos mismos fines. En tales casos responder con contacto visual y táctil para presentar atención no es posible de la misma forma que en la asistencia presencial.

En el subtema dedicado a la atención vía remota abordaremos las respectivas consultas sobre el tema, pero por ahora se definen las recomendaciones habituales para la modalidad presencial de los PAP.

En este trabajo se ha mencionado con anterioridad el papel de la observación como parte de la repuesta de apoyo. Tanto la vista como la audición deben enfocarse en la persona atendida. Mirar directamente a los ojos es una forma adecuada de evidenciar interés y atención. Intercalar el contacto visual directo con pequeñas pausas para distender la mirada es una forma útil para relajar la conversación.

Muchas de las recomendaciones encontradas en manuales y guías deben ser tomados en consideración, pero están dispuestas a la flexibilidad de uso dependiendo las circunstancias de cada caso.

Por ejemplo: ciertas personas pueden encontrar intimidante la mirada directa. Mientras para otras cualquier desvío de la mirada les puede hacer pensar que no hay suficiente interés por permanecer en la conversación.

De los temas relacionados a las estrategias de comunicación se puede hablar de un sinfín de cuestiones. Finalmente, cada persona ira detectando de forma práctica ciertos patrones de comportamiento favorables para llevar a cabo la parte actitudinal de la intervención, a medida que vaya adquiriendo experiencia implementando el protocolo.

El tema del contacto físico es un peldaño más complejo, debido a que se trata de un acercamiento de carácter más íntimo. En la consulta de distintos manuales y trabajos sobre PAP se encontró que el contacto físico:

- Se usa para consolar y ayudar a contener.
- Solo se aceptan las formas más sociales de contacto físico.
- Dispone del avance en la confianza.
- Es fraternal pero siempre protocolar.
- No es necesario en todas las intervenciones.
- Exige un trabajo de calibración social.
- Dispone del uso de la proxémica.

- **Considerar la proxémica.**

Abordado el contacto físico desde la proxémica podemos generar gestos corporales manteniendo la suficiente distancia para generar comodidad. La proxemia (del latín, *proximus* «muy cercano») se entiende como el uso que se hace del espacio personal, es decir, el espacio que rodea nuestro cuerpo (Hall, 1959). Esto permite crear un marco de interacción conforme con las dimensiones espacio—temporales que expresan diversos significados, los cuales responden a un complejo sistema de restricciones sociales, relacionado con el sexo, la edad y la procedencia social y cultural de las personas.

Se trata de una disciplina de la semiótica (Greimás y Courtés, 1982) dedicada al estudio de la organización del espacio en la comunicación lingüística. Más concretamente, la proxémica estudia las maneras que siguen las personas a la hora de estructurar y utilizar el espacio. La proxémica entonces se dedica a estudiar las relaciones de distancia y espacio que hay o no entre los interactuantes. Estas relaciones de distancia se vinculan también con el tema de la conversación, las posturas y el contacto físico y su significado.

Otra definición sobre proxémica (Hall, 1959) se refiere al empleo y a la percepción que el ser humano hace de su espacio físico, de su intimidad personal y de cómo y con quién lo utiliza.

Además, la proxémica está relacionada con las culturas y la territorialidad, es decir, la estructuración de los espacios y la percepción de ellos. Así como también con el análisis de la influencia gestual corporal en el comportamiento comunicativo.

Para ponerlo en cuestiones más simples, cuando estamos bajo un estado emocional determinado tendemos a ciertas expresiones corporales. Por ejemplo: cuando interpretamos declaraciones verbales dirigidas a nosotros como ataques personales tendemos a adoptar (de forma poco consciente) posturas donde cubrimos cierta parte de nuestro cuerpo o usamos objetos que puedan servir de “barreras simbólicas” (Figuroa-Saavedra, 2009).

Cuando estamos nerviosos a menudo nos ponemos a jugar con objetos frente a nosotros. Como tendemos a sostener un vaso, o el bolso, o algún otro objeto frente a nuestro tronco, o apretar un libro contra nuestro pecho cuando detectamos algo de tensión en una situación. Estos pequeños gestos cumplen la función de “escudo simbólico” porque no sentimos que sea seguro bajar la guardia cuando nos sentimos así. (Figuroa-Saavedra, 2009).

Esta es una forma de interactuar con nuestro entorno. Esto es fácil verlo en los niños, si nos fijamos los niños más tímidos (o incluso los menos tímidos) cuando no se sienten seguros tienden a agarrarse a su manta o a un peluche. El niño sabe que ni la manta ni el peluche lo van a proteger de nada, pero es una descarga emocional que realmente funciona a la hora de sentirse mejor. En esos casos los niños están usando su entorno para consolarse.

Podemos usar la proxémica en los PAP para detectar las necesidades de tal manera que demos prioridad de atención hacia aquellos que muestren respuestas corporales comunes de guardia, defensión y temor.

También es una forma de guiar nuestra intervención obteniendo señales de aprobación para dar el contacto físico, para reconocer los puntos emocionales que necesitan más trabajo y como referente de mejora emocional.

La invitación está abierta para consultar más al respecto de este interesante tema e incluir, bajo criterio, aquellos elementos que se consideren idóneos en intervenciones.

- **Asentir, parafrasear y dar señales verbales de escucha.**

A nivel verbal (hablando) también podemos demostrar que escuchamos. Hay una serie de habilidades verbales que empleadas en dosis y momentos adecuados son señaladores de escucha.

Es usual que cuando hablamos esperamos frases de correspondencia o acuerdo:

- *“Te escuchó”*
- *“Sí”*
- *“Entiendo”*
- *“Sígueme contando”*
- *“Entiendo lo que debiste sentir”*
- *“Puedo entender lo que me cuentas”*
- *“Sé lo que quieres decir”*
- *“¡Okey!”*
- *“Ya veo”*
- Etc...

De igual forma, un pequeño movimiento vertical con la cabeza (gesto de asentir) es una convención social que expresa un grado positivo de acuerdo, ver a alguien mover sutilmente la cabeza puede cambiar positivamente la actitud del observador hacia esa persona.

Ya existen numerosos estudios que han revelado que diversas señales propias de la comunicación social (por ejemplo, la dirección de la mirada y las expresiones faciales) desencadenan diferentes procesos que pueden influir en la formación de las impresiones de los rasgos de personalidad.

En un estudio de 2018 realizado por Jun I. Kawahara profesor asociado de la Universidad de Hokkaido y Takayuki Osugi profesor asociado de la Universidad de Yamagata, se concluye que asentir con la cabeza (sin necesidad de ofrecer verbalmente la aprobación) provoca un inmediato efecto de afabilidad en los demás.

Con este estudio se amplía la justificación para incluir el gesto de asentir como factor de influencia en las sensaciones subjetivas sobre los demás. Lo que sugiere que el sistema cognitivo humano interpreta y califica las impresiones faciales al asociar los movimientos de la cabeza (por ejemplo, asentir con la cabeza) con valencia positiva (por ejemplo, aprobación).

Asentir con la cabeza tiene un par de ventajas sobre las expresiones verbales. Cuando ofrecemos señales verbales nuestro interlocutor podría llegar a interpretar que queremos tomar la palabra o esperar constantemente a lo largo del discurso que se reaccione con esta clase de expresiones. En algunos casos, si el voluntariado de PAP comienza a ofrecer expresiones de consenso o acuerdo se puede estar guiando el discurso del intervenido (de manera involuntaria) hacia la búsqueda de aprobación.

En búsqueda de estimular la conversación nos encontramos con que para poder corroborar que hemos interpretado de manera adecuada una idea, y al mismo tiempo transmitir al emisor que hemos realizado tal esfuerzo, podemos usar la técnica del parafraseo.

La paráfrasis (Knapp, 1980) se puede alcanzar formulando un mensaje absolutamente nuevo, diferente al original, pero manteniendo la misma idea de nuestro interlocutor. También, se puede recurrir al uso de sinónimos que reemplacen algunas de las palabras que habían sido utilizadas en el mensaje original.

El nuevo mensaje (paráfrasis) puede agregar nueva información o repetir una determinada información a modo de corroborar que se ha escuchado, se ha entendido o a modo de proponer una síntesis de lo dicho. Ante una distorsión semiótica es necesario que quien reformula utilice su propio léxico. De esta forma explicamos lo que hemos comprendido de una situación y se asigna una configuración semántica propia para verificar así que hemos recibido el mensaje con efectividad.

Esta técnica también puede ser utilizada para ayudarnos a clarificar un mensaje dotando de expresiones más concretas una idea que, a pesar de ser entendida, puede ser nuevamente formulada con expresiones más convencionales. Usar expresiones frecuentemente escuchadas en el ámbito social forma "puentes de comunicación" donde las personas se sienten más comprendidas y ágiles para comunicar su mensaje.

Es especialmente interesante el hecho de que, no solo las expresiones coloquiales aportan claridad al discurso. Todos nos hemos encontrado en situaciones donde una determinada palabra, aunque posea una adopción escasa en el ámbito informal, puede ser el término que requiere un mensaje para ser claro y específico.

Quien participa de conversaciones puede compartir su dominio léxico (o uso del vocabulario) por medio del parafraseo. Siempre con la intención adecuada y de forma sutil. Permitiendo así a su interlocutor alcanzar nuevas expresiones más representativas de una idea.

Las buenas conversaciones poseen un sentido dinámico. Donde no solo se dice y se escucha. En un determinado punto se puede hablar de que la conversación construye significado en el intercambio de ideas.

c) Devolver una respuesta asertiva y empática.

La parte culmen de la escucha activa es la generación de respuestas asertivas y empáticas. Esta es la diferencia fundamental con la forma básica de la escucha.

Finalmente, para concluir el punto A de este protocolo, estas son algunas de las recomendaciones para dar una respuesta asertiva y empática en la atención de los Primeros Auxilios Psicológicos. Tabla extraída del Manual de Primeros Auxilios Psicológicos de UIPC CUCS Universidad de Guadalajara (Hernández, Gutiérrez, 2014):

Tabla 4. Recomendaciones para dar una respuesta asertiva y empática.

Recomendación	Descripción de la respuesta
Enfocarse en el problema	Mantenerse en la catarsis emocional que implica el problema
Valorar áreas más afectadas	Valore las áreas CASIC (Conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognitiva)
Identificar la pérdida	Entender cuál fue la pérdida y cuál es el significado para la persona
No confrontar o interpretar	No rechazar lo que la persona diga hasta que se establezca un vínculo de confianza y no obligar a cambiar su estado emocional
Motivar para que ser más propositivo	Motivar a la acción y reforzar cada logro que se tiene
Sujete al deseo de vida	Intente crear un deseo de vida en la persona, planteándole actividades que podría realizar a futuro
No debata o discuta	No confrontar las creencias irracionales de la persona afectada y evitar comentarios idealistas
Sugiera opciones posibles	Ayude al individuo a encontrar metas y objetivos realistas
No dé consejos directos	Guíe a la persona para que busque posibilidades y dé opciones a su elección

Sea paciente, no precipite una respuesta	Establezca confianza y movilice sus recursos
Realice las cuatro preguntas básicas	¿Cuáles son sus ideas sobre el problema? ¿Qué ha hecho usted para mejorar? ¿Qué se lo ha impedido? ¿Conoce a alguien que le pueda ayudar?
Deje que el sujeto establezca el ritmo	No apresurar a la persona afectada
No prometa lo que no puede cumplir	Se pierde la credibilidad y se genera desconfianza
Promueva el sentido de esperanza	Aliente a la persona afectada a reflexionar sobre las esperanzas después de la situación
Mantenga la conversación	Enfocada en la persona, pero sin entrar a situaciones personales
Corrobore los datos obtenidos	Además, puede ser un buen momento para obtener datos que en un inicio no se obtuvieron
Fomente la búsqueda de ayuda posterior a la situación	Puede ser a través de líneas telefónicas o un centro de servicios psicológicos especializados
Use información oficial o basada en evidencia	La información oficial debe ser su fuente de verdad, precise si se trata de una información provisional o verificada

3.2 B: Ventilación.

El segundo paso de este modelo de Primeros Auxilios Psicológicos o Paso B es el reentrenamiento de la ventilación. El reentrenamiento de la ventilación es un ejercicio de respiración que se ha visto que es muy efectivo para ayudar a la persona para recuperar la calma de manera lo más precoz posible y mantener esa calma durante el tiempo.

Es un saber popular que la manera en cómo respiramos influye en el estado emocional de las personas. Es un saber que incluso se remonta a varios miles de años atrás, a través de la práctica del yoga o la práctica de la meditación. Los monjes budistas utilizan las técnicas respiración para poder regular sus emociones y hoy día contamos con información científica que corrobora esa información y que ha demostrado que la manera en cómo respiramos cambia el funcionamiento cerebral en aquellas zonas que son responsables del estado emocional.

Es importante tener presente que esta técnica toma cierto tiempo, por lo regular diez minutos en ser utilizada. Y no siempre va a ser necesaria. Por lo tanto, lo vamos a usar en

aquellas personas en que veamos que están demasiado desbordadas emocionalmente como para poder pensar con tranquilidad y ordenar las necesidades que tienen en el momento.

¿En qué consisten las rutinas de respiración? El primer paso es inspirar durante cuatro tiempos, luego botar durante cuatro tiempos y en vez de volver a inspirar luego de haber botado el aire como normalmente lo haríamos, vamos a aguantar cuatro tiempos más antes de repetir el ciclo.

Podemos ayudar a la persona a que aprenda a respirar de esta manera acompañándola en los primeros momentos mientras ella realiza el ejercicio. Entonces podemos decirle, por ejemplo:

“Inspiré dos tres cuatro exhalé, ... dos, ... tres, ... cuatro, ... aguante, ... dos, ... tres, ... cuatro, ... y volvemos nuevamente a empezar”.

Es importante que este ejercicio una vez que se comienza se mantenga idealmente durante unos diez minutos.

Una vez que se haya aprendido a hacer este ejercicio se le puede pedir a la persona (para poder mantener el efecto) que repita el ejercicio al menos tres veces al día. Luego de levantarse, luego de almorzar y antes de irse a dormir y en momentos donde la persona se sienta ansiosa. Puede apoyarse de aplicaciones para teléfono móvil que ayudan a recordar los ejercicios y guían mediante diversas prácticas de respiración como una llamada *Breath Pacer* y otra llamada *Paced Breathing*.

Explique que la forma como respiramos influye en nuestras emociones, y que es por eso que en el yoga y la meditación se trabaja con la respiración. Recuerde que este y otros pasos pueden aplicarse siempre y cuando la persona quiera recibirlo.

Los pasos que puede seguir son los siguientes:

1. Presente y explique en que consiste la mecánica del ejercicio.

“Ahora ensayaremos el re-entrenamiento de la respiración: consiste en inspirar, exhalar y luego esperar un momento con los pulmones vacíos hasta volver a inspirar... lo importante es la pausa luego de vaciar los pulmones”

2. Puede pedirle que lo practiquen juntos.

3. Pida a la persona que adopte una postura relajada y cómoda, poniendo los pies en el piso y sintiendo ese contacto.

“Si lo desea y se siente cómodo, puede cerrar los ojos o mirar un punto fijo con la mirada baja. Ahora vamos a intentarlo...”

4. Acomode la duración de los tiempos para que el afectado se sienta cómodo y no se quede sin aire. Los 4 tiempos no siguen necesariamente el tiempo real (en segundos). La duración de los tiempos es variable, según el estado de agitación de la persona.

“Para ayudarse, puede repetir mentalmente y de forma lenta la palabra calma o tranquilo cada vez que bote el aire o puede imaginar que la tensión se escapa con el aire que bota. Intentémoslo de nuevo...”

5. Una vez que el afectado haya comprendido la mecánica puede dejar que continúe solo por 10 minutos, reforzando lo bien que lo está haciendo.

“Muy bien... está haciéndolo excelente”.

Adicionalmente, también puede guiarse utilizando las pautas adaptadas de Foa, Hembree y Rothbaum (2007) para el reentrenamiento de la respiración, que siguen la misma lógica anteriormente expuesta:

- Explique detalladamente la lógica del ejercicio.

“La forma como respiramos modifica nuestras emociones. Cuando botamos el aire nos relajamos más que cuando inspiramos (al contrario de lo que se suele creer), por lo que podemos entrar en un estado de calma si prolongamos el tiempo en que nuestros pulmones están vacíos...”.

- Explique y demuestre la mecánica del ejercicio.

“El ejercicio se trata de que usted inspire en cuatro tiempos, exhale en cuatro tiempos y aguante cuatro tiempos más antes de volver a inspirar. Ahora mire como yo lo hago...” [hágalo usted mismo].

- Acompañe a hacer el ejercicio.

“Ahora lo hará usted, y yo lo acompañaré recordándole cómo debe hacerlo. Inspire... dos, tres, cuatro... exhale, dos, tres cuatro... aguante, dos tres, cuatro...” [repita el ciclo por uno o dos minutos acompañando al afectado].
“Mientras exhala puede pensar en la palabra calma”.

- Indíquele al afectado que lo haga diariamente por diez minutos, tres veces al día (mañana, tarde y noche) y cada vez que se sienta angustiado. Puede ayudarse con las aplicaciones Breath Pacer o Paced Breathing disponible para teléfonos inteligentes.

“Le voy a pedir que realice este ejercicio durante 10 minutos todos los días en la mañana al despertar, después de almuerzo, antes de irse a dormir y cada vez que sienta que está comenzando a angustiarse mucho. Mientras más use esta técnica, más fácil será la próxima vez que la practique”.

3.3 C: Categorización de necesidades.

Luego de un evento traumático es común que se produzca confusión mental y las personas tengan dificultades para ordenar los diferentes pasos que deben seguir para solucionar sus problemas (ej. denuncia de siniestro, llamada a familiares, búsqueda de pertenencias, trámites legales, etc.).

Se puede ayudar mucho a una persona acompañándola en el proceso de jerarquización de sus necesidades. Para luego ayudarla a contactar los servicios de salud y seguridad social que podrán continuar con ayuda dedicada. Recordando que esta es una intervención breve, y el trabajo se centra en ayudar a identificar las necesidades y jerarquizarlas. El mérito del agente voluntario es simplificar las acciones.

Es importante que la persona utilice sus propios recursos o los de sus redes de apoyo personales o comunitarias para hacer frente a la crisis que está viviendo, de manera que lo logrado se mantenga luego de que el agente termine su trabajo.

Como se ha comentado con anterioridad en este documento, es usual encontrar algunas personas que, impulsadas por el furor de ayudar, intenten socorrer de cualquier forma. Dejando fuera el nivel de análisis que requieren esta clase de intervenciones, ya sea porque no se tienen las herramientas para entender la situación, o por la premura de la atención, o incluso por ambas razones.

En el ámbito de la emergencia en México, es de suponer (de acuerdo con la percepción más común de las personas); que los sistemas de seguridad, rescate y emergencia muchas veces no atienden con la prontitud y efectividad que demandan sus obligaciones.

Ante ello, la solidaridad de la población en nuestro país ha demostrado en reiteradas ocasiones su sentido de solidaridad y compromiso para ayudar en situaciones de catástrofe natural, desastre natural y eventos de crisis de diversos tipos.

Es entendible, que veamos de forma frecuente asistencias de carácter improvisado que carecen de metodología de intervención. Bajo esta situación se da uno de los objetivos de este proyecto.

Este trabajo dedicado a los PAP se une a otros esfuerzos que persiguen la meta de acercar a la población en general al conocimiento en temas de atención emocional de emergencia. Para implicarlos en situaciones que demanden asistencia ejerciendo el ejercicio de los PAP con fundamentos para lograr actuaciones efectivas.

Así como la promoción de temas de psicología de primer contacto en situaciones de urgencia. Que sensibilicen sobre la importancia de lograr que, mediante la colaboración de organizaciones públicas y privadas, y contando con los esfuerzos del voluntariado

ciudadano, se logre una mayor cobertura y calidad en los servicios de emergencia (tanto médicos, como de soporte emocional).

Un agente de la atención emocional se diferenciará de uno no capacitado, en la excelencia de su intervención, guiando y limitando su participación, bajo el claro entendido que es el propio afectado quien debe de reconocer y categorizar sus propias necesidades... Y si cabe lugar, facilitar la disposición de servicios y otras ayudas.

El dialogo que se ofrece para alentar la categorización de necesidades es:

- Escuche el relato e identifique las preocupaciones del afectado.

“¿Qué es lo que le preocupa o necesita ahora? ¿puedo ayudarlo(a) a resolverlo?”

- Ayude a la persona a priorizar sus necesidades. Se les puede pedir que distinga entre lo que necesita solucionar inmediatamente y lo que puede esperar.

“Para usted, ¿cuál es su necesidad más inmediata que le gustaría que nos centráramos en este momento?”

Lo que NO se debe hacer o decir:

- Decidir cuáles son sus necesidades, sin prestar atención al relato del afectado:

“Antes que me diga nada, yo creo que lo más importante que usted debe hacer es...”

- Resolver las necesidades a medida que el afectado las va mencionando, sin organizar ni jerarquizar.

Se puede intentar también con las siguientes frases (Cortés y Figueroa, 2016):

- *“¿Cuál cree que es el problema más importante de resolver primero?”*
- *“¿Qué cosas le han ayudado en el pasado cuando ha tenido que lidiar con tanto estrés?”*
- *“Obviamente son muchos problemas juntos que sería bueno ordenar para ir uno por uno... si quiere puedo ayudarle a hacerlo.”*
- *“Entiendo que se sienta sobrepasado. Veamos si podemos identificar al menos tres cosas sobre las que tiene actualmente control para focalizarnos en ellas.”*

3.4 D: Derivación a redes.

Una vez identificadas estas necesidades, asista a la persona a contactar a las personas y/o servicios de apoyo social que podrán ayudarle a satisfacer dichas necesidades.

Siempre que la primera red de apoyo es la familia y los amigos. Para este paso es indispensable que antes de contactar al afectado haya estudiado bien la oferta de servicios de apoyo social disponibles en el lugar donde proveerá los PAP.

Para avanzar a la derivación a redes requiere:

- Que se hayan identificado y priorizado las necesidades.
- Preguntar al asistido por sus redes de apoyo más cercanas e inmediatas.
- Requiere amplio conocimiento de la red de servicios disponibles, partiendo por nivel comunal.
- Requiere trabajar con material impreso, idealmente adaptado a la realidad local.

Lo que debe hacer o decir:

- Facilite el contacto con sus familiares, amigos y/o trabajo. Sugiera llamarlos si es necesario (identifique teléfonos públicos disponibles o gestione un teléfono móvil con su institución).
- Haga sugerencias prácticas sobre cómo recibir la ayuda necesitada. Utilice la información de contacto disponible en el material Servicios y Redes de Apoyo.

Lo que NO debe hacer o decir:

- Tomar la iniciativa “ayudar” a la persona con asuntos que él mismo puede hacer.

“Voy a ir con la asistente social para preguntarle sobre la situación de su madre.” ... “Páseme el celular, yo llamaré a su hijo para contarle lo que pasó.”

Puede ayudarse con las siguientes frases útiles (disponibles Cortés, Figueroa, 2016):

- *“¿Su familia sabe lo que sucedió y que usted está aquí?”*
- *“Se ha visto que ayuda mucho para estar mejor compartir con amigos y familiares... pasar tiempo juntos, acompañados, ¿existirá algún momento en la semana en el que pueda dedicarse regularmente a compartir con su familia y amigos?”*

- *“Entiendo que quizás usted desconfíe de los servicios públicos de apoyo, pero si más adelante cambia de opinión, quisiera que sepa cómo contactarlos.”*
- *“No tengo información sobre la situación de sus hijos, pero veamos si podemos averiguar algo sobre ellos en las páginas de búsqueda de personas o con la policía...”*
- *“Si le surge alguna duda más adelante, puede venir a preguntarme, o quizás se anime a llamar al teléfono gratuito Salud Responde (600 360 7777), donde alguien podrá orientarle las 24 horas del día, los siete días de la semana.”*

Para concluir, se recapitulan las ventajas de la derivación a redes de apoyo:

- Influye en una mejor solución de problemas.
- Abordaje de especialistas.
- Expresión emocional.
- Sociabilización de ideas, planes, objetivos y experiencias.
- Obtención de recursos materiales.
- Acompañamiento seguro.
- Intercambio de información.
- Herramientas de apoyo psico-educativo y otros...

3.5 E: Psico-Educación.

El quinto y último paso es el paso E. Donde esta letra viene de la parte de educación psicológica. La psico-educación no es más que una orientación técnica que le brindamos al afectado, donde le transmitimos cuales son las reacciones emocionales y cognitivas que podría esperar en los próximos días. Esto es importante, porque en la medida en que le mostramos a la persona cómo reaccionan las personas comúnmente y que puede esperar experimentar los próximos días, la persona se va a sentir más tranquila y dar explicación a lo que le sucede.

En la psico-educación también le podemos hacer algunas recomendaciones concretas, de técnicas de afrontamiento positivo del estrés, recomendaciones muy concretas como mantener rutinas de sueño, mantener rutinas de descanso y alimentación, aumentar el tiempo de contacto y actividades recreativas con familiares y amigos, entre otras.

También en la psico-educación reforzamos la información que entregamos en el paso anterior sobre los lugares donde pedir ayuda. Podemos desmentir algunos de mitos

que típicamente circulan acerca de los problemas relativos a salud mental e incluir el uso de folletería para compartir información que pudiera ayudarle al afectado.

Veamos algunas formas de manejar el dialogo:

- *"Ahora, quisiera entregarle este folleto [pasarle el folleto informativo], el cual contiene información sobre psico-educación en crisis, además de algunos contactos importantes con instituciones y redes de servicio psicológico y legal que puedan brindarle ayuda si llega a necesitarla a futuro."*
- *"Por ejemplo, aquí [señalar] usted podrá encontrar información sobre lo que puede esperar durante los días que vienen..."*

A continuación, se presenta la Tabla 5 que puede servir de fuente de información entregable para listar algunos de los efectos más comunes frente a experiencias traumáticas. Es importante siempre preguntar si existen dudas respecto a la información que se proporciona.

Tabla 5. Reacciones emocionales, cognitivas, físicas e interpersonales comunes frente a experiencias traumáticas recientes.

Reacciones emocionales.	Reacciones físicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de shock. • Terror. • Irritabilidad. • Sentimiento de culpa (hacia sí mismo y hacia otros). • Dolor o tristeza. • Frustración. • Embotamiento emocional. • Sentimientos de impotencia. • Pérdida del disfrute derivado de actividades familiares. • Dificultad para sentir alegría. • Dificultad para experimentar sentimientos de amor y cariño por otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga, cansancio. • Insomnio. • Taquicardia o palpitaciones. • Sobresaltos. • Exaltación. • Incremento de dolores físicos. • Reducción de la respuesta inmune. • Dolores de cabeza. • Perturbaciones gastrointestinales. • Reducción del apetito. • Mareo. • Reducción del deseo sexual. • Vulnerabilidad a la enfermedad.
Reacciones cognitivas.	Reacciones interpersonales.
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para concentrarse. • Dificultades para tomar decisiones. • Dificultades de memoria. • Incredulidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento en conflictos interpersonales. • Retraimiento social. • Reducción en las relaciones íntimas.

<ul style="list-style-type: none">• Confusión.• Pesadillas.• Autoestima decaída.• Noción de autoeficacia disminuida.• Pensamientos culposos.• Pensamientos o recuerdos intrusivos sobre el trauma.• Preocupación.• Disociación (ej. visión túnel, estado crepuscular de conciencia, sensación de irrealidad, dificultades para recordar, sensación de separación del cuerpo, etc.).	<ul style="list-style-type: none">• Alienación.• Dificultades en el desempeño laboral o escolar.• Reducción de la satisfacción.• Desconfianza.• Externalización de la culpa.• Externalización de la vulnerabilidad.• Sensación de abandono o rechazo.• Sobreprotección.
--	--

Capítulo 4

Escenarios de atención de los Primeros Auxilios Psicológicos.

Historia y evolución de los Primeros Auxilios Psicológicos.

En 1872 la Orden de San Juan de Jerusalén en Inglaterra cambió su enfoque de los cuidados paliativos y se propuso iniciar un sistema de ayuda médica práctica, comenzando con una subvención para el establecimiento del primer servicio de ambulancia del Reino Unido (Cruz, Borja et al, 2006). En cuanto al origen del concepto de Primeros Auxilios Psicológicos su primera huella se da varias décadas posteriores. Ya en 1922, la Oficina de Guerra de los Estados Unidos había reconocido la necesidad de apoyo a sus fuerzas armadas, personal que estaba experimentando estrés de combate (Rose, Bisson, Churchill, et al, 2002).

Según el material info-educativo del curso de Primeros Auxilios Psicológicos de la academia australiana Mental Health Academy; aquellos planes que establecen los programas para los soldados reconocen la necesidad de estos cinco elementos que se han convertido en los actuales PAP. Es decir, apreciaron que los soldados necesitaban estar seguros, calmados, empoderados, conectados a sus seres queridos e infundidos de esperanza. Sin embargo, el principal criterio de éxito de las intervenciones no fue el alivio de los síntomas del estrés. Más bien, era si el soldado pudiera volver a ser funcional, y especialmente, si pudiera volver al servicio activo. El programa de la Oficina de Guerra se llamaba BICEPS, porque incluía los elementos de "brevedad, inmediatez, centralidad, expectativa, proximidad y simplicidad " (Main, 1989).

El término Primeros Auxilios Psicológicos fue acuñado por primera vez por Drayer, y otros de sus colaboradores en 1954, a través un manuscrito que escribieron para la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) a pedido del Departamento Federal de EE. UU. en conjunto con la Administración de Defensa Civil. El propósito del manuscrito era proporcionar una guía para la gestión a raíz de los desastres comunitarios (M.H.A., 2020).

En la década de 1970, los principios y fundamentos de la intervención en crisis (psicológica) se estaba utilizando en el trabajo en casos de desastre con adultos (Raphael, 1977; Farberow, 1978) y en 1988, se estaban implementando intervenciones similares con niños (Pynoos y Nader, 1988) según recoge Mental Health Academy (2020).

Mental Health Academy continúa relatando que para 1990, organizaciones de emergencia como la Cruz Roja Danesa estaban aplicando los principios como un modelo preferido para la intervención temprana después de la exposición a un evento traumático. Los principios continuaron ganando una amplia aceptación internacional, que culminó con su inclusión en directrices de varios organismos internacionales (Knudsen et al, 1997).

Tipos de intervenciones de auxilio en materia de salud mental.

Continuando con información del curso de Primeros Auxilios Psicológicos, impartido por Mental Health Academy en 2020:

Junto con el desarrollo de los principios que ahora conocemos como Primeros Auxilios Psicológicos, hubo una forma de intervención temprana de salud mental llamada *Informe de estrés por incidentes críticos (CISD por sus siglas en inglés)*, que se hizo popular a mediados de la década de 1980. Es un tratamiento psicológico destinado para reducir el potencial de malestar psicológico que surge después de la exposición a un trauma, y que generalmente ha consistido en un término acuñado como "one off" (*una vez fuera* por su traducción al español) son sesiones de un procedimiento en el que los sobrevivientes, otras personas afectadas por el desastre e incluso los primeros en responder, son capaces de "interrogar" o hablar sobre el trauma que acaban de experimentar.

Un modelo estructurado para explorar hechos, pensamientos, reacciones y estrategias de afrontamiento, sus orígenes se pueden rastrear a los esfuerzos destinados a mantener la moral del grupo y reducir la angustia psiquiátrica entre los soldados inmediatamente después del combate (Mitchell y Everly, 1997).

El *debriefing* o *estrategia de interrogatorio* se ha ofrecido de forma rutinaria en varios entornos a escala internacional, incluso para víctimas de desastres masivos o personas involucradas en incidentes traumáticos en el lugar de trabajo, como oficiales de policía. Se basa en la creencia de que hablar rápidamente sobre experiencias traumáticas ayudará a personas en recuperación de posibles daños psicológicos. Suele ofrecerse de forma voluntaria, pero hay grupos para los que es obligatorio después de un trauma, incluidos los empleados bancarios en el Reino Unido y Australia y algunas fuerzas policiales del Reino Unido.

La suposición es que el *debriefing* puede prevenir el inicio del TEPT (trastorno de estrés postraumático). El proceso típico de interrogatorio se lleva a cabo en una sesión dos o tres días después del trauma. Aunque inicialmente diseñado para ser utilizado en grupos, el *debriefing* también se ha utilizado en individuos, parejas y familias (Rose, Bisson, Churchill, et al, 2002)

Lo que dice la investigación sobre la Evaluación del Estrés por Incidentes Críticos.

Varias revisiones de la literatura sobre intervenciones postraumáticas han concluido que no existe evidencia de que el Informe de Estrés por Incidentes Críticos (En inglés a menudo se conoce este informe como CISD por sus siglas) previene resultados negativos a largo plazo (Litz et al, 2002; Bisson, 2003 et al, 2003; Watson et al, 2003).

Por ejemplo: en un reciente estudio de una intervención de interrogatorio grupal con personal militar en servicio activo, los investigadores encontraron que los soldados

calificaron su satisfacción con CISD como alta y que los resultados de salud mental en el seguimiento no empeoraron como resultado de CISD. Sin embargo, no hubo diferencias entre los sujetos que recibieron CISD, con aquellos que recibieron educación sobre el estrés, y aquellos que solo completaron una encuesta.

Los investigadores que midieron los resultados de salud del comportamiento (incluido el trastorno de estrés postraumático), depresión, bienestar general, agresividad en el comportamiento, satisfacción conyugal, apoyo organizacional percibido y moral, frecuencia cardíaca y sangre; las lecturas de presión antes y después de las sesiones no indicaron un cambio en el estrés fisiológico; y las calificaciones subjetivas de angustia no cambiaron antes o después de la sesión (Litz, Gray, Bryant, et al, 2002).

Dos estudios de CISD informaron una mayor incidencia de resultados negativos en quienes recibieron CISD que en quienes no recibieron una intervención (Mayou et al, 2000).

El Centro Noruego de Conocimientos para los Servicios de Salud hizo un análisis de miles de estudios (un metaanálisis) en 2007 titulado "Intervenciones psicosociales tras crisis y accidentes", este estudio se basa en 34 estudios que cumplieron con sus criterios para su inclusión en el análisis, se concluyó que no hubo ningún efecto del "interrogatorio" en comparación con quienes no recibieron ninguna intervención durante el primer año después accidentes y crisis (Kornor, Winje, Ekeberg, et al, 2007).

Puede haber muchas explicaciones posibles de por qué los estudios sobre CISD han arrojado resultados negativos o neutrales hallazgos, como que la intervención única es demasiado breve o que puede aumentar la ansiedad. Sin embargo, a muchos expertos en salud mental les preocupa que cualquier intervención centrada en el procesamiento emocional inmediatamente después de un evento traumático puede ser perjudicial.

Ciertamente, siempre ha existido la controversia con respecto al interrogatorio: ¿A quién se debe ofrecer?: ¿Solo a los supervivientes? ¿Familias afectadas? ¿A los socorristas que presenciaron terribles escenas en el curso del rescate de personas? ¿Y debería hacerse hablar a la gente de sus experiencias, o simplemente invitarlos?

En consecuencia, la conclusión general de quienes trabajan en el campo de la respuesta a desastres y salud mental es que se necesita más investigación antes de que se recomiende CISD de manera rutinaria para evitar las secuelas de un desastre.

Esto parece especialmente sensato en vista de cuán caótico es un entorno postraumático y cuán crucial es atender las necesidades materiales pragmáticas, culturales y problemas de duelo, y también las necesidades ampliamente dispares de los sobrevivientes a medida que atraviesan la recuperación (Watson, Friedman, Gibson, et al, 2003).

¿En qué se diferencian los Primeros Auxilios Psicológicos de CISD?

Como veremos, los Primeros Auxilios Psicológicos toman un rumbo muy diferente al de CISD, siendo muy prácticos; centrados y operando con el supuesto de que *la mayoría de las personas son resilientes* y se recuperarán bien de un evento traumático si se les brinda apoyo básico.

Al distinguir los Primeros Auxilios Psicológicos de los *Auxilios Críticos* del Informe de Estrés por Incidentes Críticos, es importante tener en cuenta que los primeros no se tratan de informes. No se trata de voluntarios de campo mínimamente capacitados que intentan obtener detalles de experiencias traumáticas y pérdidas de sobrevivientes o socorristas, especialmente porque dichos voluntarios pueden no saber cómo responder a las personas que hacen revelaciones traumáticas.

Los PAP, pueden verse como el primer nivel de atención posterior a un incidente, brindado inmediatamente después de un desastre masivo por los miembros de la comunidad capacitados específicamente en eso. Luego, a medida que las reacciones agudas de angustia comienzan a disminuir en aquellas personas con menor riesgo, el segundo nivel se activaría para los sobrevivientes en riesgo que aún experimentan estrés.

El estado actual de los Primeros Auxilios Psicológicos.

Se puede marcar un hito a partir de la conferencia del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos de 2001 sobre “La violencia masiva y su atención”. Los PAP son ahora el primer enfoque de intervención temprana y el más favorecido.

Los PAP han sido ampliamente respaldados y promulgados de manera extensiva por expertos en salud mental en desastres por medio de informes de una serie de conferencias y en la literatura de salud conductual en desastres revisada por pares. Los PAP también se recomiendan consistentemente en las guías de tratamiento internacional para el trastorno de estrés postraumático y como una intervención temprana para los sobrevivientes de desastres.

Después del atentado a las Torres Gemelas en Nueva York el 11 de septiembre de 2001, se generó una especial atención en la importancia de tratar los efectos psicológicos en eventos de gran magnitud que resulten en perjuicio emocional de afectados directos y sus familias e incluso de las repercusiones emocionales de testigos.

Hemos visto el rápido desarrollo de los PAP y obtenemos dos libros bien equipados. Uno es publicado por la World Health Organization; War Trauma Foundation; World Vision International: *Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo*. Otro es *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias* que publica la Organización Panamericana de la Salud en 2002 y forma parte de la Serie Manuales y

Guías sobre Desastres que se implementa actualmente en muchos países dentro de las estrategias para la gestión de desastres.

Muchas organizaciones de la salud, entre ellas; el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health), el Instituto de Medicina (Institute of Medicine) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU., y la Organización Mundial de la Salud han respaldado la idea de que una intervención temprana, breve y enfocada puede disminuir el estrés social y emocional posteriores a hechos traumáticos en niños y adultos.

Debido a que los desastres difieren mucho entre sí, al igual que las reacciones psicológicas de los individuos, familias y comunidades que los experimentan; cualquier modelo de intervención debe ser flexible y adaptable a circunstancias específicas.

Los cinco principios que conocemos hoy como marco para los PAP fueron descritos por primera vez por Hobfoll y sus colegas (Hobfoll, Watson y Bell, 2007), quienes declararon que cualquier apoyo psicosocial en las horas y días posteriores a una emergencia o catástrofe masiva necesita promover:

1. Seguridad.
2. Calma.
3. Autoeficacia (auto – empoderamiento).
4. Conectividad.
5. Esperanza.

Es común escuchar la pregunta de si es mejor darle a alguien un pescado o enseñarle como pescar. Los PAP hacen ambas cosas de alguna manera, pero está claro que las personas con hambre excesiva necesitan comer un poco de pescado antes de que puedan concentrarse en las lecciones de pesca.

Por tanto, los PAP aborda las preocupaciones prácticas en primer lugar: distribución de alimentos, agua y refugio a los sobrevivientes, y la reconexión de ellos con sus seres queridos y otros que también han sido desplazados (los peces). Pero junto con la identificación de las necesidades de las personas atrapadas en una emergencia, los PAP intenta desarrollar la capacidad en los afectados por el desastre: ayudando a las personas a encontrar ellos mismos las fortalezas y habilidades para satisfacer sus propias necesidades (lecciones de pesca).

Este es un impulso central para brindar apoyo psicosocial, porque la literatura sobre resiliencia, como psicología positiva, ha demostrado que el mero hecho de creer en la capacidad de uno para afrontar la situación ayuda a hacerlo mejor. Es decir, personas optimistas y que tengan cierta confianza en la benevolencia esencial y previsibilidad de la vida, o que muestran otras tendencias esperanzadoras, les va mejor después de experimentar el soporte de una comunidad que apoya en desastre que aquellos que creen

que la vida es peligrosa o inherentemente dañina, y no se puede confiar (Seligman, 1992, Cruz Roja Australiana y Sociedad Psicológica Australiana, 2010; Carbonatto, 2009).

- Información basada en Mental Health Academy, 2020.

4.1 Primeros Auxilios Psicológicos en centros de trabajo.

En el capítulo anterior se hizo hincapié sobre tres los distintos órdenes que colaboran en una respuesta de los servicios atencionales de emergencia de forma integral, siendo estos: primeros auxilios; físicos; psicológicos; y de seguridad y rescate. Un evento que alcance el carácter de emergencia médica y psicológica puede suceder a cualquier persona y se puede suscitar en cualquier espacio. Esta es razón más que suficiente para no delegar esta solicitud exclusivamente a las instancias públicas dedicadas.

Las maniobras asistenciales en emergencias deberán ser llevadas a cabo con inmediatez. Lo que significa que la primera persona en contacto con un individuo o grupo que requiere apoyo debe, en ejercicio de una ética correcta, prestar disposición buscando ayuda o asistiendo directamente.

En algunas ocasiones esta persona (que presenta el primer contacto con los afectados) puede buscar ayuda comunicándose directamente con los cuerpos de asistencia en emergencia que se requieran. En otras ocasiones, existe la oportunidad para que el primer contacto proporcione aviso a las autoridades correspondientes para dejarles a cargo la gestión del asunto. Quienes se encargarán de tomar las determinaciones correspondientes hasta el arribo de servicios especializados.

La autoridad a la que se hace referencia puede ser: los cuerpos de seguridad pública o protección civil, las brigadas especializadas o para el caso de los centros de trabajo existen determinaciones de autoridad establecidas, como lo son: jefes, administradores o responsables con roles directos asignados.

Los primeros auxilios comienzan con la ayuda inmediata. Este es el carácter fundamental. Estas consideraciones de asistencia en organizaciones ante sucesos desafortunados y percances no son nuevas. Es un hecho legal que toda organización, de acuerdo con el tamaño de su fuerza laboral, debe asegurar ciertas condiciones de seguridad y requiere de personal que ejecute ciertos protocolos que marcan las legislaciones.

En muchas organizaciones encontramos diversos tipos de guías para la actuación ante casos de emergencia, tales como: manejo en casos de incendios, actuación en sismos o solicitudes de atención médica en accidentes de trabajo, protocolos de seguridad laboral, etc.

Aun así, existe una escasa inclusión de los PAP dentro de las estrategias para afrontar eventualidades dentro de organizaciones. De tal forma, las cuestiones a tratar en este apartado son:

1. Diferencias entre centro de trabajo, lugar de trabajo y puesto de trabajo.
2. PAP y su relación con la salud en el trabajo.
3. Como incluir los PAP en las organizaciones.

4.1.1 Diferencias ente centro de trabajo, lugar de trabajo y puesto de trabajo.

Cuando un trabajador sufre un accidente dentro de los límites geométricos de la empresa para la que trabaja (centro de trabajo), no siempre ocurre en el contexto de la labor que tiene encomendada (puesto de trabajo) en unas funciones para las que necesariamente deben de poder contemplarse los requisitos reglamentarios previstos para los lugares de trabajo con los equipos de trabajo.

La precisión de conceptos es una realidad que debe de ser analizada al determinar las causas de los accidentes y sus verdaderos responsables. Muchas veces se confunden centro, lugar y puesto de trabajo, incluso algunos inspectores confunden términos en las actas de infracción.

Revisión de cada uno de estos conceptos:

- **Centro de trabajo.**

De acuerdo con lo estipulado en el Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo publicado en el Diario Oficial de la Federación (México; 2014): El lugar o lugares, tales como edificios, locales, instalaciones y áreas, donde se realicen actividades de explotación, aprovechamiento, producción, comercialización, transporte y almacenamiento o prestación de servicios, en los que laboren personas que estén sujetas a una relación de trabajo.

- **Lugar de trabajo.**

Son las áreas del centro de trabajo, edificadas o no, en las que los trabajadores deban permanecer o a las que puedan acceder debido a su trabajo. Se considerarán incluidos en esta definición los servicios higiénicos y locales de descanso, los locales de primeros auxilios y los comedores, así como las instalaciones de servicio o protección anejas a los mismos. (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo Español).

Con base en esas dos definiciones se puede extraer que: el centro de trabajo incluye dentro de sí a todos los lugares de trabajo o instalaciones para el trabajo donde un evento productivo se desarrolla.

- **Puesto de trabajo.**

Chiavenato (2009), utilizando el término cargo como equivalente de puesto de trabajo lo define de la siguiente manera: Un cargo constituye una unidad de la organización y consiste en un conjunto de deberes que lo separan y distinguen de los demás cargos. La posición del cargo en el organigrama define su nivel jerárquico, la subordinación, los subordinados y el departamento o división donde está situado.

- **Los accidentes laborales.**

Para definir (Dormoi, 2021) qué es un accidente laboral vamos a basarnos en lo que dice la Ley Federal del Trabajo en México. De acuerdo con el artículo 474 de esta normativa, accidente de trabajo es: Toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, la muerte o la desaparición derivada de un acto delincencial, producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste.

En la ley laboral también incluye a los accidentes que se produzcan en el traslado del trabajador. Es decir, cuando el colaborador se dirige desde su domicilio al centro de trabajo y viceversa, puede ser cualquier golpe, lesión o herida que sufra un trabajador con motivo del trabajo (esto varía dependiendo la ley de trabajo de cada país).

Es importante decir que; el accidente se constituye como uno de los riesgos de trabajo a los que está expuesto el personal. Aunque no es el único. También se entiende por riesgo laboral cualquier enfermedad derivada del ejercicio o con motivo del trabajo.

La enfermedad, en los términos del artículo 475 de la ley laboral (Dormoi, 2021) sería: Todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

La cantidad de accidentes que pueden ocurrir dentro de un lugar de trabajo o por causa de una actividad laboral es bastante amplia. Sin embargo, algunos accidentes son más frecuentes dependiendo el tipo de actividad laboral que se practique, las características de un lugar de trabajo, el sector empresarial o el tamaño de un centro de trabajo.

Por ejemplo, en una fábrica los accidentes que tienen mayor incidencia son: caídas, laceraciones y amputaciones, intoxicaciones, electrocuciones, accidentes vehiculares, etc. A diferencia de una oficina administrativa donde las incidencias esperadas son distintas. Es labor de cada división de recursos humanos medir los riesgos psicosociales asociados a un determinado puesto y lugar de trabajo.

¿Qué casos no se consideran accidente laboral en México? Tanto la ley laboral como la ley del Seguro Social establecen las situaciones en las que no aplica la definición de accidente de trabajo. Esos casos son:

- El accidente laboral ocurre cuando el trabajador se encuentra en estado de embriaguez.
- Si el accidente de trabajo tiene lugar cuando el colaborador está bajo la acción de algún psicotrópico, narcótico o droga enervante. Se exceptúa de esta norma aquellos casos en donde exista prescripción suscrita por médico titulado. El trabajador debe haber exhibido esta constancia para que el patrón esté en conocimiento de la situación.
- Cuando el colaborador genere intencionalmente la incapacidad o lesión por sí mismo o de acuerdo con otra persona.
- En el caso de que la incapacidad o siniestro sea el resultado de alguna riña o intento de suicidio.
- Finalmente, cuando el accidente de trabajo es resultado de un delito intencional del que fuere responsable el trabajador asegurado.

En ninguno de estos casos el patrón estará obligado a ofrecer una indemnización o a pagar por la incapacidad ocasionada.

4.1.2 PAP y su relación con la salud en el trabajo.

Anteriormente se presentó en este trabajo los criterios de evaluación del DSM-V para trastornos de estrés postraumático. Basados en ello, se puede decir que; existen unas profesiones con mayor riesgo de padecer trastorno de estrés post traumático que otras.

Por ejemplo, el caso del personal militar: después de un acontecimiento que pone en peligro la vida, es común tener reacciones tales como recuerdos perturbadores del suceso, un nerviosismo pronunciado o dificultad para dormir.

Si estas reacciones no desaparecen o si empeoran, es muy posible que sufra de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). El mismo efecto puede provocar ser testigo de un acto desgarrador, impactante, o de violencia, así como la constante exposición a situaciones extremas, peligrosas o de alta limitación.

Este no es un tema reciente, la Ley Federal del Trabajo nació en 1970 para regular las leyes establecidas en el ámbito laboral entre patrones y colaboradores. Por ello, en sus artículos se estipula de manera detallada todos los derechos y obligaciones de ambas partes. La Ley Federal del Trabajo ayuda a proteger en gran parte a los trabajadores.

Algunos de los contenidos de este trabajo están basados en guías y manuales técnicos que fijan protocolos de intervención ante diversos incidentes por organizaciones públicas y privadas que buscan atender en situaciones de emergencia.

Es frecuente que los centros de trabajo con mayor fuerza laboral designen personal para formar brigadas, accionar protocolos y, en algunos centros, incluso designan puestos de trabajo dedicados de forma exclusiva a la cobertura de accidentes y percances.

Las leyes, los sindicatos, los seguros corporativos y distintas instancias certificadoras de evaluación son por lo regular, los encargados de vigilar y revisar los protocolos y su aplicación. Actualmente se encuentra en vigor la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, sobre Factores de riesgo psicosocial en el trabajo – identificación, análisis y prevención.

Las Normas Oficiales Mexicanas que emite la Secretaría del Trabajo y Previsión Social determinan las condiciones mínimas necesarias en materia de seguridad, salud y medio ambiente de trabajo, a efecto de prevenir accidentes y enfermedades laborales.

La NOM-035 tiene como objetivo establecer los elementos para identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial, así como para promover un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo. El campo de aplicación de la NOM-035 rige a todo el territorio nacional y aplica en todos los centros de trabajo.

Según la OPS (2010), lo psicosocial no es una dimensión aislada o separada que haya que considerar en la asistencia a los afectados por un evento crítico, es un concepto transversal a todas las decisiones que se toman para la respuesta en situaciones de emergencias o desastres.

Los elementos esenciales para abordar asuntos de emergencias físicas y psicológicas son:

- Prevención de crisis y accidentes.
- Planeación estratégica de las respuestas a emergencias.
- Atención pronta y efectiva.

Es esencial que un equipo de intervención psicosocial posea una organización previa, roles asignados, ser consecuente con la lógica de trabajo de este tipo de intervenciones y el mayor conocimiento posible de la población con la que va a trabajar. Así como de las propias características, potencialidades y limitaciones del equipo.

La metodología de trabajo ante una emergencia debe estar establecida previamente. Teniendo en cuenta que en el momento de intervenir el factor tiempo es clave. La organización en momentos de la intervención es definitivamente de tipo vertical.

En el terreno del auxilio es indispensable contar con herramientas conceptuales y metodológicas, y según el caso. La mayoría de los protocolos internacionales coinciden en que si no se tiene claro qué es lo que se debe hacer en una emergencia siempre es mejor no intervenir antes que hacerlo de forma errada o improvisada. Pues puede provocar tanto o más daño que la problemática en sí misma.

4.1.3 ¿Cómo incluir los PAP en las organizaciones?

De acuerdo con el Curso de Primeros Auxilios para Líderes impartido por la plataforma de educación online Platzi.com en 2021, estos son los pasos requeridos para adoptar los protocolos más actuales de los PAP en las organizaciones:

Planteamiento de los PAP.

1. Reconocer la importancia de los Primeros Auxilios Psicológicos, así como el valor del bienestar mental dentro de la organización.

Prevención de crisis y acciones a favor del bienestar emocional de los colaboradores.

2. Revisión de las condiciones laborales y las causas administrativas que puedan contribuir a la crisis. En correspondencia dedicar reformas en la organización que promuevan el equilibrio ocupacional.

Preparación y entrenamiento de los PAP.

3. Elección de un protocolo dedicado a las crisis psico-emocionales y asignación de equipos y/o roles.
4. Capacitación de las brigadas de respuesta.

Despliegue de las acciones.

5. Revisar qué hay que dejar de atender para acudir al llamado ante una crisis y revisar el impacto emocional sobre nosotros mismos.
6. Al preparar el contexto para atender una crisis es recomendable asignar un espacio seguro y tranquilo en el que únicamente estén aquellas personas que cumplirán una función en el acompañamiento.
7. Al obtener información puntual sobre lo que ha desencadenado la crisis estamos tratando con información sensible. El manejo y resguardo de la información tiene implicaciones legales, administrativas y exige prudencia y profesionalismo.

8. Remitir la atención a las instancias oficiales pertinentes, contactar con amigos o familiares y poner en marcha las acciones para el manejo de las necesidades inmediatas.

Autoevaluación del proceso y seguimiento de casos.

9. Brindar seguridad psicológica (tratar el tema con empatía y discreción) y otorgar permisos... tales como aprobar permisos de ausencia en caso de ser requeridos.
10. Evaluar cómo se llevó a cabo el proceso, dar seguimiento a los casos por medio de valoraciones psicológicas, y aplicar mejoras constantes.

Algunas consideraciones adicionales:

- El *equilibrio ocupacional* hace referencia a un balance en la proporción de tiempo para actividades de deber, placer, descanso y autocuidado.
- La empatía que se maneja debe de ser asertiva y otorgarse desde un plano profesional. Como lo explicábamos en el punto número 9. Así como una enfermedad fisiológica se considera una justificación de ausencia, el otorgar días de asueto para atender un asunto de crisis emocional es una medida empática.
- Una buena idea es que los equipos de trabajo cuenten con directorios para remitir a asistencia profesional ante varios escenarios de crisis y accidentes.

4.2 Funcionamiento de los Primeros Auxilios Psicológicos en hospitales y centros de salud.

Anteriormente, el apoyo emocional lo proporcionaban principalmente las comunidades religiosas, como las iglesias, para mejorar el bienestar emocional y mental de la población. Sin embargo, desde el siglo XX, especialmente durante la Segunda Guerra Mundial, se ha reconocido la necesidad de la atención psicológica a través de expertos, ya que durante la guerra ayudó a los sobrevivientes en la recuperación al aliviar la angustia al brindar apoyo social, satisfacer las necesidades básicas y fomentar capacidad de afrontamiento y funcionamiento inmediato y a largo plazo (Horn, O'May, et al., 2019).

Los sobrevivientes de experiencias traumáticas que conllevan el perjuicio físico necesitan atención mental para aliviar el impacto de eventos estresantes y acelerar la recuperación. En consecuencia, la necesidad de ligar la atención psicológica inmediata y los Primeros Auxilios Físicos. Esta doble atención es muy importante para mejorar la capacidad de recuperación de la población frente al trauma. Visto así no es de extrañar que lugares como ambulancias, hospitales, centros de salud y nosocomios se visualicen como las puertas de entrada más obvias para brindar los PAP.

Este apartado está dedicado a analizar los PAP en estos lugares, bajo los siguientes conjuntos:

1. Personal de salud: médicos, residentes médicos o médicos en formación, psicólogos, enfermeras y demás personal de salud.
2. Personal administrativo y operativo: camilleros, paramédicos, conductores de ambulancias y asistentes de medicina.
3. Pacientes y sus cuidadores.

4.2.1 PAP enfocados en el personal de salud.

Es complicado analizar la situación que padece el personal médico en hospitales y centros de salud. El médico en sí mismo vive distintas realidades dependiendo de su nivel o grado de especialidad y por supuesto cargo. Así mismo, los diferentes institutos de salud pública y privada tienen particularidades y contrastes.

Como se hizo mención en el punto anterior sobre los centros de trabajo; existen ocupaciones cuyos puestos de trabajo están más expuestos a condiciones que los vulneren de sufrir crisis psico-emocionales, independientemente del lugar de trabajo y centro de trabajo al que pertenezcan. Uno de estos es el del personal médico, enfermeros, camilleros, conductores de ambulancias, etc. Los hospitales y centros de salud aglomeran profesiones expuestas a situaciones altamente estresantes. Tenemos por tanto que, el ámbito de la salud es de alta exigencia y una fuerte exposición.

Si este nivel de exigencia generalizado se suma a malas condiciones laborales y/o exceso en las cargas de trabajo, el resultado puede ser... por citar algunos casos: incremento en la tasa de error dentro de la práctica médica, desgaste físico y/o emocional. Mientras que para el personal operativo puede derivar en errores en tareas, además de valoraciones equivocadas, o actitud hostil en la atención.

En un reporte de 2018 de la Asociación Médica Mundial publicado en su portal, el nuevo presidente de la asociación advirtió que los médicos en el mundo sufren una "pandemia de agotamiento". Mientras que el Dr. Leonid Eidelman, ex presidente de la Asociación Médica de Israel, en su discurso inaugural durante la Asamblea General de la AMM en Reikiavik, Islandia, afirmó que casi la mitad de los 10 millones de médicos en el mundo tienen síntomas de agotamiento, incluida la fatiga emocional, desvinculación interpersonal y una baja sensación de logros personales. Para el Dr. Eidelman esta pandemia es causada, entre otras cosas, por condiciones de trabajo muy dinámicas y cambiantes y constituye un "golpe para medicina moderna".

El Dr. Eidelman (2018) se pronunció de forma muy puntual diciendo:

“El agotamiento de los médicos es síntoma de un problema mayor – un sistema de salud que sobrecarga de trabajo cada vez más a los médicos y subestima sus necesidades en salud”.

Expresó que el agotamiento del sector médico pone en peligro a la sociedad:

“Durante años el ejercicio de la medicina tuvo una larga tradición. El médico poseía un conjunto de conocimientos únicos para atender a los pacientes. Este tipo de interacción médico-paciente era importantísimo y era la base de una relación personal y de cuidados. Pero las fuerzas que cambian la sociedad y la medicina del Siglo XXI están transformando esta tradición”.

Como presidente de la AMM al tema de cómo será la medicina en 2030 y qué función tendrán los médicos en el futuro contestó que:

“Creo que ha llegado el momento en que la AMM tenga una mirada sofisticada, científica e innovadora hacia el futuro y ayude a los médicos y pacientes a estar preparados para los grandes cambios en la medicina para la próxima década”.

Y continuó afirmando: *“Se podrá predecir que el mundo futuro de la medicina será un mundo de registros de salud electrónicos, robots, inteligencia artificial y aprendizaje automático, al igual que medios de comunicación muy desarrollados.”*

El Dr. Eidelman afirmó que el agotamiento de los médicos afectará la calidad de la atención negativamente y acortará el período en el que el médico puede ejercer la medicina:

“Este es un gran problema para la sociedad que tiene una escasez de médicos en la mayoría de los países del mundo. En el futuro de la cobertura universal de salud se necesita una gran cantidad de médicos que no tengan agotamiento”.

Destaco que la calidad y la seguridad de la atención del paciente dependen de médicos que funcionen bien:

“Los médicos tienen una increíble cantidad de estrés laboral al enfrentar una creciente carga administrativa, mayores costos operacionales, nueva tecnología y un incremento de la demanda de pacientes por una atención de primera línea”.

El Dr. Eidelman concluyó: *“A pesar de los cambios futuros, los pacientes y los médicos seguirán existiendo y continuaremos cumpliendo con nuestro contrato social”.*

Dada esta realidad, queda manifiesta la motivación de ejercer esfuerzos atencionales en el personal médico por contra partida; no solo por el impacto emocional de las labores propias de la profesión, sino también como forma de apalear... en la medida de lo posible... los efectos del altamente probable agotamiento laboral.

Algunos momentos donde se debe aplicar PAP para el personal médico:

1. Ante una sobre carga de trabajo.
2. Ante indicadores psicosociales desfavorables.
3. Ante jornadas largas.
4. Ante errores en el ejercicio de la profesión.
5. Ante riñas o confrontaciones laborales.
6. Ante casos de pacientes sumamente trágicos.
7. Ante problemas personales.
8. Ante experiencias sumamente gráficas.
9. Ante la muerte de un paciente.
10. Otros casos que la institución identifique.

El gran obstáculo de los PAP dirigidos al personal médico.

Para quien desconozca la cultura interna – dinámicas intrahospitalarias se abre a continuación un espacio para comentar la difícil situación que viven los residentes de medicina y médicos en labor.

En un extracto del artículo titulado: *Maltrato en la formación médica: situación en las residencias de cardiología*. Publicado en el año 2020 por la Revista Argentina de Cardiología. Sociedad Argentina de Cardiología se presenta lo siguiente:

Tradicionalmente, el entrenamiento médico ha sido arduo y exigente; un alto nivel de exigencia, un cierto nivel de intimidación y humillación durante la formación, eran consideradas estrategias adecuadas para preparar al médico para una profesión difícil y demandante. Hay varias palabras con las que se nombra este tipo de comportamiento y que se consideran sinónimos.

Se considera como maltrato a expresiones que hacen que otra persona se sienta herida, desvalorizada o incompetente; el maltrato físico implica golpes y todo tipo de trato violento. El abuso trata a otro en forma ofensiva, injuriosa o dañina; causar lesiones físicas o psicológicas; atacar con palabras; difamar; hablar en forma insultante, dura o injusta a una persona. La intimidación es amenazar, inspirar miedo a través de amenaza física, miradas amenazantes, humillación, y/o maltrato físico. La humillación es hacer que una persona se sienta inferior; ofender, oprimir.

Conductas como la crítica y la humillación pública por un error cometido, las amenazas de castigos y la desvalorización del trabajo realizado son habituales en la relación entre residentes y profesionales de la salud y constituyen fuentes de estrés. Todavía hoy muchos docentes de medicina y los profesionales que están en contacto con estudiantes y residentes consideran válida la siguiente premisa: *“lo que no te mata te fortalece”*.

En un estudio realizado en 24 escuelas de medicina de USA se encontró que el maltrato al estudiante es frecuente y parece estar asociado con el agotamiento de los estudiantes de medicina. Otro estudio, realizado en Buenos Aires, se propuso indagar incidentes moralmente incorrectos experimentados por los estudiantes de medicina; se encontró que el mayor número de incidentes se produjo en el ciclo clínico, durante las evaluaciones orales y con profesores hombres.

La formación médica, en la carrera de grado y durante la residencia, está fuertemente influenciada por las interacciones entre estudiantes y residentes con los docentes, con los profesionales de los servicios de salud y con los pacientes y sus familiares. Estas relaciones interpersonales son verdaderos “modelos” de comportamiento social que son internalizados por los jóvenes durante su formación y tienen un impacto significativo en el futuro ejercicio profesional.

Según Guillermo del Bosco: *“Ellos no creen nada de los que se les dice, sólo creen en lo que ven que hacemos”*.

Y Albert Bandura afirma: *“... la mayor parte de la conducta humana se aprende por observación mediante modelado. Observando a los demás formamos las reglas de conducta, y esta información codificada sirve en situaciones futuras de guía para la acción”*.

Dursi y Millenaar explican: *“... las residencias pueden ser analizadas como “esquemas culturales”, son procesos sociales y psicológicos que moldean la conducta de los individuos (...) operan como “modelos de” y “modelos para”, desarrollan un conjunto de prácticas que intervienen en la configuración de un nuevo estatus, el de “médico” (...) puede decirse entonces que la experiencia de las residencias no sólo permite una formación como especialistas médicos, sino que vuelve a los graduados de medicina en “médicos”. Es decir, se aprenden los códigos y conductas esperadas y respetadas publico en el campo”*.

En 2014 se hizo una revisión de trabajos sobre hostigamiento y discriminación en la formación médica. Los autores realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis para examinar la prevalencia, los factores de riesgo y las fuentes de acoso y discriminación entre los médicos en formación. Se incluyeron 57 estudios transversales y 2 estudios de cohortes realizados en USA, Canadá, Pakistán, Gran Bretaña, Israel y Japón. El 59,4% de los médicos encuestados habían experimentado al menos una forma de hostigamiento o

discriminación durante su entrenamiento; la agresión verbal (gritos y/o insultos, comentarios verbales inapropiados, motes denigrantes) fue la forma de maltrato más citada (prevalencia: 63,0%). El 34,4% de los residentes señalaron que los médicos docentes – supervisores fueron quienes los maltrataron y/o discriminaron, y un 21,9% dijo que fueron agredidos por los pacientes o las familias de los pacientes.

En un estudio realizado en México sobre la percepción de maltrato durante la residencia médica se aplicó una encuesta electrónica para medir la percepción de maltratos psicológicos, físicos, académicos y sexuales, y también se indagó sobre quiénes ejercían el hostigamiento y sus consecuencias. El 84% refirió haber sufrido maltrato: humillaciones (78%), guardias castigo (50%), agresión física (16% recibió golpes), fueron dejados sin alimentación (35%), fueron privados de ir al baño durante sus guardias (21%), y fue presionado a consumir alcohol contra su voluntad (21%). Los maltratos psicológicos y físicos fueron más frecuentes en las especialidades quirúrgicas.

El 89% de los residentes presentaba *burnout*, el 71% depresión y el 78% ansiedad. Como efecto de segundo grado el 58% reconoció que brindaron una mala atención a sus pacientes. Los principales responsables de los maltratos fueron residentes de jerarquía superior y médicos de base.

La medicina es una de las profesiones más afectadas por el estrés laboral, consecuencia de una sobrecarga de pacientes en la consulta y guardias agotadoras, a lo que se suma la competitividad académica, la práctica privada y las obligaciones docentes. La persistencia crónica de este desajuste laboral y el alto nivel de estrés experimentado puede provocar el llamado síndrome de *burnout* o desgaste profesional.

En el año 2000 el síndrome de burnout fue declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo dada su capacidad para afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. En 2018, en la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) el “síndrome de estar quemado” o de desgaste profesional figura como enfermedad (QD 85) que se caracteriza por tres dimensiones:

“1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) eficacia profesional reducida. El síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida.”

- Cierra el extracto de la Revista Argentina de Cardiología.

Los PAP dentro de las organizaciones se diferencian en gran medida a los que acontecen en entornos públicos/civiles en las características de la relación de ayuda.

Esta ayuda difiere en puntos clave. El primero es que, la atención que se espera no surge desde la benevolencia o el *altruismo* como puede ser el caso de los PAP en ambientes públicos o civiles. En los servicios públicos y voluntarios relacionados a la aplicación de PAP la atención se da más comúnmente en un marco de *relaciones abiertas*; entre dos personas o más que establecen una relación de voluntades mutuas e inmediatas.

Mientras que en las organizaciones las relaciones ya tienen tiempo construyéndose. Además de ofrecerse (aunque de manera voluntaria) con carácter normativo y buscando la continuidad laboral. Así mismo el carácter legal y administrativo al que se someten ambas partes envuelve a la relación a *fuerzas externas*.

En un entorno donde los niveles de maltrato, hostigamiento y abuso son modelos de comportamiento... como retrata el estudio de la Revista Argentina de Cardiología y muchos otros... además de diversos casos documentados a nivel de periodismo de investigación, en diversos países. El afectado puede sentir comprometida su situación dentro de la empresa al mostrar señales de vulnerabilidad o revelar cierta información...

Por ejemplo: un médico puede tender a cubrir errores médicos (no necesariamente negligencias) por la presión legal; represarías por parte de pacientes y sus familias; o sanciones desmedidas de los consejos administrativos. Estas actitudes frente al error van más allá de un ejercicio útil de sanción y corrección legal y ética. El error además de ser castigado con desproporción puede ser ocupado como elemento de amenaza y/o desvalorización de las capacidades profesionales. El castigo desproporcionado puede, además, ser usado como acto de represaría ante declaraciones, denuncias o cualquier tipo de exigencia para defender los derechos laborales.

Por otra la relación de ayuda se ve comprometida por las asperezas o simpatías entre áreas, roles y/o jerarquías. Este no es un evento exclusivo de algunas empresas. Son fenómenos de comunicación propias de las relaciones humanas en entornos laborales.

Las brigadas dedicadas especialmente a primeros auxilios, ya sea físicos, psicológicos o de rescate dentro de organizaciones son poco comunes... casi una extraña excepción (generalmente por causa de falta de recursos y/o falta de concientización). Por lo cual, el agente o agentes que imparten los primeros auxilios suelen tener un doble papel dentro de las organizaciones. Este doble papel (*rol*) puede generar la sospecha de futuros conflictos profesionales o conflictos interpersonales al momento de que la persona afectada se plantea la conveniencia de sensibilizarse y abrirse a relatar su situación personal y/o profesional.

Es una suposición aventurada esperar condiciones idóneas de comodidad y confianza en una relación profesional ya configurada entre el agente y el receptor de los PAP. Tampoco puede tomarse como un hecho lo contrario, pero es una consideración pertinente.

La desconfianza puede suponerse... y con suficiente motivo, como uno de los factores que anulan/o reducen la efectividad del apoyo emocional en hospitales y centros de salud. Por supuesto, que estas razones pueden extenderse a cualquier organización con malas prácticas diligenciales, estilos de liderazgo inadecuados y un modelo de comportamiento asociado al maltrato entre compañeros. A la vez que suponen una fuente de riesgos psicosociales.

La revelación de información sirve dentro del modelo PAP A B C D E para el desahogo, recuperar la sensación de entendimiento y la organización de ideas. El paso de la escucha activa puede verse severamente comprometido si esta no se puede producir por falta de condiciones.

Otro error común es asumir que se requieren Primeros Auxilios Psicológicos cuando la intervención psicológica que se requiere es de otra clase. El personal médico requiere planes completos enfocados al bienestar psicológico. Así como otorgar por parte de sociedad, gobierno y organizaciones el prestigio y la remuneración decorosa que merecen.

¿Qué hacer entonces? El primer peldaño es el análisis de factores psicosociales. Como ya se ha comentado estas métricas proporcionan información útil para evaluar las condiciones.

Es entornos como los descritos aquí, es poco factible conciliar la escases de personal médico, la sobrecarga de trabajo y el burnout con la concesión de los tiempos propios que requiere cualquier práctica de intervención emocional. En tales casos las prioridades están claras.

Para una institución dedicada a salud con la firme convicción de aplicar PAP, con cargas trabajo balanceadas, operación con recursos y que ofrece seguridad psicológica. Se puede adoptar una inclusión de los PAP a través de:

- Actuar con inmediatez en el auxilio.
- Recomendar técnicas de autocuidado.
- Actividades de distracción y dinámicas de relajación.
- Capacitación a todo el personal.
- Ofrecer ante los casos antes mencionados.
- Conciliar espacios para hablar libremente.
- Convenir con redes de apoyo e intervención especializada.
- Uso de folletería e infografías.
- Programar citas periódicas para la aplicación.
- Mantener en secreto la información que se recibe.

4.2.2 PAP enfocados en personal administrativo y operativo; camilleros, paramédicos, conductores de ambulancias, administrativos y otros.

La idea de que nuestra salud se encuentra en manos de nuestro médico es una idea obsoleta. El concepto de salud desde hace varias décadas se ha reformulado como una cuestión integrativa. La atención en salud es más que una noción médica: es un concepto predominantemente social porque se vincula con las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad, y porque involucra la participación de todos los agentes de la comunidad.

En el plano individual requiere la educación de higiene, autocuidado y búsqueda del bienestar que deben tener las personas; en el plano colectivo requiere la participación del poder público en la satisfacción de las necesidades sociales.

Aunque la legislación mexicana no ofrece definiciones precisas sobre esta materia, las autoridades han adoptado el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), el cual dice a la letra:

“La salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico-social propicio para su sustento y desarrollo. La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones, sociales y culturales y es, con ellas, un componente sinérgico de bienestar social”.

Las instituciones y el sistema jurídico mexicano han enfatizado la importancia de impulsar la salud pública, a la que confieren un significado similar al de la Organización Panamericana de la Salud. Para este organismo, la salud pública es una ciencia, un arte y una filosofía cuyo objetivo final es la prevención, promoción y protección de la salud de la población bajo una visión colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas.

En los centros de salud los intereses profesionales deben alinearse al compromiso por contribuir en esta tarea. Y, por tanto, algunos roles administrativos, operativos y médicos muchas veces comparten responsabilidades como lo pueden ser: informar a los pacientes, ayudar a comprender la información, prontitud de respuesta, seguimiento de casos, calidad de la atención, cuidados intrahospitalarios, entre otros.

Es necesario hacer una breve introducción sobre cómo se clasifican los hospitales para entender que la atención médica no queda simplemente en la dinámica doctor -- paciente si no que hablamos de sistemas sumamente más complejos.

Un hospital es un establecimiento público o privado que forma parte del sistema sanitario de un país y que dispone de las infraestructuras, utensilios médicos y personal necesario para el tratamiento de enfermedades, así como su prevención y rehabilitación.

Los hospitales pueden clasificarse de acuerdo con muchos parámetros distintos. Según Pol Bertran Prieto, Microbiólogo, divulgador científico y *Youtuber* en su artículo *Los 10 tipos de hospitales* para el portal medicoplus.com (publicado en 2021) los dos parámetros que, de acuerdo con sus médicos colaboradores, son los más representativos: En función del nivel de atención y en función de los servicios ofrecidos.

Los sistemas de salud se clasifican de acuerdo con niveles dependiendo de sus características, de los problemas que tratan y de la complejidad de sus infraestructuras. En este sentido, tenemos los famosos “niveles de atención de la salud”, estando divididos en primaria, secundaria y terciaria.

Clasificaciones de hospitales de acuerdo con su nivel.

- **Hospital de primer nivel.**

Son centros cuyo objetivo es el de promover la salud de las personas para que la incidencia de las patologías más frecuentes disminuya. Son hospitales enfocados en la prevención y el abordaje clínico de situaciones con el potencial de derivar en enfermedades como tal.

En estos hospitales de primer nivel se atienden urgencias de gravedad baja o mediana, se realizan consultas de odontología, se hacen chequeos médicos, se solicitan pruebas de análisis, se hacen consultas generales, se hacen tareas de laboratorio e incluso tienen lugar partos no complejos.

- **Hospital de segundo nivel.**

En líneas generales, los hospitales de segundo nivel son aquellos con el objetivo de tratar las enfermedades más prevalentes en la población. Es una atención más especializada pero que no requiere de intervenciones demasiado complejas.

Están diseñados para atender cualquier tipo de emergencia o urgencia médica (de gravedad baja, mediana o alta), realizar cesáreas, diagnosticar patologías complejas, atender desastres naturales, ofrecer servicios de medicina interna (tratar patologías que no requieran de intervención quirúrgica), dar servicios de pediatría, abordar la salud mental, ofrecer servicios de cirugía general y dar atención en lo que a ginecología y obstetricia se refiere.

- **Hospital de tercer nivel**

Su nivel de complejidad en lo que a infraestructuras y servicios ofrecidos se refiere es el más alto. Son centros médicos cuyos servicios están muy especializados en una rama concreta de la Medicina.

Los hospitales de tercer nivel están enfocados en el tratamiento de las enfermedades más graves, más extrañas y/o crónicas. Sus servicios se realizan en pacientes que, por cualquier motivo, no han podido ni prevenir la aparición de una patología a través de los hospitales de primer nivel ni evitar que una enfermedad derive en complicaciones graves en los hospitales de segundo nivel.

Los hospitales de tercer nivel son aquellos que pueden ofrecer terapias oncológicas (para combatir el cáncer), tratar quemaduras graves, intervenir quirúrgicamente traumatismos graves, tratar enfermedades renales, manejar a pacientes con enfermedades crónicas incurables, tratar enfermedades congénitas, realizar cirugías cardíacas, realizar trasplantes, realizar cirugías cerebrales, etc.

Clasificación según los servicios ofrecidos.

La clasificación en tres niveles que acabamos de ver seguramente es la más importante y aceptada en el mundo de la clínica, aunque también es una referencia importante considerar su organización. En este sentido, dependiendo de su grado de especialización y de las patologías que tratan, los hospitales pueden ser de los siguientes tipos:

- **Hospital general.**

Un hospital general es lo que más se asemeja a la definición de hospital de segundo nivel. Es un centro clínico que ofrece atención sanitaria ambulatoria y de internación en las especialidades básicas de la Medicina, por lo que puede dar servicios generales para el tratamiento de las patologías más frecuentes de la sociedad.

- **Hospital universitario.**

Un hospital universitario es aquel que, además de estar enfocado a la asistencia médica (generalmente de segundo nivel, pero puede ser también de primer o tercer nivel), se centra en la enseñanza y la investigación en Medicina. Suelen formar una red de hospitales alrededor de una facultad de Medicina de una universidad concreta, formando tanto a los estudiantes de pregrado (que realizan prácticas en ellos) como a los de posgrado (los que realizan la residencia).

- **Hospital materno-infantil.**

Un hospital materno-infantil es aquel que está especializado en servicios de atención médica a la madre gestante, al bebé y al niño hasta que llega a la adolescencia. Son, por lo tanto, centros clínicos donde se realiza el progreso del embarazo, así como el tratamiento de todas aquellas patologías asociadas al parto, al bebé y a los niños pequeños.

- **Hospital pediátrico.**

Un hospital pediátrico es aquel que está especializado en ofrecer servicios de Pediatría, la rama de la Medicina enfocada a la prevención, tratamiento y rehabilitación de todas las enfermedades asociadas a la infancia. Por lo tanto, sus servicios van destinados a bebés y niños hasta que entran en la etapa de la adolescencia. Son hospitales preparados para asistir durante los primeros estadios de vida de una persona.

- **Hospital geriátrico.**

En la otra cara de la moneda, tenemos los hospitales geriátricos, que son aquellos cuyos servicios se centran en la Geriátrica, la rama de la Medicina enfocada en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades asociadas a la vejez, como la artritis, la artrosis, la osteoporosis, la diabetes, el Alzheimer, el Parkinson, la hipertensión, la sordera, etc.

- **Hospital psiquiátrico.**

Un hospital psiquiátrico es aquel que está diseñado para ofrecer servicios de Psiquiatría, la rama de la Medicina que está enfocada en tratar todas aquellas patologías de la salud mental debidas a trastornos neurológicos. Son centros clínicos que históricamente derivan de los manicomios, aunque afortunadamente su concepción ha evolucionado mucho y buscan tratar a los pacientes psiquiátricos de tal modo que puedan mantener su autonomía y disfrutar de calidad de vida.

- **Hospital militar.**

Un hospital militar es aquel cuyos servicios están reservados al personal militar y a sus familiares, aunque algunos tienen convenios con otros centros clínicos para ofrecer sus servicios a la población civil. Son hospitales especializados en tratar las enfermedades tanto físicas como mentales asociadas a la vida militar.

Como vemos en la información proporcionada por Bertran (2022) existen varias categorizaciones para hospitales. Por su parte los centros de salud son en una definición amplia lugares que brindan cuidados para la salud. Estos según la definición del término que adopte pueden englobar los hospitales de todos los niveles, clínicas, centros de cuidados ambulatorios y centros de cuidados especializados, tales como las maternidades, los centros psiquiátricos, centros geriátricos y consultorios particulares, entre otros.

Cada sitio comprende una amplia variedad de dinámicas y perfiles para el trabajo. En la actualidad hay muchos más espacios que pueden ser incluidos como centros de salud, dígame centros para el control de peso, centros para el manejo de adicciones, centros dedicados a la mujer, clínicas de rehabilitación y en los últimos años la subcategoría de *hospitales* COVID.

Los beneficios incrementales de atender al personal de sanidad.

La salud es un tema sumamente relevante porque tiene implicaciones trascendentes en la calidad de vida de las personas siendo no poco frecuente su peso significativo en la preservación/y *esperanza* de vida. El personal administrativo y operativo se ve envuelto en condiciones de alta presión por la naturaleza de la labor que ejercen. Parte importante de la responsabilidad de la atención de salud recae sobre el personal administrativo y operativo de los servicios.

Podríamos sumar los obstáculos descritos en el punto anterior dedicado al personal médico marcando sus propias particularidades y sumando varias cuestiones exclusivas. No obstante, describiendo solo un hecho podemos hacer ilustrativo para este trabajo estas cuestiones exclusivas. En aquellos centros de salud con escasos recursos o asfixia presupuestal el nivel de presión sobre el personal administrativo aumenta. Y ante la falta de procesos sanitarios adecuados o procesos defectivos de operación el personal operativo muchas veces ve comprometida su labor con mayor incidencia de fallos, reducción de la seguridad psicológica y cargos de responsabilidad no correspondidos, y otros efectos.

Se puede homologar recomendaciones para el personal administrativo, operativo y el personal médico. Con la aplicación adecuada de PAP se puede esperar impactar algunos indicadores socio-psicológicos y psico-biológicos:

- Mejora de la atención a pacientes.
- Mayor sensación de empatía entre trabajadores hospitalarios.
- Reducción de los efectos de estrés postraumático.
- Prevención del estrés crónico.
- Reconocimiento del agotamiento.
- Detección temprana de indicadores de *burnout*.
- Mejora en la calidad del sueño.
- Personal capacitado para dar y recibir PAP.
- Desahogo y reconociendo de las emociones.
- Promoción de la salud mental y el auto cuidado.
- Entre muchas otras.

4.2.3 PAP enfocados en pacientes, familiares y cuidadores.

La preocupación de la disciplina psicológica en relación con los temas de salud se orientó históricamente al estudio y tratamiento de la salud y las enfermedades mentales. Sin embargo, desde los años 60 la psicología empezó a ocuparse del proceso salud – enfermedad en su dimensión más amplia y comenzó a hacer aportes a un campo tradicionalmente exclusivo del discurso médico (Díaz, 2010).

La Psicología de la Salud.

El área disciplinar que se dedicó a este estudio se consolidó bajo el nombre de Psicología de la Salud y fue construyendo progresivamente un espacio propio como campo aplicado de la Psicología, orientando su evolución hacia dos enfoques: el clínico (con los antecedentes de la Psicología clínica, el Psicoanálisis, la Psicología médica y la Psicología cognitivo-conductual), y el social (fundamentado en la Psicología social comunitaria).

El psicólogo cubano Morales Calatayud (1997) hace una revisión del campo de referencia y conceptualiza que, la Psicología de la Salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención en salud...

Le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los pacientes enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben.

Con base en esta referencia, es importante detenernos en cuatro aspectos fundamentales para discernir las distintas perspectivas de trabajo de las que se ocupa la Psicología de la Salud:

1. En términos generales, se destaca el interés de este campo en investigar e intervenir sobre los aspectos psíquicos que inciden en el proceso salud -- enfermedad que, como ya se dijo, asume múltiples causas.
2. Se ocupa la Psicología de la Salud de la atención psicológica de los pacientes enfermos o con secuelas de alguna enfermedad, con base en la premisa de que los factores psíquicos tienen incidencia en el origen y la evolución de la enfermedad, y en la forma como el sujeto enfrenta la experiencia de estar enfermo.
3. Le interesa a esta rama de la Psicología aplicada el área denominada de la "salud positiva"; la cual plantea que los factores psíquicos y sociales inciden en el mantenimiento de la salud y propone una mirada que, desde el estudio psicológico, apoye los procesos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
4. Este campo se ocupa, además de los aspectos anteriores, del estudio de los factores psíquicos que intervienen en los vínculos entre los sujetos que hacen

parte de las acciones en salud. Se reconoce entonces que en el campo de la salud juega un papel importante la perspectiva de los profesionales que se desempeñan en esta área y el vínculo que mantienen con las poblaciones objeto de la atención.

Puesto de manifiesto lo anterior, se puede considerar a la ejecución de rutinas de atención en primeros auxilios psico-emocionales como una forma bastante pertinente de incorporar la Psicología de la Salud en el sistema de atención sanitario de todos los niveles.

¿Por dónde se puede comenzar con la implementación de los PAP en hospitales?

Las aplicaciones de los PAP pueden comenzar desde antes de la llegada de las asistencias médicas, no obstante, como se ha establecido hasta ahora la gran mayoría de protocolos de atención psicológica tienen como precepto salvaguardar primero la integridad física de los afectados. Por lo que, en algunos casos (algunos obvios y otros más difíciles de valorar) la aplicación de los PAP debe postergarse o incluso cancelarse.

Esta puede ser ofrecida una vez la persona haya sido valorada y tratada en hospitales. Ante un estado estable y fuera de peligro. Cuestionarse la viabilidad de esto en la práctica real es más que entendible. El recurso de PAP no siempre está disponible. Por lo general, un percance o accidente es lo que atrae los agentes y constituye una oportunidad manifiesta.

Pensando el asunto de tal forma, el lugar más atractivo para convocar la aplicación de PAP parecen ser los hospitales... ¡y en efecto lo son! Pensando en la categorización de servicios de salud existen distintos niveles y especialidades. El lugar a donde son trasladadas los afectados que sufren percances es a los servicios de urgencias de los hospitales, esto a través de servicios de ambulancias. Para los casos con producto de lesiones menores serán atendidos en clínicas de primer nivel o por médicos particulares en un consultorio al que pueden asistir por sus propios medios.

Los Servicios de Urgencias, se trata de un servicio destinado para recibir, estabilizar y atender al paciente que requiera de atención médica inmediata, cuyo caso ponga en peligro la vida de la persona o la función de un órgano; el cual está ubicado en las Clínicas Regionales, Hospitales Regionales y Hospitales de tercer Nivel.

Es necesario retomar conceptos del primer capítulo donde se describían las situaciones de crisis. Ahí se hablaba de que, el “recuento de los daños” se da en un momento posterior al epicentro del evento de crisis, y puede ser un momento tanto o más impactante psicológica y emocionalmente para los afectados.

En variedad de ocasiones el *recuento de los daños* viene de la mano de las noticias médicas. Hablamos por supuesto de daños fisiológicos, pérdida de la salud y condiciones

de vulnerabilidad. Qué son inestimables y cuyo estado puede, para los casos más severos, no contemplar una recuperación completa. Este es, por tanto, un momento clave para obtener un beneficio sólido de los PAP.

Horas, días, he incluso semanas siguen manteniendo la ventana de tiempo para tratar el impacto provocado por un suceso. Una vez que los pacientes están estables o incluso una vez restablecidos es aconsejable la aplicación del protocolo. Otra estrategia aconsejable es usar el tiempo que toma la estabilización de los pacientes para aplicar la maniobra en cuidadores y/o familiares.

Más allá de esas situaciones que se ven detonadas por un evento trágico o accidental; o una situación de crisis generada por un desastre o catástrofe natural, debemos recordar que... se reconoce bajo el paraguas conceptual de crisis; a cualquier evento o etapa significativa donde un personaje ve sus recursos sobrepasados o insuficientes para encarar una situación vivencial.

La *revelación diagnóstica* y las noticias medicas son momentos que pueden generar intensas sensaciones, y algunas, marcan una realidad totalmente nueva en la vida de los pacientes o clientes, y sus cuidadores o familias. En estos casos no parece tan obvia la entrega de PAP. Pues a simple vista es un momento alejado del epicentro de la situación. En un sentido más considerado se trata de una oportunidad manifiesta.

Sin embargo, no parece práctico ofertarlos de la misma manera. Puesto que los informes médicos son confidenciales. No hay un parámetro que marque la brújula del ofrecimiento. Por lo cual, lo recomendable es mantener un *servicio de PAP de puertas abiertas*. Este concepto no aparece de forma convencional en manuales de los protocolos de PAP pues se trata de *jerga* (o lenguaje técnico) de los servicios de asistencia social.

Cuando hablamos del modelo de *puertas abiertas* nos referimos a mantener la atención de PAP disponible para todo el público, y cuya disponibilidad no requiera forzosamente cita previa. Sino que se mantenga como un recurso que puede ser consumido a medida que la demanda se presenta.

La recepción amable y cordial de los agentes de PAP es esencial para el éxito de la operación en estos casos. Ante una cultura poco extendida de los PAP y falta de consciencia acerca de los cuidados de la salud mental en situaciones de crisis los afectados no llegarán con francas intenciones revelando de inmediato que necesitan hacer uso del recurso.

La actitud de los interesados en muchas ocasiones puede parecerse más a un asomo curioso para recibir informes del servicio o la búsqueda despistada para realizar algún trámite. Por ello el agente de PAP debe estimular la aproximación con preguntas genuinamente interesadas sobre el estado de los pacientes y sus familiares/o cuidadores.

Los beneficios añadidos de los PAP para este tipo de casos incluyen:

- Adherencia a tratamientos.
- Mejora el récord de asistencia a las consultas.
- Beneficios en el manejo del dolor.
- Mayor entendimiento de la condición médica.
- Mejorar la comunicación de médico a paciente.
- Fortalecer el afrontamiento en cuidadores y/o familias.

Acotación sobre la adherencia a tratamientos: Los psicólogos de la salud participan en la investigación y la práctica encaminada a lograr que la gente siga los regímenes de tratamiento. Los pacientes a menudo olvidan tomar sus píldoras u optar por no tomar sus medicamentos recetados debido a los efectos secundarios. No tomar la medicación prescrita es costoso. Las tasas de cumplimiento estimados son difíciles de medir; sin embargo, hay la evidencia de que la adhesión podría mejorarse mediante la adaptación de los programas de tratamiento para la vida cotidiana de los individuos.

Los casos de aplicación hasta ahora mencionados son solo algunos casos tomados de un amplio registro de mecánicas que acontecen en centros de salud. El hecho al día de hoy es que, los servicios psicológicos ligados a la salud vienen con desfase en su crecimiento en comparación a los cambios en las dinámicas en centros de salud.

Al comienzo de este capítulo rescatábamos las audaces pero justificadas predicciones sobre el futuro de la atención médica. Por tal motivo, es urgente una serie de análisis juiciosos por parte de los psicólogos para valorar que tan actualizados están sus modelos psico – clínicos actuales con respecto a las políticas y prácticas de los centros de salud y hospitales.

Unidad de Servicios Psicológicos en Hospitales y Centros de Salud.

Algunos hospitales cuentan con una Unidad de Servicios Psicológicos. Estos pueden desplegar grandes líneas de intervención y tienen como deber:

- Atender a la mayor cantidad de usuarios.
- Integrarse con el trabajo multidisciplinario.
- Ser eficientes y eficaces.
- Actuar con base en evidencia científica.
- Demostrar resultados.

Pocos centros de salud cuentan con los recursos para hospedar su propia Unidad de Psicología de la Salud o su derivación más frecuente; la Unidad de Psicología Hospitalaria. Algunos psicólogos en hospitales reconocen que la atención psicológica no solo es insuficiente en los hospitales públicos. El problema se extiende al grado de que en los propios hospitales dedicados a la psiquiatría y la atención psicológica la demanda por

servicios colapsa la capacidad de los programas. Así como también se torna larga la espera para recibir consulta especializada de profesionales.

La falta de vinculación entre la atención psicológica y los servicios médicos no se puede atribuir simplemente a la falta de concientización sobre los beneficios que esta atención puede generar. El problema tiene raíces más profundas llegando a ser un tema político, y por supuesto con implicación económica y social.

Siendo así, los trabajos académicos y de investigación serios requieren; no solo comprobar los aspectos más positivos de los abordajes psicológicos de asistencia, y documentar la efectividad de la vinculación de la psicología en otras áreas de la sanidad; sino plantear estudios esmerados que determinen la realidad de causas que ha imposibilitado la formación de dichos vínculos durante las dos últimas décadas.

Como vemos hasta ahora el protocolo de PAP es universal y su aplicación no requiere una especialización formal. Los beneficios se pueden extender a cualquier tipo de organización, sin embargo, el tipo de organización donde residen conlleva pensar sobre cómo afrontar diversas condiciones.

La importancia de auxiliar a familiares y/o cuidadores primarios.

Al igual que sucede con la ayuda a personal médico y administrativo hay un beneficio añadido en atender a familiares y/o cuidadores. Antes de revelar los beneficios asociados es propicio definir a lo que es un cuidador primario. Según la Secretaria de Salud de México, es aquella persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de una persona que por sí misma no puede, papel que, por lo general, es asumido por la esposa, esposo, hija, hijo, un familiar o alguien cercano a la o el paciente. Y en algunos pocos casos se trata de un profesional del cuidado.

La Secretaria añade que el cuidado diario y a largo plazo, aunque sea de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de quienes lo realizan, principalmente recae sobre una sola persona. La importante función que desempeña la o el cuidador principal, puede ocasionarle una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar.

Algunos de los problemas más comunes son (Secretaria de Salud):

- Pérdida de energía: Constantemente se encuentra a la disposición de la persona bajo su cuidado, tanto mental como físicamente, alterando sus horas de sueño.
- Desánimo para realizar sus actividades cotidianas: La o el cuidador siente que no cuenta con el tiempo suficiente para realizar sus actividades personales, ya que su tiempo está alrededor de la persona bajo su cuidado.

- Altos niveles de ansiedad: Continuamente piensan en el estado que se encuentra la persona, se sienten impotentes por no poder sanarlo de forma correcta, por descuidar su vida personal sintiendo ansiedad por no poder controlar la situación.

Con toda seguridad es posible enlistar muchos más. Después de todo se trata de una responsabilidad que demanda tiempo, dinero, energía y paciencia. Y en muchos casos es una responsabilidad que se extiende a lo largo de años, transformando la vida de las personas que hacen de cuidadores primarios. He incluso de los familiares más cercanos, aunque no se asuman por completo el papel del cuidador primario, se reparten cargas y responsabilidades que pueden generar deterioro en algún punto.

Por supuesto que el protocolo A B C D E de PAP está dirigido a todo el público en general. Y los pasos, técnicas y hasta algunas recomendaciones de la aplicación son siempre los mismos. Es decir, están *estandarizados*, independientemente del tipo de crisis que afecte al auxiliado. Esto se debe a que los mecanismos neurológicos y psicológicos que se suceden ante la crisis emocional son siempre los mismos.

Sin embargo, entender una problemática en particular, ya sea por medio de la literatura u a través de la pericia puede llevar a ofrecer una atención más comprensiva y encaminar el discurso. Así como orientar el material psico-educativo.

Por ejemplo: Una preocupación común entre los cuidadores, es el sentimiento de que ellos cuidan, pero no reciben en esa relación un intercambio del cuidado. Visto desde una perspectiva informada; no se trata en absoluto de un tema de correspondencia sino un tema de posibilidades. La óptica cambia desde el sentimiento y las necesidades no satisfechas del cuidador primario.

De tal modo que, aunque un agente de PAP pueda tener una completa asimilación de los conceptos y se muestre abiertamente empático. Entender por lo suficiente una situación y responder con diálogos asertivos probablemente le llevara algunos intentos enmarcados en el mismo contexto.

Está claro que los PAP son un acercamiento psicológico de primer contacto y que no pretenden solucionar, ni sugerir posibles soluciones a las situaciones que causan las crisis. En una crisis emocional, no en todos los casos, pero a menudo, las personas se sienten con un fuerte deseo de responderse preguntas y encontrar explicaciones a las cosas que les suceden.

No hablamos de dar explicación a los síntomas de propios de la crisis emocional. Hablamos de personas que tratan de entender un asunto particular que los involucra afectivamente. De una persona transitando por una crisis emocional asociada a un proceso personal de cuestionamiento personal de muchas cosas, cuya duda constante genera desesperación agobio y frustración.

De forma velada se trata de un esfuerzo de racionalización y un deseo de comprensión con el objetivo de sentirse mejor. Aquí por el contrario que en el principio de atribución causal o vínculo causal, que se usa para generar explicaciones (sin importar si son correctas) o hipótesis de las causas con el fin de liberar recursos psíquicos. La persona no se apega a la explicación más próxima o familiar. Por lo que se siente bloqueada, desorganizada psíquicamente y su ansiedad aumenta a medida que se formula más preguntas que no es capaz de resolver por sí mismo.

Muchas veces la escucha activa es suficiente para permitirle plantear su situación y evocar respuestas mediante su propio dialogo. En otras ocasiones, la psico-educación le puede brindar una orientación que le ayude a sentirse identificado y comprendido. Y habrá veces que será la experiencia de un agente, que por medio de un dialogo asertivo, pueda brindarle una frase, un dato o un concepto que le haga sentido y que por medio de este desarrolle una atribución causal que brinde alivio a su agobio intelectual.

Para las personas que enfrentan eventos en donde se sienten superados dar respuestas satisfactorias a preguntas que les rondan la mente de forma obsesiva supone un logro. Los logros en las situaciones de auxilios suponen recobrar el sentido de suficiencia y redimensionar su problema o situación. Con lo cual se recobra el sentido de esperanza. A la vez que restablece sus capacidades de afrontamiento.

¿Por qué tiene cabida la mención de este tema? Un agente de PAP voluntarioso, y en especial si se trata de uno que se encuentra con un tipo constante de casos. Como lo puede llegar a ser el trato constante con cuidadores primarios. Entenderá que consultar literatura y/o enterarse del tema por otras fuentes le ayudará desenvolverse con mayor asertividad.

Supongamos que un agente PAP se ha informado acerca del tema de cuidadores primarios, los problemas que enfrentan y como suelen sentirse o que por su experiencia de campo se ha dado cuenta que para generar *rapport* (mostrar "sintonía" psicológica y emocional) una declarativa efectiva es:

“Como cuidadores de otros, muchas veces, nos preguntamos ¿Y a nosotros, quien nos cuida? A veces sentimos que queremos abandonar el cuidado de otros para cuidarnos nosotros mismos. Más adelante en mi trabajo como agente me he dado cuenta de que las personas que damos cuidados o atención y que nos preocupamos por otros, tenemos el don o la habilidad de cuidar. Y, por lo tanto, podemos cuidar de otros y también de nosotros mismos. Para ello a veces debemos detenernos, como en este caso, y mirarnos a nosotros mismos para concedernos esa oportunidad.”

Un dialogo así puede resultar sumamente empático (siempre y cuando devuelva elementos que se han proporcionado en la escucha activa por parte del afectado) y para los casos que corresponda, puede ser un esquema de apoyo intelectual para que el afectado desarrolle dialécticamente respuestas a sus propias interrogantes y de lugar a su respuesta causal.

El material psico-educativo puede contener folletería con algún tipo de recomendación tópica, por ejemplo, para el caso de los cuidadores primarios sobre:

- Autocuidado en la persona cuidadora.
- Síndrome de sobrecarga del cuidador.
- Hábitos saludables recomendables para las personas cuidadoras.
- Algunas estrategias.

En conclusión, en el abordaje de PAP hacia una segmentación específica el agente o brigadista puede acondicionar sus diálogos y su material psico-educativo para hacer más efectivas sus intervenciones.

Ya se han mencionado en este mismo capítulo varios de los casos donde son más solicitados los PAP por pacientes, familiares y/o cuidadores primarios, así que hagamos una recapitulación de cuales son:

- Después de accidentes.
- Al momento de una revelación diagnóstica impactante.
- Después de ser testigos de un suceso trágico.
- Ante la pérdida de un familiar por una cuestión de salud.
- Tras sufrir un abuso con consecuencias en la salud.
- Ante el deterioro o disminución de la salud.
- Cuando el cuidador primario o la familia de los pacientes enfrentan sobrecarga.
- En pacientes que sufren situación de abandono.
- Cuando existe la pérdida de algún miembro del cuerpo.
- Si un herido es referido por una situación de violencia o abuso.
- Recientemente por crisis provocadas a causa de la enfermedad, secuelas o contexto en relación con COVID-19.

4.3 Adaptación de los Primeros Auxilios Psicológicos al contexto COVID-19.

Personas de todo el mundo se enfrentan a graves impactos en su salud mental y bienestar psicosocial debido a la pandemia de COVID-19. El malestar psicológico es generalizado entre grandes segmentos de la población. Por los efectos inmediatos del virus en la salud. Por las consecuencias de las medidas para contener la propagación. Como el aislamiento físico y la suspensión de los servicios. Y por la preocupación por la pérdida de medios de vida y educación.

Los efectos directos de la pandemia se ven agravados por los efectos de las emergencias humanitarias en curso y la fragilidad sociopolítica y económica en los países que albergan poblaciones vulnerables.

4.3.1 La responsabilidad de proveer información sobre COVID-19.

Como sucedió en 2001 con el atentado de las Torres Gemelas. Nuevamente un evento de gran impacto global dirige la atención sobre los servicios psicológicos de emergencias. En los servicios habituales de PAP ahora es requerimiento imperante proveer información generalizada, y en algunos casos específica acerca de la COVID-19, los servicios y el apoyo disponibles, y los protocolos de seguridad.

De acuerdo con el manual desarrollado por el Comité Permanente entre Organismos (IASC), el cuál es el foro de coordinación humanitaria más antiguo y de más alto nivel del sistema de las Naciones Unidas (2020). La primera sugerencia para practicar los PAP es prepararse para ayudar informándose acerca de la COVID-19, los servicios y el apoyo disponibles, y los protocolos de seguridad. La tabla 6 recoge algunas recomendaciones de IASC publicadas en 2020 para hacerlo.

Tabla 6. Como prepararse para asistir en el contexto de la COVID-19.

Infórmese
acerca de la
COVID-19

- Utilice fuentes de información fiables, como la OMS o su autoridad sanitaria nacional.
- Sepa cómo se transmite la COVID-19, cómo mantenerse saludable y cómo evitar la propagación de la enfermedad.
- Conozca los riesgos, signos y síntomas de la infección, así como la manera de proceder si ha estado en contacto con alguien que presenta síntomas o que ha arrojado un resultado positivo para la COVID-19 o si usted se enferma.
- Conozca las formas en que las personas pueden responder a la crisis en términos de salud mental en su contexto.

Infórmese
acerca de los
servicios y el
apoyo
disponibles

- Para las personas que necesitan mayor asistencia para lidiar con la situación de manera emocional, social o práctica, averigüe la información de contacto de los recursos importantes en su zona, entre otros, atención de la salud mental, servicios sociales, reparto de alimentos, cómo acceder a la atención de la salud cuando se necesita y medidas de asistencia adoptadas por el gobierno.
 - Sepa cuáles son las herramientas de comunicación para apoyar a las personas de forma remota, en particular a aquellas que tienen diferentes niveles de acceso (p. ej. idioma, conocimientos básicos, discapacidad).
 - En entornos humanitarios, revise el mapeo de servicios entre organismos (actualizado idealmente con las consideraciones de acceso relativas a la COVID-19).
-

Infórmese
acerca de los
protocolos de
seguridad

- Conozca y siga los protocolos recomendados para evitar la propagación de la infección en su país, lo que incluye: practicar el distanciamiento físico y la cuarentena, según sea necesario.
 - Recuerde que usted o la persona a la que está asistiendo no necesariamente puede presentar síntomas para ser portador y posiblemente transmitir la COVID-19 a otros.
 - Averigüe la disponibilidad de los EPP, cuándo y cómo usarlos.
-

Existen dos tipos de riesgos durante la pandemia de la COVID-19:

1. Riesgos que están directamente relacionados con la COVID-19.

Todos estamos en riesgo de contraer la COVID-19 y la regla general es garantizar que las personas que requieren servicios de SMAPS (Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias) sean incluidas en la respuesta a la COVID-19 sobre una base equitativa.

Algunas personas que presentan afecciones relacionadas con los SMAPS se encuentran en mayor riesgo que otras por lo siguiente:

- Mayor riesgo de contraer la COVID-19 (p. ej. personas con problemas de salud mental que son hospitalizadas).
- Mayor riesgo de transmitir la COVID-19 a otros (p. ej. debido a la incapacidad de entender los riesgos de transmisión o de seguir las instrucciones de distanciamiento físico).
- Mayor posibilidad de que la infección por COVID-19 se torne grave debido a problemas de salud o vulnerabilidades ya existentes.

2. Riesgos que no están directamente relacionados con la COVID-19.

Y es debido a los cambios de carácter contextual la pandemia de la COVID-19 puede cambiar profundamente el entorno socio – ecológico para los usuarios, adultos o niños, de los servicios de SMAPS, debido a:

- Sistemas de apoyo social que se vuelven disfuncionales o superan su capacidad y cuidadores que se enferman o mueren.
- Mayores niveles de estrés debido a las restricciones de circulación y condiciones de hacinamiento.
- Deterioro de las situaciones financieras/oportunidades de subsistencia.

- Riesgo para la protección infantil debido a la perturbación del entorno en el que los niños crecen y se desarrollan
- Mayor exposición a la violencia de género (en particular a la violencia infligida por la pareja, la explotación y los abusos sexuales).
- Acceso limitado a los servicios, entre ellos los servicios de SMAPS.

Algunos manuales y conferencias relacionadas a PAP presentados en las primeras etapas del contexto COVID-19 se ceñían a la información que surgía en su momento sobre los cuidados para la contención de la infección que provoca el virus. Esta información ha ido avanzando y seguirá actualizándose durante los años siguientes; ante la aparición de nuevos medicamentos, el avance en las campañas de vacunación y la publicación de resultados epidemiológicos. Así mismo la fenomenología social al respecto ha ido madurando.

Discusión asociada a la provisión de información en el contexto de la COVID-19.

Un diferenciador importante en intervenciones en el contexto COVID es la veracidad de la información que se entrega. Existen una serie de hábitos fijados en la sociedad con respecto al COVID que surgieron como disposiciones oficiales y normas para organizaciones pero que bien pueden no tener un impacto real. Es un hecho, que las políticas públicas no pueden actualizarse a la velocidad de los informes de boletines científicos.

Para obtener una comprobación empírica basta con examinar la disparidad de medidas entre los países. No solo han sido diferentes en cuanto su estrategia epidemiológica, sino que existe una disparidad entre algunas medidas con respecto a la información científica más consensada.

A diferencia con lo que sucede en las intervenciones de PAP en los marcos más tradicionales, donde se respeta una hipótesis causal y la información se oferta sin contradecir la información que pudiera ser imprecisa, incorrecta o falsa. Para el contexto COVID existe una disyuntiva... se trata de preguntarse si dentro de la psico-educación está implícito el deber civil de difundir información verídica/oficial. Aun cuando esta contradiga la información que el afectado posee.

Apresuradamente la respuesta parece ser afirmativa. En apariencia figura como una suposición correcta tanto por el bienestar colectivo como individual. El pensamiento casual diría que la información verificada es más benéfica que una información a falsa.

Desde luego sería aceptable proveer esta información verificada sin más. Debemos considerar que las personas encadenan la información que aceptan a formas causales que les proveen mayor seguridad. Corresponde entonces una pregunta para el análisis de esta situación: ¿Por qué las personas deciden aceptar (de forma a veces más reflexiva y

otras menos) cierta información?... esta interrogante es particularmente interesante y merece su propio análisis.

Por ahora, es momento de atender con una explicación extendida en el ámbito de la psicología clínica, la nos indica que: algunas personas asumen información falsa para convenir rituales que a su vez les proporcionan un marco psicológico en el cual actuar con seguridad.

La provisión de una falsa sensación de seguridad podría tener como consecuencia que las personas se confíen y dejen de ser cuidadosas de los demás mecanismos de protección o que, por el contrario, exageren medidas (algunas ineficaces) por medio de comportamientos obsesivos que pueden deteriorar con el tiempo su salud física y mental.

Esta podría ser una causa de que las personas rechacen cualquier tipo de información, sin importar que se trate de hechos científicos ampliamente verificados. Al aceptar esta información ven vulnerados rituales y mecanismos que les confieren una sensación de seguridad o "aceptación social" de su círculo cercano. Por otra parte, están quienes son un poco más reflexivos y han perdido la confianza, pues observan que la información científica ha sido tergiversada por medios de comunicación y gobiernos en varias ocasiones.

¿Qué pasa cuando el sujeto que niega información avalada es el agente de PAP?

La neutralidad que deben mostrar los agentes de servicio de PAP no debe darse por descontado. Recordemos que la relación de ayuda es un evento que suscita emociones y que se configura con dos interlocutores con creencias y afinidades propias. Supongamos que un agente tiene una fuerte convicción antivacunas. ¿Es posible mantener una neutralidad ante argumentos totalmente contrarios? ¿Un agente puede difundir información que considera un engaño?

Desde esta perspectiva la información que se ofrece ya no parece solo un punto de manual si no un tema verdaderamente complejo. Y que puede comprometer la calidad de la intervención. Así mismo se cae en la ilusión de *la información verídica u oficial*.

Existe un amplio sector de profesionales, incluso entre ellos médicos y académicos que consideran como información verídica u oficial aquella que pertenece a ciertos medios de tradición. Pero vale la pena preguntarse: ¿Los medios de comunicación tradicional o más convenidos proveen información verídica u oficial? ¿Cuál es el criterio para decantarse por una fuente u otra?

Muchas veces las organizaciones son quienes suministran información a su personal. Misma que puede ser fácilmente tomada sin cuestionarse, y más aún ante el agotamiento por la demanda de asistencia, ante el bombardeo de información, o simplemente ante el sesgo de autoridad o por cumplir un mandato.

Por defecto, ninguna información proporcionada por un tercero puede darse como una información confiable. Una recomendación ampliamente extendida por los gobiernos y por los institutos de salud, incluso contenida en los mismos manuales de PAP es la de corroborar la información.

Para resolver este asunto, lo más recomendable es apearse a una “fuente de la verdad” única. Un término de la jerga de los profesionales de la gestión de la información y el desarrollo de software pero que puede extenderse, o encontrarse adaptado en muchos otros campos. Se refiere a tomar una fuente de información como la verdad.

Esta táctica fue ocupada por las empresas de tecnología y redes sociales como Facebook, Amazon y Google, entre otras. Ellos presentaban en sus aplicaciones cortinillas, localizaban *banners* y promovían activamente revisar información oficial por medio del sitio: www.gob.mx/salud y también por medio de: coronavirus.gob.mx/ para enterarse de las novedades con respecto a la situación de salud.

En ese mismo sentido la folletería, la respuesta de psico–educación y toda información suministrada dentro del proceso de PAP puede establecer una *fuentes de verdad* confiable. Aquí algunas sugerencias respaldadas en su carácter oficial, su alto nivel de autoridad y su consenso científico:

- Secretaria de Salud del Gobierno Mexicano: gob.mx/salud
- Todo sobre el COVID – Gobierno de México: coronavirus.gob.mx/
- Toda la información relativa a la vacunación: vacunacovid.gob.mx/
- Sitio de la Organización Mundial de la Salud (En español): who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019
- Conversaciones Científicas de OMS sobre COVID-19: youtube.com/c/PAHOTV
- Organización Panamericana de la Salud (En español): paho.org/es/temas/coronavirus
- Información General Nacional sobre casos confirmados: datos.covid-19.conacyt.mx/

4.3.2 Casos más comunes en el contexto COVID-19.

Es difícil estimar con precisión el impacto de la pandemia provocada por la expansión de la COVID-19. El cual ha causado efecto de salud desde la perspectiva mental y física. A generado cambios económicos. Y ha surtido un efecto psicosocial.

En las últimas décadas, los seres humanos y la sociedad que hemos construido ha evolucionado de manera muy notable, y con el avance de las nuevas tecnologías, nuestra forma de relacionarnos con el entorno es muy distinta a la de las generaciones anteriores.

Con información obtenida en la ponencia virtual *Primeros Auxilios Psicológicos: Entrenamiento continuo sobre manejo médico en COVID-19* impartida por el Dr. Alejandro Molina López, Médico Cirujano Especialista en Psiquiatría por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (2020), podemos plantear que los afectados pueden ser los siguientes:

- Aquellos que ante un estado de estrés crónico producido el contexto del SARS-CoV-2 desarrollaron trastornos mentales, iniciaron o aumentaron el consumo de sustancias y manifiestan riesgo suicida.
- Aquellos que tuvieron una grave crisis de salud que no pudo ser atendida por la sobresaturación de los servicios de salud.
- Aquellos que perdieron familiares, amigos, pareja o compañeros por causa del SARS-CoV-2.
- Aquellos que experimentan secuelas importantes a causa de la infección del SARS-CoV-2. En especial las secuelas cognitivas.
- Trabajadores del sector salud expuestos a sobre cargas de trabajo y el impacto de las oleadas de la epidemia.
- Personas sometidas a largos periodos de confinamiento, aislamiento y soledad, y que medidas que van en decremento del desarrollo psicosocial.
- Aquellos con excesivo temor al contagio.
- Aquellos que vieron incrementado su nivel de vulnerabilidad por causa del contexto; violencia intrafamiliar, violencia en el trabajo, violencia de género, pérdida del empleo, desalojo de su vivienda, pérdida del poder adquisitivo, etc.

4.3.3 Salud mental y respuestas psicosociales al COVID-19.

En cualquier epidemia, es común que las personas se sientan estresadas y preocupadas. Las respuestas comunes de las personas afectadas (tanto en forma directa como indirecta) pueden incluir:

- Miedo a enfermarse y morir.
- Evitar acercarse a centros de salud por miedo a infectarse mientras reciben atención.
- Miedo a perder el sustento, no poder trabajar debido al aislamiento y a ser despedidas de su trabajo.

- Miedo a quedar socialmente excluidas/enviadas a cuarentena por estar asociadas con la enfermedad (por ej., estigma/racismo contra las personas que provienen de las áreas afectadas o que se percibe que provienen de tales áreas).
- Sentirse impotente al querer proteger a los seres queridos y miedo a perder a sus seres queridos debido al virus.
- Miedo a estar separadas de los seres queridos y cuidadores debido al régimen de cuarentena.
- Negarse a cuidar a menores no acompañados o separados, personas con discapacidades o personas mayores debido al miedo a infectarse, porque los padres o cuidadores han sido enviados a cuarentena.
- Sensación de desamparo, aburrimiento, soledad y depresión debido al aislamiento.
- Problemas en la relación con pareja y familiares por el home office y el aumento del tiempo en el hogar.

Las emergencias siempre son estresantes, pero hay factores de estrés que afectan a la población específicos del brote de COVID-19. Los factores de estrés incluyen:

- El riesgo de estar infectado e infectar a otros, en especial si el modo de transmisión del COVID-19 no es 100% claro para la población general.
- Los síntomas comunes de otros problemas de salud (por ej., una fiebre) pueden confundirse con el COVID-19 y provocar miedo a estar infectado.
- Los cuidadores pueden sentirse cada vez más preocupados porque sus hijos estén solos (debido al cierre de las escuelas) sin el cuidado ni el apoyo adecuados. El cierre de las escuelas puede tener distintos efectos en las mujeres, quienes brindan la mayor parte del cuidado informal dentro de la familia, con las consecuencias de limitar su trabajo y sus oportunidades económicas.
- El riesgo del deterioro de la salud física y mental de personas vulnerables, como los adultos mayores y las personas con discapacidades, si sus cuidadores fueran enviados a cuarentena y no dispusieran de otros cuidados y apoyo.

Además, los trabajadores de primera línea (incluidos enfermeros, médicos, conductores de ambulancias, identificadores de casos y otros) pueden experimentar otros factores de estrés adicionales durante el brote de COVID-19:

- Estigmatización de aquellos que trabajan con pacientes del virus COVID-19 y sus restos
- Medidas estrictas de bioseguridad:
 - Esfuerzo físico de llevar los equipos de protección.

- Aislamiento físico/social que dificulta la tarea de brindar comodidad a alguien que está enfermo o angustiado.
 - Alerta y vigilancia constante.
 - Procedimientos estrictos que seguir que restringen la espontaneidad y la autonomía.
- Mayor demanda en el entorno laboral, incluidas largas horas de trabajo, aumento en el número de pacientes y la exigencia de mantenerse actualizado con las buenas prácticas a medida que surge más información sobre el patógeno.
 - Capacidad reducida para beneficiarse del apoyo social debido a los intensos horarios laborales y el estigma de la comunidad hacia los trabajadores de primera línea.
 - Personal o capacidad insuficiente para implementar el autocuidado básico, especialmente entre las personas que viven con una discapacidad
 - Miedo a que los trabajadores de primera línea puedan transmitir el COVID-19 a sus amigos y familiares debido a su trabajo.

El constante miedo, preocupación, incertidumbre y los factores de estrés en la población durante el brote de COVID-19 pueden tener consecuencias a largo plazo en las comunidades, familias y personas vulnerables:

- Deterioro de los lazos sociales, las dinámicas y economías locales.
- Posible estado emocional: mayor enojo y agresión contra el gobierno y los trabajadores de primera línea.
- Posible enojo y agresión contra los niños, cónyuges, parejas y familiares (aumento de la violencia familiar y de pareja).
- Posible falta de confianza en la información que brinden el gobierno y otras autoridades.
- Recaídas y otras consecuencias negativas en personas con trastornos de la salud mental.
- Abuso de sustancias o desarrollo de adicciones por distintos motivos.

Algunos de estos miedos y reacciones surgen de peligros reales, pero muchas reacciones y comportamientos emergen también de la falta de conocimiento, los rumores y la información falsa.

Se debe tener cuidado de promover la integración de las personas que se vieron afectadas por el COVID-19 sin hacer foco excesivamente en ellas, el enfoque social puede resultar más productivo.

4.3.4 El uso y desarrollo de material didáctico e infografías.

Parece abrumador la cantidad de fenómenos relacionados al impacto de la pandemia y la postpandemia. Y más recientemente no solo relacionados con la COVID-19, si no con muchas otras crisis sanitarias a gran escala. Por ello, es necesario recalcar que el abordaje debe atenderse como parte de la estrategia epidemiológica que involucra a diversos actores.

Conceptualmente, el método epidemiológico no es otra cosa que el método científico aplicado al campo de la epidemiología, para el estudio de la frecuencia, la distribución y los factores responsables de la enfermedad en poblaciones humanas que tiene por objetivo la mejora de la salud de las poblaciones (Díaz, 2011).

Desde el punto de vista de las organizaciones... a nivel de instituciones, escuelas y a través de grandes vías de comunicación digital, elaborar materiales informativos para difundir información veraz es una herramienta requerida para afrontar grandes crisis de salud.

Recordemos que los PAP se diferencian ampliamente de otro tipo de servicios de asistencia social por su carácter centralizado en el vínculo personal de la relación de ayuda. Por lo que todo material de folletería debe, en caso de proporcionarse, ser meramente de apoyo informativo. Con el motivo de facilitar ayuda especializada, focalizada, de servicios básicos o de seguridad. Y para el caso del material didáctico, este debe de ser únicamente una guía para las dinámicas en la intervención.

La asistencia de primero contacto como lo pueden ser los Primeros Auxilios Físicos o Psicológicos pueden ser la puerta para incorporarse a otros recursos de atención a la salud mental frente a la pandemia COVID. Así como canalizar a otras redes de apoyo de propósito relacionado.

Hablando del *rol* de psicólogo en la aplicación de PAP, este profesional puede familiarizarse con las buenas prácticas en el área de la salud. Para abordar problemáticas a partir de información robusta. Adecuando a su formación paradigmas especializados en distintas áreas de especialidad de la intervención dentro del contexto COVID-19.

Los PAP tienen protocolo específico que puede extenderse a otro tipo de intervención más directivas para personas con factores de riesgo. Por ejemplo: Una persona totalmente desbordada que pueda atentar contra sí misma, que exprese discurso fatalista y/o una forma de expresión agresiva o amenazante.

¿Por qué un psicólogo tendría que adaptarse a un paradigma que no pertenece a la psicología, sino que viene de la cuestión biomédica? A esta interrogante el Dr. Landa, fundador y coordinador del Departamento de Psicología en Urgencias Médicas, en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en la Ciudad de México responde: Es algo criticable sin duda, sin embargo, también justificable. La psicología está inmersa en un

contexto que nos marca la OMS. Donde nos habla desde su declaración de salud, su declaración ALMA ATA; para la cual la salud es un estado completo de bienestar, no solamente físico si no también mental y social, que va más allá de la ausencia de enfermedad. En ese sentido la psicología juega un papel importante en el asunto de salud, y en la forma en la cual generamos el conocimiento que de ahí proviene (Landa, 2021).

A partir del modelo biopsicosocial propuesto por Engels en 1977, destaca que el adoptar este tipo de paradigma permitiría tener algunas ventajas importantes de comunicación para el personal de salud que está trabajando con algún problema de salud en particular (Landa, 2021).

El trabajo de la atención psicología hospitalaria basada en evidencia va en este mismo sentido. La capacitación basada en evidencia es el lenguaje que se maneja en el área de la salud en hospitales. Y la forma en que se puede discernir la información basada en evidencia sobre COVID-19. Permite aterrizar datos a trabajos infográficos de divulgación. Y comprender la información en guías clínicas para usuarios derivados por el factor COVID-19.

En el contexto COVID-19, ¿Quién es el proveedor adecuado de PAP? Desde luego que el efecto de la pandemia se expande a toda la sociedad y a diferentes ámbitos de la vida. Es difícil desvincular el contexto epidemiológico actual de las crisis actuales y futuras. Existen algunas situaciones donde los servicios de PAP pueden ser dirigidos con un enfoque específico como pueden ser los PAP en hospitales dirigidos a la atención COVID-19. En la transmisión de malas noticias. O en el control estricto de crisis emocionales asociadas. Como el temor excesivo y crónico de la infección; la falsa sintomatología; las crisis generadas por secuelas; etc. (Landa, 2021).

Existen varias formas de dirigir esta atención:

- Capacitando a personal hospitalario para atender pacientes y familiares.
- A través de una Unidad de Atención Psicológica Hospitalaria.
- Derivando la atención a los centros de PAP.
- Dedicando la atención a personal hospitalario de *zonas COVID*.
- Montando campañas itinerantes bajo el modelo de *puertas abiertas*.

Concluyendo, estos abordajes requieren un esfuerzo adicional de capacitación para empaparse de la información relacionada y mantenerse actualizado. Por supuesto, que médicos y psicólogos, vistos ambos como profesionales relacionados a la labor sanitaria, son los más idóneos para impulsar esfuerzos con visión integral.

Sin embargo, con perspectiva de futuro todos los PAP van a requerir asimilar una base informativa y una habilidad de desenvolverse en el contexto COVID. Este es un

tema aún en desarrollo, se espera mayor investigación y adaptación de los distintos protocolos existentes al factor sanitario y sus fenómenos derivados.

4.4 Primeros Auxilios Psicológicos en situaciones de violencia política.

La violencia política es un medio común usado por los pueblos y gobiernos de todo el mundo para lograr objetivos "políticos", esto es, relacionados con los siguientes poderes; legislativo, ejecutivo y judicial de un Estado.

Se trata de un concepto habitualmente utilizado en Ciencias Sociales y Políticas que hace referencia a destrucciones o atentados físicos contra objetos, instituciones o personas cuyo propósito, selección de daños y víctimas, puesta en escena y efecto poseen una significación política y tienden a modificar el comportamiento de los protagonistas en una situación de negociación mediante una coerción consumada.

Por lo general suele calificarse por parte del poder constituido en legitimidad como delito de asalto o vandalismo, pero sus fines son políticos, aunque sus medios sean violentos.

4.4.1 Clases de violencia política.

Según Paul Wilkinson (1977) referente en temas de terrorismo, violencia política y relaciones internacionales, la violencia política se puede categorizar de la siguiente manera:

- A gran escala:
 - Violencia y narcotráfico.
 - Rebelión armada o resistencia.
 - Terrorismo de estado o represión.
 - Vulneración de los derechos humanos por parte del Estado
 - Guerra civil.
 - Coerción electoral.
 - Uso de las fuerzas armadas para contener manifestaciones.
 - Censura de las facultades de expresión de manera sistemática.

- A pequeña escala:
 - Actos aislados de sabotaje o ataque a propiedades.
 - Complot político, mediático y judicial.
 - Guerra de clanes y vendettas.
 - Terrorismo de estado o represión.
 - Ataques directos de xenofobia y racismo.

4.4.2 Instancias donde no asistir con PAP.

El recurso de los PAP debe estar exento de causas políticas, partidistas, ideológicas y de interés particular. La asistencia de emergencia debe darse en un marco sin ánimo de lucro y de forma totalmente desinteresada. No se considera bajo ninguna circunstancia evaluar las causas morales o situaciones legales de los individuos para determinar ningún tipo de apoyo médico o psicológico.

El propósito (Figuroa, 2019) de los principios de atención de emergencia es el de establecer una serie de pasos para garantizar que se preste la mejor atención a las víctimas con el mínimo riesgo para la salud del auxiliador.

En las situaciones de violencia política, en muchas ocasiones, la determinación de causas supone la resolución de no asistir con PAP, y de no generar ningún tipo de injerencia como la salida más concienzuda (Figuroa, 2019).

¿Por qué esto es así? Si analizamos el principio de mínimo riesgo para la seguridad del auxiliador, nos encontramos con que estos eventos son de un nivel de alarma constante. Eso significa que el nivel de riesgo se mantiene latente hasta que quien interviene se aleja por completo el lugar donde se suceden los acontecimientos.

En contraparte, realizar una intervención bajo estado de peligro impide otro de los puntos centrales de la intervención en crisis. El de salvaguardar a la persona que desea la intervención alejándola de la zona del conflicto.

La intervención en crisis (Figuroa, 2019) se comenzó a estudiar formalmente durante el periodo de la Segunda Guerra Mundial y se ha visto que es indispensable para poder realizar esta intervención retirar a la persona del foco del conflicto. Si la persona está en el mismo foco del conflicto la intervención en crisis no es efectiva. Hay que buscar un espacio seguro que aislé a ambos agentes de la situación de amenaza.

Como se ha visto en capítulos anteriores el personal de asistencia en emergencias también tiene respuestas emocionales vinculadas a los acontecimientos. En el caso de las situaciones de violencia política, no es para nada extraño que las ideas de injusticia y clamor social despierten un furor colectivo y particular de todos los involucrados.

Las personas tenemos distintas posiciones políticas que se alinean de forma intrincada en nuestra psique con nuestros valores y creencias. Bajo tal situación (Figuroa, 2019) no parece adecuado asistir “emocionalmente” mientras lidiamos con nuestro propio conflicto emocional y moral.

4.4.3 El fenómeno del furor curandis.

Hay una consideración de sumo interés, por la cual, se pueden encontrar agentes de PAP sumamente tentados a cometer negligencia. Se trata de lo que Freud en su teoría psicoanalítica denomina “furor curandis”.

Para reconocer la validez de incluir este tema, hay que definir primero la semántica del término “furor”. El furor introduce un exceso, un hacer por demás; entusiasmo, exaltación, violencia, hasta ira. También se define como el momento de mayor intensidad de evento colectivo. Sin duda los eventos de clamor social agitan las emociones de los asistentes, y el furor se presenta junto al peligro de llevar a cabo actos irracionales que atenten contra la seguridad de otros y la propia.

El *furor curandis* según Freud, es un fervor (Sneh, 2017) compulsivo llevado por el fanatismo de ayudar y el deseo de “curar” a toda costa, menospreciando de forma enfadada los procedimientos prácticos — metodológicos y sus consecuentes derivaciones éticas por parte del terapeuta — analista. En este caso podemos trasladar el concepto freudiano a los responsables en emergencias.

Para quien se halla bajo el efecto psíquico del *furor curandis*, lo contrario a la asistencia forzada a toda costa, significa un acto de notable indiferencia. La indiferencia, por el contrario, supone desapasionamiento, impasibilidad, ausencia de afecto. ¿Qué exceso está en juego en este particular furor? ¿Qué medida de atención establece aquello que es considerado indiferencia? Es la apreciación del sufrimiento la constante que reúne ambas “cantidades”. La exageración o la ausencia de su consideración supondría como referente una medida adecuada de dosificación (Sneh, 2017).

Los PAP no distan de la atención médica de urgencias u otro tipo de asistencias de emergencias en cuanto a el precepto esencial de apegarse a sus bases operatorias. Un agente de este tipo opera de forma diligente siguiendo los protocolos establecidos. No auto-determina sus obligaciones (hablamos del nivel de involucramiento) y no auto-determina sus propios modos de operación sobre la marcha.

Describir este escenario es cuestión de provecho para explicar por qué determinados perfiles de voluntarios se ven implicados en malas prácticas acudiendo a toda costa al auxilio evadiendo el protocolo. Este es un tema poco tratado en la bibliografía consultada para este trabajo. Y representa una oportunidad para una futura discusión académica. Donde valdría la pena analizar qué tipos de perfiles psiquiátricos, psicológicos y tipos políticos deberían estar exentos de asumir un rol de voluntario en situaciones límite, de ayuda humanitaria o de estrecha implicación sentimental.

4.5 Asistencia psicológica y aplicación de protocolos a distancia.

La tecnología de la salud ha evolucionado de tal manera que las opciones terapéuticas y diagnósticas en las distintas especialidades han dibujado un nuevo panorama en la atención a distancia, ya que va en aumento la práctica de la atención médica con la ayuda de comunicaciones interactivas de sonido, video y datos; ello incluye la prestación de asistencia médica, la consulta, el diagnóstico y el tratamiento, así como la enseñanza y la transferencia de datos médicos.

En estos momentos el sector de la salud afronta dos exigencias: asegurar un acceso equitativo a servicios asistenciales de calidad, y reducir, o al menos controlar, los costos crecientes de los servicios asistenciales. Muchos sistemas de salud, consultorios médicos y profesionales médicos implementaron rápidamente procesos relacionados con la salud virtual.

4.5.1 Análisis de los medios para la asistencia psicológica y de PAP.

En la región de América Latina existen un gran número de zonas de pobreza extrema, pobreza intermedia y pobreza de escasos recursos y/o dificultad de acceso a servicios. Tomando tal consideración es fundamental que cualquier estrategia de atención a distancia se base en una analítica de los medios de comunicación.

Durante el tercer trimestre de 2020, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realizó la captación de la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2020. De esta manera, el INEGI da continuidad a la encuesta exclusiva iniciada en 2015 para la generación de estadísticas sobre disponibilidad de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), en los hogares y su uso por los individuos.

Las estimaciones de la ENDUTIH 2020 permiten caracterizar el fenómeno de la disponibilidad y uso de las TIC a nivel nacional, ámbito urbano, ámbito rural, por estrato socioeconómico y entidad federativa. Con este esfuerzo, el INEGI y las instituciones que apoyan la realización de esta encuesta, el Instituto Federal de Telecomunicaciones (IFT) y la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), ponen a disposición de los usuarios más y mejores estadísticas para la toma de decisiones.

En México hay 84.1 millones de usuarios de internet y 88.2 millones de usuarios de teléfonos celulares: ENDUTIH 2020. La encuesta estima que en 2020 se cuenta con 88.2 millones de usuarios de teléfono celular, lo que representa 75.5% de la población de seis años o más. En 2019 la proporción fue de 75.1% (86.5 millones de usuarios). Nueve de cada diez usuarios de teléfono celular disponen de un celular inteligente (Smartphone). Entre 2019 y 2020 los usuarios que sólo dispusieron de celular inteligente registraron un crecimiento de 3.5 puntos porcentuales (88.1% a 91.6%). Hacia 2025, se pronostica que el número de usuarios de internet en México superará los 95 millones.

El panorama parece alentador con respecto al crecimiento en la adopción de tecnológicas y el crecimiento de la cobertura de redes de comunicación. El Gobierno mexicano ha acompañado esta adopción con la inversión en un gran número de centros de atención telefónica en las últimas dos décadas. La emergencia sanitaria provocada por el SARS-COV-2 ha incrementado con nuevos centros telefónicos para la asistencia psicológica y con la ampliación de los programas ya existentes.

En mención de uno de los tantos esfuerzos que se han hecho; El Poder Judicial de la Ciudad de México (PJCDMX) unió esfuerzos con el Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de la CDMX para poner a disposición de las personas servidoras públicas una línea de atención psicológica que permita sobrellevar los efectos de la emergencia sanitaria y la labor jurisdiccional.

El presidente del PJCDMX, magistrado Rafael Guerra Álvarez; y el presidente del Consejo, Salvador Guerrero Chiprés, anunciaron la alianza que también beneficiará a las y los usuarios de los servicios del PJCDMX. Con una atención de 110 psicólogos y una disponibilidad de los siete días de la semana, las 24 horas, se busca generar un enlace de confianza que brinde los primeros auxilios psicológicos y acompañar a quienes llaman en medio de escenarios de crisis. El apoyo se provee a través de: Línea de Seguridad 55 5533 5533 o al Chat de confianza por WhatsApp 55 5533 5533. El servicio es gratuito.

La línea telefónica tiene como objetivo ayudar a recuperar el equilibrio emocional y prevenir la aparición de secuelas psicológicas. Cabe destacar que además de la contención que genera; los asesores brindarán información sobre instituciones que permitan llevar un proceso terapéutico o vincula al Centro de Recuperación Emocional del Consejo, en el que se brindará terapia breve de entre 10 y 12 sesiones.

A pocos meses de la emergencia sanitaria el Gobierno de México compendio un directorio web que alberga varias fuentes de atención de múltiple propósito relacionados con la salud mental; la salud integral, la prevención del COVID; y la preservación de la vida; entre otros fines. La cual se puede consultar accediendo a la siguiente dirección: coronavirus.gob.mx/salud-mental/

Es notorio es el esfuerzo mostrado por parte de algunas instituciones, gobierno e iniciativa privada. Continuando con la tradición y el compromiso expreso que caracteriza a la Universidad Autónoma de México, la UNAM ha puesto a disposición varios centros de apoyo telefónico en favor del bienestar del alumnado, la plantilla docente y, algunos servicios abiertos a la sociedad en su conjunto.

Son múltiples los portales para acceder no solo a la línea de apoyo directo, si no a un condensado fuertemente esmerado de recursos sobre información de salud mental, autocuidado, promoción del bienestar en durante esta emergencia sanitaria; y promoción de dinámicas de convivencia saludable dirigida a familias y pareja para afrontar el confinamiento y las disposiciones del semáforo epidemiológico.

Algunos directorios para consultar estos los recursos UNAM son:

- La Coordinación para la Igualdad de Género (2021), en su Unidad de Atención Psicológica pone a disposición sus centros de atención para la comunidad universitaria:
coordinaciongenero.unam.mx/2021/atencion-psicologica-unam/
- Con el programa *Toda la UNAM en línea*, en 2021 la UNAM pone a disposición recursos, acervos culturales, materiales y servicios en formato digital que se generan en la Universidad, cuya finalidad es fortalecer la presencia e impacto universitario en los ámbitos nacional e internacional:
unamenlinea.unam.mx/
- Plataforma dedicada a trabajar el bienestar emocional en tiempos del COVID 19, a partir de información actualizada, talleres, grupos de apoyo y recomendaciones estratégicas que puedan ser implementadas en sus comunidades educativas (DGIRE-UNAM, 2021):
dgire.unam.mx/contenido_wp/documentos/bienestar-emocional/
- Cuestionarios para la detección de riesgos a la salud mental: COVID-19 a partir de las respuestas, se recibe retroalimentación y recomendaciones para actuar ante las emociones, pensamientos y comportamientos que se pudieran identificar y que se presentan como resultado de la contingencia de salud que enfrentamos:
misalud.unam.mx/covid19
- La Facultad de Psicología ha canalizado importantes esfuerzos a la vinculación académica con la práctica profesional. Prueba de ello son los programas vigentes de prácticas supervisadas en Centros de Formación y Servicios Psicológicos bajo un Programa de Atención Psicológica a Distancia:
psicologia.unam.mx/centros-de-formacion/
- Programa de contención emocional con el propósito de acercar la atención especializada de enfermería en salud mental y psicología, la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ofrece los servicios de una línea de atención telefónica y vía chat:
eneo.unam.mx/enfermeriacallcenter/

Habitualmente, los servicios apoyo psicológico de primera línea siguen tres principios:

1. Observar.
2. Escuchar.
3. Vincular.

A través de la información revisada hasta el momento podemos encontrar estos fundamentos en distintos órdenes, a través de los pasos de los protocolos reseñados,

especialmente el modelo A B C D E, y que cubren desde la etapa de preparación y abordaje hasta la derivación a redes de apoyo.

Para la atención a distancia (o también llamada atención remota) como es el caso de la atención telefónica, la video-consulta o comunicación vía chat es evidente que el observar se vuelve un precepto difícil de implementar.

Algunas de las partes de la técnica que se ven mermadas son: asentir con la cabeza, posicionar la mirada, guiarse por el lenguaje corporal, usar el contacto físico, supervisar los ejercicios de respiración, observar expresiones faciales y un amplio etcétera. Así que se apela a la excelencia de la comunican y a la progresión en el uso de medios para encontrar pistas y generar formas sustitutas de las dinámicas presenciales. Por otro lado, estos medios también proveen varias ventajas.

4.5.2 Asistencia psicológica y aplicación de protocolos a distancia.

Ventajas que provee el soporte remoto o a distancia:

1. Mejora el tiempo de respuesta.
2. Canalización efectiva e inmediata.
3. Proveer el control sobre el grado de anonimato.
4. Soporte menos invasivo.
5. Amplia disponibilidad y mayor flexibilidad horaria.
6. Asegura la protección del agente telefónico.
7. Reducción de costos y el aumento de la productividad.
8. Permite al atendido tomar el control y hacer menos molesta la toma decisiones.
9. Metodologías de vanguardia para la medición de la satisfacción.
10. Mejora la supervisión y el análisis del trabajo de los agentes.
11. Concentración de servicios en un mismo centro.
12. Facilita el apego a protocolos y discursos más estandarizados.

Una ventaja difícilmente considerada en décadas anteriores, que ha surgido como una tendencia importante en distintas industrias que hacen uso de la atención a distancia, es la posibilidad de automatizar procesos. Hemos transitado de forma exponencial de la asistencia remota basada por completo en la comunicación persona a persona, a una asistencia mixta, que combina recursos informáticos, recursos digitales, y datos con teleasistencia o según el caso de los PAP; atención telefónica directa.

Existen varias tendencias en los servicios de comunicación a distancia. Los procesos de atención telefónica se han vuelto más eficientes, con miras a ciertos parámetros; como reducir costes, agilizar procesos o el reconocimiento de patrones por medio del análisis predictivo. Un ejemplo cotidiano es: la sección de preguntas y respuestas en portales web. Se trata de una sección que atiende las dudas más comunes. El cual puede impedir que se saturen las líneas de atención bajo las mismas demandas de información.

El creciente volumen de interacciones de estos sistemas ha llevado al uso generalizado de *bots* para manejar tareas rutinarias o repetitivas. Los *bots* combinan la automatización inteligente con el enrutamiento predictivo, la ejecución de funciones simples y en algunos casos la asistencia por medio de comandos de voz, texto o aplicaciones. De este modo, es posible:

- Agregar el elemento humano en el momento adecuado.
- Liberar a los agentes humanos para que interactúen con clientes con problemas más complicados.
- Facilitar el acceso a los usuarios a los servicios que desean.
- Archivar datos de cada paso en cada proceso para obtener un panorama completo de cada caso.
- Capturar lo aprendido en cada interacción.

La sofisticación de procesos de la comunicación remota nos permite tener el control y acortar nuestros procesos de negocio internos. Por ende, el usuario tiene una mejor experiencia y logra su objetivo más rápidamente. Sin duda, el fenómeno de la automatización y el análisis de grandes cantidades de datos se extenderá de forma inevitable a los servicios de asistencia en sus distintas modalidades. La consulta médica y la consulta psicológica poseen, por sus características, varias barreras agregadas que sortear. Pero sin duda esta convergencia reformulara como se practican las disciplinas de la salud. La tecnología de la salud es un término que está ganando fuerza y describe la comunión de dichos ámbitos.

El quehacer de los centros telefónicos ya usa datos para ajustar su servicio. Podríamos decir entonces que, la atención a distancia difiere de la atención presencial en varios ámbitos que le confieren ventajas y desventajas. Sin duda el análisis de datos se puede considerar un contrapeso importante a la falta de sociabilización presencial.

¿De qué manera adaptar los modelos de PAP a la modalidad remota o a distancia? Es necesario afirmar que la base del modelo de PAP sigue siendo exactamente la misma sin importar la modalidad. Aún en un modelo a distancia la relación de ayuda y los pasos A B C D E o pasos similares de otros protocolos se mantienen.

Es importante también puntuar que no todos los servicios de atención emocional a distancia en la actualidad se apoyan en la figura de los PAP. Por lo que es prudente y necesario circunscribir estrictamente a los servicios que brindan atención en crisis a un modelo científicamente comprobado como lo son los PAP.

4.5.3 Como aplicar PAP a distancia.

¿Cuáles son las consideraciones necesarias para adaptar los PAP a la modalidad a distancia? Los requisitos básicos para brindar un soporte remoto son:

- Describa en qué consiste el servicio y el tiempo que se dispone.
- Desarrolle un conjunto de pautas para responder llamadas.
- Decidir qué datos se recopilarán y como se usarán.
- Establezca fuentes confiables de información (como la OMS, el gobierno sitios web, etc.).
- Configurar un directorio de servicios a donde derivar cuando se sobrepasan las facultades del servicio.
- Mantener una lista actualizada de enlaces y materiales psicoeducativos que se puede enviar al final de una llamada.
- En la intervención psicológica telefónica hay que redoblar esfuerzos para mostrar que se está escuchando y trabajar de forma distinta los silencios.

Los PAP de forma remota se pueden proporcionar utilizando plataformas de comunicación que solo cuentan con voz o video o escritura vía online. Si se ofrece PAP remota utilizando solo contacto de voz, es extremadamente importante hablar despacio, claro y con calma. El personal y los voluntarios deben comunicarse con empatía y calidez, usando su voz para expresar su cuidado y atención. Escuchando atentamente sin distracciones y demostrar escuchar usando sonidos afirmativos es cruciales para la interacción.

Reconocer los sentimientos por medio del tono de voz y mostrar un discurso de comprensión de la persona que llama en eventos les ayuda a sentir que están siendo escuchados.

También es útil dar tiempo a las personas que llaman para expresar su frustración por su situación. Al hablar con una persona que llama muy preocupada, es importante crear una sensación de calma y seguridad utilizando un tono de voz tranquilo.

Si es posible ver a la persona que llama, puede ser útil compartir imágenes simples que representen mensajes sobre bienestar psicosocial.

En general, las llamadas deben centrarse en mejorar la sensación de control de la persona que llama, apoyándola en tomando buenas decisiones personales, promoviendo un afrontamiento positivo y alentándolos a buscar apoyo dentro de su red social.

Las personas que llaman pueden tener muchas necesidades diferentes y una persona que llama que necesita ayuda práctica también puede estar preocupada y necesitar apoyo psicosocial.

Durante la llamada, hay que optar por preguntas abiertas (qué, dónde, quién y cuándo; tenga cuidado de no preguntar por qué), formular una pregunta a la vez y evitar interpretar lo que dice la persona que llama.

Existen algunas convenciones en el discurso de los centros de llamadas que pueden serle de apoyo:

“Me mantengo escuchando”, “continuo con usted en la línea”, “le escucho claro lo que me cuenta”, “le sigo atendiendo”.

El interlocutor, si se trata de una llamada telefónica no sabrá qué acciones se están realizando al momento por ello es importante mantener una constante actualización de los eventos. Por ejemplo, el agente puede comunicar eventos de la siguiente forma:

“En este momento estoy llenando una boleta con sus datos”, “me encuentro enviando su solicitud”, “en este momento lo estoy enlazando con asistencias”, “le estoy enviando material de apoyo a su correo electrónico”.

Por su parte, el agente también puede preguntar para conocer la actualización del estado del usuario. Lo haría de la siguiente forma:

“Por favor infórmeme cuando la ambulancia haya arribado al lugar”, “Manténgame al tanto del estado de los hechos de su situación”, “Haga de mi conocimiento si ha obtenido información acerca de su familiar”, “Dígame si en este momento se encuentra en un lugar seguro para recibir el apoyo”.

Algunos pasos para atender emergencias remotas según el Centro para el Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional de la Cruz Roja en su manual de 2020 dedicado de Primeros Auxilios Psicológicos Remotos durante COVID-19 son:

- Preséntese a la persona que llama diciendo su nombre, organización y posición:

“Estás hablando con Carlos/Mónica de la Cruz Roja y yo estoy trabajando en el centro de llamadas de la Cruz Roja como voluntario...”

- Pregunte cómo puede ayudar y, si es adecuado, también pregunte el nombre de la persona que llama. Puede ser que la persona que llama prefiera mantener anonimato. Se puede usar este ejemplo:

“¿Cómo puedo ayudarte?” ... “¿Puedo preguntarte también tu nombre, para saber cómo llamarte?” ... “¿Desea permanecer anónimo?”

- Determinar la situación en la que se encuentran las personas que llaman. Las preguntas incluyen:
“¿Es usted el afectado directo o llama para apoyar a alguien más?” ... “¿Es usted público general o socorrista de primera línea?” ... “¿Usted se encuentra en medio de una emergencia?” ... ¿Tiene información usted sobre el estado de la emergencia, si esta ha pasado o sigue ocurriendo?
- Acuerde la duración de la llamada dependiendo de lo que pregunte la persona que llama:
“Ciertamente puedo ayudarte con esta información... ¿Ahora hay algo más que pueda hacer por ti?”... “Parece que tienes muchas cosas en la cabeza. En esta llamada podemos hablar durante unos 15 minutos y luego decidir cómo seguir adelante”.
- Dirigir la llamada hacia un avance. Puede hacerlo de la siguiente manera:
“Cuando hayamos hablado durante unos 10 minutos podemos hacer un balance y decidir cómo mejor proceder. ¿Cuáles son los asuntos más importantes con los que puedo ayudarlo?”
- Concluya sin olvidar la psico-educación y la derivación a redes de apoyo:
“Estos son eventos que nos generan el aumento de estrés y en ocasiones desorganizan nuestras ideas, así como usted relata que le está sucediendo” ... “Es entendible que usted se sienta abrumado por la situación... muchas personas en estos casos refieren sensaciones parecidas a las que usted me acaba de comentar”

4.5.4 Apps de contención y apoyo emocional.

En los últimos años han aumentado las soluciones tecnológicas dedicadas a la contención emocional, la consulta psicológica, la promoción de la salud mental, la vinculación de pacientes con profesionales de la salud mental y el manejo de las emociones.

Estas soluciones son la conjugación de: automatización, análisis de datos, conocimiento experto y profesionales de la salud mental. Varios expertos en diversos campos auguran un crecimiento exponencial en los tratamientos y soluciones a medida que la inteligencia artificial y los modelos de predicción avancen. Aún estamos en un atapa temprana de este tipo de tecnologías pero que ya se configuran como importantes áreas de negocio.

Estas soluciones ya funcionan con un importante grado de autonomía. Existen algunas *apps* (aplicaciones) de este tipo que funcionan basadas en un árbol de decisiones cuyo mecanismo usa en los patrones del lenguaje para simular la respuesta de un asistente humano a través de los conocidos como *chatbots*.

Las diferentes soluciones tecnológicas se basan en cuatro modelos de negocio:

1. Modelo P2P.

Una red peer-to-peer, red de pares, red entre iguales o red punto a punto (P2P, por sus siglas en inglés). Es una de las redes (Steinmetz y Wehrle, 2005) de comunicación más antiguas del mundo de la informática, ya que prácticamente surgió después de la creación de los ordenadores personales.

Es decir, una aplicación que conecta a personas con personas, con el fin de acompañarse emocionalmente o asistirse bajo al modelo de apoyo emocional. Bajo este modelo se encuentran las aplicaciones que vinculan usuarios que necesitan algún apoyo o asesoría psicológica con especialistas del ramo.

Un ejemplo bastante interesante de este modelo es la empresa Aquí—estoy: *aquiestoy.chat app* cofundada por María Zinn y Juan Pablo Villani, quienes lanzaron en la pandemia en Marzo del 2020 una *app* para que cualquier persona del mundo pudiera generar contención emocional a cualquier persona que estuviera sufriendo.

La mecánica de *aquíestoy* relata la propia María Zinn (2021) consiste en un chat a través de WhatsApp donde cualquier persona que tiene una situación donde está pasando un momento de estrés o una situación complicada escribe, y del otro lado están voluntarios capacitados en la escucha empática que le atienden.

El objetivo de la aplicación según María Zinn es la contención emocional y la escucha humana. En el momento en que una persona está pasándola mal y no tiene a nadie con quien conversar, no sabe con quién hablar, encuentra en la *app* a una persona con quien tener un momento de compañía y escucha empática hacia su situación.

Los acompañantes voluntarios son personas que aplican y siguen una capacitación guiada por un especialista psicólogo y una vez que pasan una evaluación pueden empezar a brindar escucha.

2. Modelo B2B.

El término B2B (Glosario de mercadotecnia, 2016) nace de la expresión en inglés “business to business” (empresa a empresa). Es decir, son las ventas de una empresa a otra. Consiste en conectar empresas con empresa para realizar intercambios comerciales, realizar acuerdos y proveer servicios. Ejemplos de esto son: las compañías que ofrecen servicios empresariales, como capacitación in-situ, logística entre sucursales o venta de insumos específicos.

Un ejemplo destacado es el caso ifeel: ifeelonline.com quienes combinan inteligencia artificial, tecnología y psicología para ofrecer una herramienta única que permite medir, comprender y mejorar el bienestar emocional de tus empleados, proporcionándoles una experiencia de terapia personalizada y apoyándoles de herramientas de autocuidado a los miembros de las organizaciones.

Ifeel ofrece (según su sitio web en 2021) un aplicativo para teléfono inteligente con posibilidad de concretar mensajes y videollamadas con profesionales del bienestar mental, un diario emocional y estadísticas y un amplio catálogo de herramientas gratuitas creadas por psicólogos que buscan atender la salud mental de equipos en organizaciones cuando más lo necesiten.

El beneficio directo para las empresas, de acuerdo con la información de su portal; menos estrés laboral, mejor clima laboral, desarrollo profesional, motivación laboral, liderazgo y menor tasa de absentismo.

3. Modelo de chatbot – asistente virtual.

El *bot* de charla o *bot* conversacional, son aplicaciones software (Alvarado, 2012) que surgen en los años 60, y que simulan mantener una conversación con una persona al proveer respuestas automáticas, las cuales son previamente establecidas por un conjunto de expertos, a entradas realizadas por el usuario.

Hoy en día existe una masificación en la adopción de estos sistemas. Estas aplicaciones están teniendo un nuevo impulso debido a los avances en *machine learning*, aprendizaje automático, análisis masivo de datos y procesamiento del lenguaje natural por medio de inteligencia artificial.

Características de *Chatbots* con IA:

- Puede resolver consultas informacionales, preguntas transaccionales y tareas complejas.
- Comprenden, procesan y responden en el lenguaje de los usuarios.
- Pueden establecer conversaciones humanas y naturales.
- Responder automáticamente a preguntas, y de forma simultánea.

Es cierto que, esta es una tendencia y actualmente en muchas aplicaciones estas ventajas son más supuestas que reales. Podemos notar el progreso. Muchos de nosotros hemos acostumbrado a interactuar con servicios automatizados o con asistentes virtuales, en uno o varios de nuestros dispositivos y aplicaciones; por ejemplo: al usar un asistente de ruta o tránsito en mapas con GPS (Sistema de Posicionamiento Global).

Sabemos que se trata de sistemas computarizados, no esperamos que del otro lado exista una persona. Por otro lado, la línea en la percepción, la interacción e incluso en el trato se difumina cada vez más.

Estas experiencias intentan acercarse cada vez más a la naturalidad del lenguaje humano. Lo que es llamado en el argot de las tecnologías de la información como *lenguaje natural*. Para poder llevar a cabo el cumplimiento de comunicación para muchos fines.

Evolución de los asistentes virtuales.

Es posible que en algún momento estos asistentes virtuales sean casi indistinguibles de un asistente humano. Pero por ahora, sabemos que interactuamos con lo que llamamos coloquialmente *una máquina* y aun así cada vez es más común que solamos atribuirle adjetivos como; creatividad, asertividad, amabilidad y hasta empatía.

Aún falta mucho camino, y en especial revisiones científicas para comprobar la efectividad de las ayudas basadas en *chatbots* o asistentes virtuales. Sin duda hay personas que obtienen beneficios o satisfactores, por ello la escalada de su integración en distintos servicios de en el sector de aplicaciones de salud mental.

Un caso ilustrativo de una *chatbot* dedicado a salud mental es el de la aplicación para teléfono inteligente Yana. La mexicana Andrea Campos Guerra tiene 27 años y es la fundadora de Yana, una aplicación diseñada para ayudar "a mejorar el estado emocional" y que, en poco más de un año, se ha situado entre las aplicaciones más descargadas en el mundo de habla hispana con cerca de cinco millones (Fuentelsaz, 2021).

Yana es una aplicación para teléfonos inteligentes, la cual es una herramienta para ayudar a manejar tu estado emocional cualquier día, a cualquier hora, incluso al lidiar con problemas de depresión o ansiedad. Yana, por "You Are Not Alone", es un chatbot o un amigo virtual que ayuda a fortalecer el bienestar emocional. Funciona como un diario para desahogar las penas y emociones con el objetivo de reflexionar sobre tus pensamientos.

"Yana es una aplicación para la salud mental, como tal es un chatbot para ayudar a las personas que tienen o que creen tener depresión o ansiedad a través de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), la cual es un tipo de terapia que utiliza la exploración de los pensamientos para mejorar el estado emocional de las personas".

— dijo Andrea Campos en entrevista a la agencia de noticias estadounidense EFE (Fuentelsaz, 2021).

Yana está disponible a través de las tiendas de aplicaciones Google Play y Apple Store y cuenta con versiones gratuitas y de pago por suscripción.

4. Modelo de psico-educación y autocuidado.

¿Qué significa cuando nos referimos al autocuidado o cuidarse a sí mismo? Cuidarse a sí mismo significa preguntarse qué necesito y responder honestamente. Puede ser tan simple como acostarse temprano después de un largo día de trabajo, o tan difícil como estudiar los hábitos que hemos creado y sus efectos a largo plazo. Cuidarse a sí mismo significa identificar y tomar mejores decisiones sobre nuestras necesidades físicas, emocionales, mentales, financieras y espirituales.

De acuerdo con la guía para el cuidado de la Salud Mental del Ministerio de Salud de Chile, 2019 las personas tienen recursos naturales para enfrentarse a los problemas. Es importante promover el uso de sus propias estrategias positivas que cuiden y protejan la salud mental y física, evitando aquellas estrategias que pudieran afectar nuestra salud.

No es solo algo que nos obliguemos a hacer o algo que disfrutemos. Tiene mucho de ambos, porque a veces debemos priorizar y ese es el mayor de los retos. Sin lugar a duda, es algo que nos recarga en lugar de quitarnos. Tampoco es un acto egoísta. Ni trata de cuidar la proyección que las personas o la sociedad tienen sobre nosotros.

Modelos clásicos de autocuidado.

En el modelo de autocuidado de Orem, según el cual es necesario que las personas desarrollen habilidades especializadas que involucren aspectos cognoscitivos, emocionales y conductuales para cuidar su salud, destaca como concepto básico la *Capacidad de Agencia de Autocuidado* referida a una cualidad y/o aptitud del individuo que le permite realizar una acción intencionada para participar en el autocuidado. Esta habilidad es desarrollada en el transcurso de la vida a través de un proceso espontáneo de aprendizaje que incluye atender, entender, regular, adquirir conocimientos, tomar decisiones y actuar (Orem, 1980).

Así, esta capacidad le permite al individuo diferenciar los aspectos que deben ser controlados, tomar decisiones respecto a que debería hacer partiendo de la reflexión de su estado de salud para comprometerse y emprender acciones para su cuidado.

Desde esta perspectiva, el individuo asume un papel fundamental como gestor de su cuidado para el mantenimiento o consecución del bienestar físico, psicológico y social. Así mismo en este modelo se atribuye especial importancia a la capacidad de autorregulación del comportamiento del individuo en el proceso de autocuidado, dado que es él quien decide y elige estilos de vida responsables tanto en la prevención de enfermedades como en la promoción de la salud.

Por otra parte, el modelo *Promotor de Salud* de Nora Pender (1982) se caracteriza por un enfoque preventivo mediante la práctica de estilos de vida saludables conformados por dos tipos de comportamientos que se complementan: Los comportamientos preventivos, orientados a mantener la estabilidad, reduciendo las probabilidades de

enfermar, y los comportamientos promotores, referidos a aquellas conductas que incrementan los niveles de bienestar.

En ambos modelos destaca el *rol* activo del individuo en el cuidado, su carácter social puesto que involucra un proceso de enseñanza y aprendizaje, la madurez psicológica y su personalidad.

Herramientas de autocuidado.

Podemos dividir las herramientas de auto cuidado según la Organización Panamericana de Salud: Campus Virtual de Salud Pública (2022) en:

- Autocuidado del cuerpo y Hábitos saludables.
 - Técnicas de respiración, relajación y meditación.
 - Ejercicio físico.
 - Alimentación.
 - Descanso y sueño.
- Autocuidado relativo a emociones, sentimientos y pensamientos.
 - Manejo de las emociones.
 - Manejo de pensamientos distorsionados.
 - Motivar la actitud positiva.
 - Gestión de límites.
- Autocuidado el ambiente social.
 - Habilidades de comunicación.
 - Crecer las interacciones sociales significativas.
 - Comunicar necesidades y sentimientos a otros.
 - Ayudarnos de redes de apoyo: familia, amigos, profesionales de la salud.

Técnica del diario emocional por medio de aplicaciones.

El experto en Inteligencia Emocional David Gómez en 2019 describe para su blog que la técnica del Diario Emocional consiste en llevar un pequeño cuaderno (o incluso se puede hacer desde un blog de notas o una aplicación en el móvil) e ir escribiendo diferentes etapas o factores cada vez que se percibe una emoción relativamente intensa (o desagradable si se quiere enfocarte en ello, que es lo que suelen hacer la mayoría de las personas).

De acuerdo con Gómez (2019) el proceso puede variar dependiendo la técnica que se ocupe, pero por lo regular consiste en:

- Identificar la situación que ha ocurrido que ha iniciado esa emoción. Cuantos más detalles des y más objetiva pueda ser la descripción mejor.

- Escribir sobre los pensamientos que se presentan ante lo ocurrido, es decir, desahogarse y hablar sobre uno o varios acontecimientos que nos provocan emociones latentes.
- Explorar las sensaciones físicas que se han percibido: cuánto más específicos seamos más útil será luego para poder volver a detectar estas emociones.
- Declarar la emoción o emociones que se sienten. Por lo regular las aplicaciones de diario emocional tienen una lista de representaciones gráficas u una lista de emociones para auxiliarnos.
- Acción o acciones que llevamos a cabo tras la emoción o emociones para gestionarlas. Es decir, esas emociones nos indican mensajes que necesitamos analizar. ¿Qué se ha hecho tras lo ocurrido para gestionar bien las emociones?
- Plan de acción: ¿Qué acciones podemos llevar a cabo para mejorar nuestra situación actual? ¿Cómo podemos usar esta información que nos arrojan las emociones de forma productiva?
- Aprendizajes o conclusiones: todo aquello que se pueda haber aprendido y aprender sobre la mejor manera de gestionar esas emociones y poder darnos lo que nos solicitan; acciones a tomar para un futuro.

Un ejemplo de este tipo de aplicaciones es la App Control y Monitor: Ansiedad Animo y Autoestima desarrollada por la compañía TwoCats App, disponible de forma gratuita en la tienda de aplicaciones de Google Play y cuenta con más de un millón de descargas.

Capítulo 5

Propuesta de intervención: Aplicación web para la formación básica de Primeros Auxilios Psicológicos en organizaciones.

5.1 Definición de la propuesta.

Hasta ahora se han tratado varios puntos clave que definen la propuesta, incluso varias de sus características técnicas. Con el propósito de obtener solamente información de las características propias de la plataforma, aquí se concentra la respectiva información.

Comenzaremos por hablar de las *Progressive Web Apps* (PWA). De acuerdo con el portal web This Dot Labs (2020), una PWA se trata de una aplicación web que pretende comportarse como una aplicación nativa en el teléfono. En términos menos técnicos, se trata de una aplicación web normal que, cuando se abre en el navegador, muestra un mensaje que dice: "Agregar a la pantalla de inicio". Una vez que se hace clic en el mensaje, la aplicación se instalará en el teléfono y se verá el logotipo en la pantalla de inicio del dispositivo.

Las PWA (This Dot Labs, 2020) se están volviendo muy populares porque ayudan a mejorar la experiencia del usuario cuando visita un sitio web. Al visitar un sitio web tradicional se puede tardar varios segundos en obtener una vista íntegra. Sin embargo, el tiempo de carga de una PWA es significativamente más rápido gracias al uso de un *Service worker*.

¿Qué quiere decir que una aplicación sea nativa? Pues bien, existen 3 tipos de aplicaciones que puede tener en un dispositivo (This Dot Labs, 2020):

1. Nativo
2. Híbrido
3. PWA

1. Breve descripción de una aplicación nativa.

Si está utilizando gráficos de alta calidad y requiere una gran interacción del usuario con un dispositivo (como jugar), una aplicación nativa es lo ideal en cuanto a rendimiento y funciones. Las aplicaciones nativas son costosas de crear, ya que requieren el doble de esfuerzo y tiempo: se deben crear dos aplicaciones separadas para Android y otra para iOS.

2. Breve descripción de una aplicación híbrida.

Optar por levantar un proyecto sobre una aplicación híbrida es un buen camino para seguir, ya que tiene una pila que crea compilaciones separadas para las plataformas Android y iOS a partir de las mismas fuentes. Usaría aplicaciones híbridas si no requiere alta velocidad y gráficos en su aplicación. Con las aplicaciones híbridas, tiene acceso al hardware del dispositivo a través de complementos creados con código nativo.

3. Breve descripción de una aplicación web progresiva.

Son aplicaciones web que se han diseñado para que sean capaces, confiables e instalables. Estos tres pilares los transforman en una experiencia que se siente como una aplicación específica de la plataforma (This Dot Labs, 2020):

- **Capaces.**

Hasta hace poco, solo las aplicaciones específicas de plataforma podían realmente reclamar estas capacidades. Si bien algunas capacidades aún están fuera del alcance de la web, las API nuevas y futuras buscan cambiar eso, expandiendo lo que la web puede hacer con funciones como acceso al sistema de archivos, controles de medios, credenciales de aplicaciones y soporte completo para el portapapeles. Todas estas capacidades se construyen con el modelo de permisos seguro y centrado en el usuario de la web, lo que garantiza que ir a un sitio web nunca sea una propuesta aterradora para los usuarios.

- **Confiables.**

Una aplicación web progresiva confiable se siente rápida y fiable independientemente de la red. La velocidad es fundamental para que los usuarios permanezcan en la web. De hecho, a medida que los tiempos de carga de la página van de 1 segundo a 10 segundos, la probabilidad de que un usuario abandone la plataforma aumenta en un 123%.

En el caso de una aplicación confiable el rendimiento no se detiene después del evento de carga. Los usuarios nunca deben preguntarse si su interacción (por ejemplo, hacer clic en un botón) se registró o no. El desplazamiento y la animación deben ser fluidos. El rendimiento afecta a toda su experiencia, desde cómo los usuarios perciben su aplicación hasta cómo funciona realmente.

Por último, las aplicaciones fiables deben poder utilizarse independientemente de la conexión de red. Los usuarios esperan a que las aplicaciones se inicien con conexiones de red lentas o inestables o incluso cuando estén desconectados. Esperan que el contenido más reciente con el que han interactuado, como pistas multimedia o boletos e itinerarios, estén disponibles y se puedan usar incluso si es difícil obtener una consulta

en su servidor. Cuando una consulta no es posible, esperan que se les diga que hay problemas en lugar de fallar o bloquearse silenciosamente.

- **Instalables.**

Las aplicaciones web progresivas instaladas se ejecutan en una ventana independiente en lugar de en una pestaña del navegador. Se pueden iniciar desde la pantalla de inicio del usuario, el menú principal, la barra de tareas o la estantería. Es posible buscarlos en un dispositivo y saltar entre ellos con el conmutador de aplicaciones, haciéndolos sentir como parte del dispositivo en el que están instalados.

Se abren nuevas capacidades después de instalar una aplicación web. Los atajos de teclado que generalmente se reservan cuando se ejecutan en el navegador, se encuentran disponibles. Las PWA pueden registrarse para aceptar contenido de otras aplicaciones o para ser la aplicación predeterminada para manejar diferentes tipos de archivos. Cuando una PWA sale de una pestaña y entra en una ventana de aplicación independiente, transforma la forma en que los usuarios piensan e interactúan con ella.

Ventajas: Lo mejor de ambos mundos.

En el fondo, las PWA (Renzulli y LePage, 2020) son solo aplicaciones web que, mediante la mejora progresiva, habilitan nuevas capacidades en los navegadores modernos. Con los *Service worker* y un *Manifiesto* de la aplicación web, la aplicación web se vuelve confiable e instalable. Si las nuevas capacidades no están disponibles, los usuarios aún obtienen la experiencia principal.

Las empresas (Renzulli y LePage, 2020) que han lanzado alguna PWA han obtenido resultados impresionantes. Por ejemplo, Twitter experimentó un aumento del 65% en las páginas por sesión, un 75% más de tweets y una disminución del 20% en la tasa de rebote, todo mientras reducía el tamaño de su aplicación en más del 97%. Después de cambiar a una PWA, Nike vio 2.3 veces más tráfico orgánico, un 58% más de suscripciones y un 49% más de usuarios activos diarios. Hulu reemplazó su experiencia de escritorio específica de la plataforma con una aplicación web progresiva y vio un aumento del 27% en las visitas de retorno.

Las PWA (Renzulli y LePage, 2020) nos proporcionan una oportunidad única de brindar una experiencia web la cual a sus usuarios les encantará. Utilizando las últimas funciones web para brindar capacidades mejoradas y confiabilidad, las PWA permiten que cualquier persona, en cualquier lugar, con cualquier dispositivo instale lo que haya creado con una única base de código.

El *Manifiesto* (Renzulli y LePage, 2020) de una aplicación web es un archivo en formato JSON que informa al navegador sobre la PWA y cómo debe proceder cuando se instala en el escritorio o en el dispositivo móvil del usuario. Un archivo anexo habitual incluye el nombre de la aplicación, los iconos que debe utilizar y la URL que debe abrir cuando se inicie la aplicación.

Los archivos del *Manifiesto* son compatibles con Chrome, Edge, Firefox, UC Browser, Opera y el navegador de Samsung, mientras que Safari tiene compatibilidad parcial.

¿Cómo se instala una PWA?

En el pasado, la instalación de aplicaciones solo era posible en el contexto de aplicaciones específicas de plataforma. Hoy en día, las aplicaciones web modernas ofrecen experiencias instalables que brindan el mismo nivel de integración y confiabilidad que las aplicaciones específicas de plataforma.

Una vez que una PWA cumpla con los criterios de instalación, la mayoría de los navegadores mostrarán una indicación de que la PWA es instalable. Por ejemplo, Chrome en computadores portátiles o de escritorio mostrará un icono instalable en la barra de direcciones, y en los dispositivos móviles, mostrará una mini barra de información.

La capacidad de tener un icono en la pantalla de inicio del usuario es una de las características más atractivas de las aplicaciones. Dado que históricamente esto solo era posible para las aplicaciones instaladas desde las tiendas de aplicaciones, las empresas podrían pensar que al mostrar un banner de instalación desde estas tiendas de aplicaciones sería suficiente para convencer a los usuarios de que instalen sus experiencias.

Actualmente, hay más opciones para que el usuario instale una aplicación, incluida la oferta de experiencias de aplicaciones livianas en las tiendas y permitir que los usuarios agreguen tu PWA a sus pantallas de inicio, solicitándoles que lo hagan directamente desde el sitio web (Renzulli y LePage, 2020).

¿Qué es un *Service worker*?

Anteriormente se mencionaba el *Service worker* como la pieza fundamental detrás de una PWA. Bien, pues bien, un *Service worker* (This Dot Labs, 2020) es un *script* que se ejecuta por separado de nuestro sitio web, en segundo plano. Los *Service worker* pueden ayudarnos a llegar a diferentes cosas, como almacenar en caché páginas, almacenar en caché llamadas API, notificaciones automáticas, sincronización en segundo plano y más.

Los *Service worker* (This Dot Labs, 2020) poseen las siguientes características:

- Almacenar en caché las solicitudes de red.
- Manejar cómo se realizan las solicitudes de red en su sitio web.
- Hacer uso de la *API* (Application Programming Interface, mecanismo que permite a dos componentes de software comunicarse entre sí mediante un conjunto de definiciones y protocolos) de sincronización en segundo plano para aplazar acciones hasta que el usuario tenga una conectividad estable.
- No puede acceder/interactuar con la interfaz de la plataforma directamente.
- Almacenar en caché cierta información desde su sitio web, por ejemplo, activos estáticos como imágenes y texto.
- Recibir notificaciones automáticas cuando la aplicación no está activa.
- Permanece inactivo cuando no está en uso. Cuando recibe la " señal " para ser utilizado, se reactiva de nuevo.
- Se puede usar un *Service worker* para que su aplicación funcione sin conexión.

5.2 Principios y alcance del proyecto.

A continuación, se dará cuenta de los fundamentos que dieron forma a este proyecto. Algunas de estas características son usuales en producciones comerciales modernas.

5.2.1 Principios del proyecto.

1. Características del proyecto como producto de software.

- **Comercialización.**

Este es un proyecto sin fines de lucro, de carácter exclusivamente divulgativo. Sin embargo, al desarrollar a profundidad este concepto, nos daremos cuenta de que "el contenido" aun cuando no es comercializado o monetizado directamente, funge hoy en día como un componente de impulso de comercial por distintas vías.

Carácter divulgativo, sin fines de lucro.

Empezando a desmenuzar el concepto de un proyecto *sin fines de lucro* podemos encontrar en primera instancia que, una organización o proyecto *sin fines de lucro* (Galvin, 1996) en su versión más simple es cualquier organización en la cual sus encargados o las personas que la apoyan no consiguen beneficios monetarios para ellos a cambio del rendimiento.

Esto no significa que una organización *sin fines de lucro* no pueda tener ganancias, suele ser más bien lo contrario. Una organización *sin fines de lucro* (Ciconte y Jacob, 2009). puede producir bienes y servicios, y conseguir ganancias por ello. Incluso puede invertir esos beneficios (en el mercado de valores, por ejemplo) con la esperanza de ganar aún más dinero. Sin embargo, todo el dinero conseguido debe volver a la organización; no se "reparten ganancias" entre sus miembros. En general, estas organizaciones no tienen dueños.

Ésta es una de las razones por la cual las organizaciones sin fines de lucro son más conocidas como organizaciones "no enfocadas en las ganancias". Pueden tener ganancias que las ayuden a seguir funcionando, pero ganar dinero no es la razón de su existencia (Ciconte y Jacob, 2009).

En el caso de los medios informativos como medio de difusión y generadores de contenido su carácter intrínseco es comunitario y de libre uso. Como puede ser el caso de ser citado por otros medios, así como también ser fuente de información para otros medios. La información en internet tiene, en cierta forma, una disposición para albergar sus propias formas de gobernanza dentro de un marco de regulación bastante amplio donde el límite se encuentra en las propias leyes del país donde se consulta.

En el caso de las PWA donde se puede generar la duda si estamos hablando de un sitio web o de una aplicación que puede consumirse desde la web. Una diferencia destacable, específicamente sobre la definición de este proyecto, es la gobernanza a la que se somete, y que ya mencionábamos.

Las PWA estas pueden o no encontrarse en las tiendas de aplicaciones de los sistemas operativos; Android y IOS. Y en tal caso someterse a las regulaciones impuestas de cada una de las gobernanzas de ambos sistemas. Mientras que, en el caso de la web, son múltiples las variables que condicionan su funcionamiento: como lo es el caso del navegador que se use o del buscador que se use y las personalizaciones de privacidad de cada usuario.

Formas de financiamiento de los medios digitales con fines divulgativos.

Los sitios digitales tienen diferentes formas de financiamiento y diferentes motivos, por citar solo algunos podríamos hablar de:

- Financiación a través de la venta directa de productos.
- Financiación por medio de anuncios.
- Financiación por suscripción.
- Financiación por comisión de servicio.
- Financiación por donativos.
- Financiación por medio del presupuesto de marketing de una empresa.

Costos asociados de los medios digitales con fines divulgativos.

Para hablar de financiación también es necesario hablar de costos. Podríamos nombrar un sinnúmero de costos asociados, por ello es necesario hacer una delimitación conforme al tamaño de la plataforma. No es lo mismo hablar de los costos de una plataforma de noticias de un medio de alto alcance que se puede consumir desde web que un de un blog. Así que hablemos de los costos para un sitio de características básicas.

Los costos más comunes de estos sitios, de acuerdo con la popular plataforma de proveedor de hosting web Hostinger tutoriales (diciembre, 2022) son:

- **Costos del desarrollo de una plataforma digital.**

Este es uno de los costos más elevados, los profesionales del desarrollo de software son ampliamente demandados y por tanto sus honorarios suelen ser elevados. Un blog, una página de aterrizaje o una web de presentación de un negocio sencilla puede ser desarrollada de principio a fin por un solo profesional que tenga un perfil completo para tratar los aspectos necesarios de la creación de un sitio digital.

En el caso de un sitio más complejo puede requerir varios perfiles especializados por ahora solo mencionaremos los nombres, pero no abordaremos a profundidad; desarrollador front-end, desarrollador back-end, devOPS, arquitecto de software, director de producto o director de desarrollo, especialista en SEO, diseñador, etc.

- **Costo de correo electrónico corporativo.**

El correo corporativo es una de las herramientas básicas de cualquier negocio. Refleja la identidad de la empresa, da seriedad y seguridad para los clientes y permite una organización interna mucho más productiva. Los correos con direcciones ligadas a los nombres de dominio suelen asociar diversos costos.

- **Aspectos esenciales: nombre de dominio, alojamiento y certificado SSL/TLS.**

Se trata de los requisitos fundamentales para crear un sitio web, como un nombre de dominio, un plan de alojamiento web y un certificado SSL. Un nombre de dominio es la dirección personalizada de tu sitio web (por ejemplo, tusitioweb.com), y un plan de alojamiento web es un espacio de servidor que se alquila para almacenar un sitio web.

Por otro lado, un certificado SSL encripta los datos de tu sitio y lo hace mucho más seguro. El certificado SSL/TLS se trata de un certificado garantiza que la comunicación no se podrá leer ni manipular y que la información personal no caerá en las manos equivocadas. El certificado SSL/TLS es el responsable con el manejo de datos.

- **Diseño web.**

El aspecto de un sitio web puede influir significativamente en la experiencia de usuario de tus visitantes. Es necesario considerar un tema, una plantilla o un diseñador web al calcular el precio del diseño de tu página web. Cuanto más complejo y único sea el diseño, mayor será su precio.

- **Plugins y complementos.**

Hacen que un sitio web sea más funcional al añadir características adicionales. Los *plugins* o complementos *premium* ofrecen funciones avanzadas por un coste adicional. Cuantas más funciones se necesite, mayor será la inversión.

- **Marketing y SEO.**

Para asegurar que un sitio web tenga éxito, se tiene que invertir en estrategias que aumenten su presencia en línea. Se puede dedicar tiempo, energía y dinero en aprender técnicas de marketing digital y optimización para motores de búsqueda (SEO) y comprar las herramientas adecuadas. También se puede contratar a profesionales del marketing y expertos en SEO. Si se opta por el complejo marketing multicanal y el SEO, el precio de un sitio web será mayor.

- **Mantenimiento.**

Un sitio web no es un proyecto de una sola vez. Se puede utilizar herramientas gratuitas y de pago para automatizar el mantenimiento del sitio o contratar a un experto para que realice el trabajo. Cuanto más elaborada sea su rutina, más gastos supondrá.

2. Protección de la privacidad mediante el uso de cookies técnicas o necesarias.

Una cookie (Fernández, 2020) es un fichero de datos que una página web le envía al ordenador cuando se visita. Da igual si se está entrando a la web desde el ordenador o desde el móvil, siempre se solicitará el almacenamiento de la cookie. Tampoco importa si se entra desde un navegador independiente o desde el navegador integrado en alguna herramienta o aplicación, también se solicitará la cookie.

La solicitud de almacenamiento del fichero de información en el ordenador la hará directamente el servidor de la web a la que se entra en el mismo momento en el que accede. Por lo general, es posible notar que se está solicitando la utilización de cookies porque las webs están obligadas a avisar y a preguntar cuáles se quiere instalar debido a normativas de protección de datos de cada país.

Las cookies (Fernández, 2020) suelen utilizarse para dos fines principales: recordar accesos y conocer hábitos de navegación. Las cookies hacen que las páginas web puedan identificar los ordenadores y, por lo tanto, si un usuario vuelve a entrar a ellas podrán recordar con un identificador al usuario y la actividad del usuario dentro de ellas.

Lo más importante de las cookies son sus funciones para recordar accesos. Si no existieran, cada vez que se entra en una página se tendría que iniciar sesión en ella, algo que acabaría siendo incómodo. En cambio, gracias a las cookies la página web podrá recordar al usuario, y por lo tanto podrá permitirle seguir en el perfil con el que se inició sesión sin tener que volver a escribir tus credenciales.

Controversia con respecto a las cookies.

Existe una mala fama asociada a las cookies, estas no son dañinas por naturaleza, ya que son útiles al recordar tus configuraciones y estados en las webs que han sido visitados en la actual sesión de navegación, por otro lado, también pueden suponer fuertes invasiones a la privacidad de los usuarios y el uso analíticas de estos con fines comerciales o políticos. Ese es un tema que no se profundizara en este documento, pero se recomienda ampliamente informarse al respecto para proteger los *derechos digitales*.

Tipos de cookies.

Existen diferentes tipos de cookies (Fernández, 2020) cuando se entra en una web. Los primeros dos tipos son las cookies temporales y las permanentes. Las cookies temporales sólo permanecen en el navegador hasta que se sale de la página web, por lo que no se quedan instaladas en el navegador u ordenador.

Las cookies permanentes o persistentes, en cambio, se quedan en el disco duro del ordenador para que la página que las instala pueda leerlas e identificarte cada vez que se vuelva a visitar. Aunque suelen tener fechas de expiración (Fernández, 2020).

Las cookies también pueden ser propias o de terceros. Las cookies propias son las que utiliza una página web, y que han sido diseñadas por esta misma web. Las cookies de terceros son las que otras empresas y servicios le han pedido a la página web que también instalen en el ordenador cuando se accede a ella (Fernández, 2020). Este es el caso de la solicitud de cookies que exigen los servicios de publicidad de Google o Facebook.

También hay cookies cuyos tipos varían según la finalidad que tienen. Cuando se entra en un navegador y se firma el *contrato digital* para aceptar o configurar las cookies, normalmente se puede activar o desactivar grupos de cookies dependiendo de sus finalidades. Estos grupos de cookies son llamadas, cookies técnicas o necesarias y cookies opcionales.

Las cookies técnicas o necesarias.

Las cookies técnicas o necesarias (Fernández, 2020) son esas que no se van a poder desactivar en la configuración de cookies de una web. Permiten, por ejemplo, que las páginas puedan controlar el tráfico y la comunicación de los datos internos, que se puedan finalizar procesos de compra, utilizar elementos de seguridad, o guardar en tu

navegador contenidos cuando eliges las opciones de compartir, para luego poder compartirlos en redes sociales. En definitiva, sirven para optimizar el funcionamiento del sitio.

Las cookies opcionales.

Estas se pueden usar para análisis del servicio, mejorar el rendimiento, proveer comunicación con redes sociales y personalizar las ofertas publicitarias u ofrecer otros modos de mejorar la experiencia de navegación.

3. Formato Single Page Application (SPA).

El formato elegido para este proyecto fue una Single Page Application (SPA), o aplicación de página única. Una SPA (Flanagan, 2006) es una aplicación web o es un sitio web que cabe en una sola página con el propósito de dar una experiencia más fluida a los usuarios, como si fuera una aplicación de escritorio. En un SPA todos los códigos de HTML, JavaScript, y CSS (tecnologías base para construir una web) se cargan una sola vez o los recursos necesarios se cargan dinámicamente cuando lo requiera la página, normalmente como respuesta a las acciones del usuario. La página no tiene que cargarse de nuevo en ningún punto del proceso y tampoco es necesario transferir a otra página.

4. Open source o de código abierto.

De acuerdo con el blog oficial de Redhat (2019), la multinacional estadounidense de software que provee software de código abierto principalmente a empresas, originalmente, la expresión *Open source* (o Código abierto) hacía referencia al software *Open source* (OSS).

El software *Open source* es un código diseñado de manera que sea accesible al público: todos pueden ver, modificar y distribuir el código de la forma que consideren conveniente.

El software *Open source* se desarrolla de manera descentralizada y colaborativa, así que depende de la revisión entre compañeros y la producción de la comunidad. Además, suele ser más económico, flexible y duradero que sus alternativas propietarias, ya que las encargadas de su desarrollo son las comunidades y no un solo autor o una sola empresa.

El *Open source* se convirtió en un movimiento y una forma de trabajo que trasciende la producción del software. Adopta los valores y el modelo de producción descentralizada del software de código abierto para hallar nuevas maneras de solucionar los problemas en las comunidades y los sectores (Redhat, 2019).

Características del software *Open source*.

El software de código abierto (Redhat, 2019) se lanza con una licencia específica que pone su código fuente a disposición de los usuarios finales de forma legal. Hay muchas licencias de este tipo, pero normalmente el software se considera *Open source* si cumple con las siguientes condiciones:

- Está disponible en forma de código fuente sin costo adicional, lo cual significa que los usuarios pueden visualizar el código del software y hacer todos los cambios que deseen.
- El código fuente se puede reutilizar en un software nuevo, así que cualquier persona puede usar el código fuente para desarrollar su propio programa y distribuirlo.

¿Cómo funciona el modelo de desarrollo *open source*?

El desarrollo *open source* (Redhat, 2019) se trata del proceso que se utiliza en los proyectos de la comunidad *Open source* para desarrollar este tipo de sistemas de software, los cuales se lanzan bajo una licencia *Open source* para que cualquier persona pueda ver o modificar el código fuente.

Muchos proyectos se alojan en GitHub, donde se puede acceder a los repositorios o participar en los proyectos de la comunidad. Linux, Ansible y Kubernetes son claros ejemplos de proyectos de código abierto populares.

La licencia del MIT.

La licencia MIT (Licen.cc, 2022) es una licencia de software que se origina en el Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT). Esta licencia es una Licencia de software libre permisiva lo que significa que impone muy pocas limitaciones en la reutilización.

El texto de la licencia no tiene copyright, lo que permite su modificación. No obstante, esto, puede no ser recomendable e incluso muchas veces dentro del movimiento del software de código abierto desaconsejan el uso de este texto para una licencia, a no ser que se indique que es una modificación, y no la versión original.

Por otro lado, la licencia MIT siempre ha sido una licencia importante y se utiliza muy a menudo en el Software libre. En 2015, de acuerdo con las plataformas de programación Black Duck Software y GitHub, la licencia MIT se convirtió en la licencia más popular por encima otras variantes de la licencia GNU GPL (GNU General Public License en español Licencia Pública General de GNU), la licencia de software de uso libre más extendida.

5.2.2 Alcance del proyecto.

Actualmente existe una vasta oferta de herramientas y concentrados de información que pueden impulsar a las organizaciones a optimizar sus procedimientos, así como orientar a mejorar sus prácticas. En la industria de la tecnología, hablando específicamente de las *startups* que nacen con un enfoque centrado en sus procesos de software y análisis de datos para generar y ofertar sus productos y servicios, o bien empresas cuyo producto se basa en software, es un aspecto cultural la investigación y proactividad de los colaboradores para dar con recursos de uso libre y gratuito. Bajo la premisa de que los equipos deben apropiarse de responsabilidades añadidas a las de su puesto e impulsar ideas y hábitos para toda la organización.

Con ese mismo espíritu, el recurso aquí aportado es uno más. Y la utilidad depende de los esfuerzos de equipos para fomentar una cultura alrededor de los Primeros Auxilios Psicológicos. Usando esta guía como motivo principal o herramienta de apoyo. Está en la asociación de esfuerzos adicionales conformar un marco de trabajo alrededor del cuidado de la salud mental, el liderazgo a favor de los factores psicosociales y la seguridad psicológica.

1. Tipos de usuarios.

En un principio un recurso puede ser usado para cualquier organización, algunos ejemplos pueden ser:

- Colegios.
- Hospitales.
- Cuerpos de emergencia.
- Cuerpos de seguridad pública y privada.
- Organizaciones con sistemas de trabajo remoto.
- Oficinas.
- Dependencias de gobierno.

En estas organizaciones los responsables de generar el marco de trabajo alrededor de los PAP pueden ser:

- Responsables de recursos humanos.
- Responsables de protección y seguridad laboral.
- Responsables oficiales de Protección Civil.
- Responsables de seguridad industrial.
- Psicólogos que ofrecen protección en emergencia.
- Brigadistas voluntarios.
- Profesionales médicos.
- Profesionales psicólogos de cualquier área.

2. Accesibilidad web.

La accesibilidad web (Lawton, 2019) tiene como objetivo lograr que las páginas web sean utilizables por el máximo número de personas, independientemente de sus conocimientos o capacidades personales e independientemente de las características técnicas del equipo utilizado para acceder a la Web.

La necesidad de que la Web sea universal y accesible por cualquier persona está presente desde el principio de la Web, ya que era un requisito contemplado en su diseño por su creador Tim Berners-Lee:

“El poder de la Web está en su universalidad. El acceso por cualquier persona, independientemente de la discapacidad que presente es un aspecto esencial.”

- Tim Berners-Lee, director del W3C y pionero de la World Wide Web.

En la actualidad, no existe una definición formal y totalmente aceptada del concepto de accesibilidad web. La Web ofrece oportunidades sin precedentes a las personas con discapacidad, pero si no se lleva cuidado, la falta de accesibilidad creará graves barreras que impedirán su uso.

Además, también existen una serie de mitos sobre la accesibilidad web que perduran desde hace años. Estos mitos se pueden resumir en que la accesibilidad web es cara y supone un coste extra en el desarrollo de un sitio web, sin que los beneficios sean importantes. Además, otro de los mitos que perdura es creer que la accesibilidad web sólo beneficia a las personas con discapacidad. Los beneficiarios de la accesibilidad web son para todo el mundo (Lawton, 2019).

Para lograr la accesibilidad, se han desarrollado diferentes pautas o guías que explican cómo se tienen que crear las páginas web para que sean accesibles. Al seguir algunas reglas simples, se asegura que un sitio pueda ser utilizado por tantas personas como sea posible.

A continuación, se extiende una lista de consideraciones a tener en cuenta para diseñar un sitio web accesible (Lawton, 2019):

- **Permitir la navegación por teclado.**

Uno de los pilares de un sitio web accesible es la navegación a través de teclado. Para ser considerado como accesible, los usuarios deben poder navegar a través de tu sitio sin el uso de un mouse. Esto es debido a que muchas tecnologías de asistencia dependen de la navegación de solo teclado.

Por lo tanto, se deberá asegurar de que los usuarios pueden navegar en un sitio usando solamente un teclado. Esto incluye acceder a páginas, hacer clic en enlaces, etc.

Para probar esto, se puede visitar la interfaz del sitio web e intentar navegar en la página utilizando únicamente la tecla “Tabulador”.

Presionar la tecla “Tabulador” deberá permitir saltar a las diferentes áreas de la página. Si no se hace, es posible que se tenga algo de trabajo que hacer. Para ayudar a crear una navegación amigable con el teclado, es posible asistirse con la guía de diseño de accesibilidad con teclado de WebAIM.

- **Usar colores de alto contraste.**

Algunos usuarios pueden tener dificultades viendo textos si el contraste de color es muy bajo. Por lo tanto, se recomienda usar colores que tienen una alta proporción de contraste, tal como blanco y negro y combinaciones de alto contraste. El contraste de color a través de tu sitio debería asegurar que todos los elementos son distinguibles en la página. Por ejemplo, el texto debería resaltar en vez de mezclarse con el fondo.

Hay un puñado de herramientas en línea que se pueden emplear para mejorar el nivel de accesibilidad visual. Por ejemplo, puede que Contrast Checker sea útil para cuando se esté eligiendo la paleta de colores del sitio. Esta herramienta permite probar diferentes combinaciones de colores. También se puede usar para generar un puntaje para parejas de colores existentes en el sitio. Las guías de estilos para el desarrollo web más populares regularmente están desarrolladas pensando en los componentes que proporcionan alto contraste a sus usuarios.

- **Proporcionar texto alternativo para las imágenes.**

Si se usan imágenes se debe proporcionar texto alternativo (*alt text*) que describa la imagen. De esta manera, los usuarios que no pueden ver la imagen aún podrán entender el contenido de la página cuando estén utilizando tecnologías de asistencia como software de dictado.

Otro beneficio es que el texto alternativo puede ayudar a optimizar un sitio para ser más visible en los motores de búsqueda. Se puede usar para incorporar términos clave que sean buscados frecuentemente y que son relevantes para las imágenes.

- **Usar jerarquías de encabezados para estructurar y organizar el contenido.**

Desglosar el contenido en secciones más pequeñas las puede hacer más fácil de leer. Es por eso que usar encabezados y listas para organizar información en las páginas puede incrementar la accesibilidad web.

Los encabezados claros pueden ayudar a los lectores de pantalla a entender e interpretar las páginas. Esto también asiste con la navegación de página y ayuda a aquellos con tecnología de asistencia a navegar los contenidos.

WordPress el sistema de gestión de contenidos enfocado a la creación de páginas web, recomienda usar un conjunto de jerarquía de encabezados, que incluye el uso de un H1 por página (típicamente para el título), H2 y H3 para las subsecciones.

Es mejor emplear estos encabezados en orden, lo que quiere decir que el H2 viene después del H1, seguido del H3 y H4 (si es necesario). Este nivel de organización y flujo también puede ayudar a los lectores con discapacidades cognitivas.

- **Añadir leyendas y transcripciones a los videos.**

Al incluir videos en un sitio web, se deberá proporcionar leyendas o transcripciones para que los usuarios que son sordos o tengan problemas de audición aún puedan disfrutar el contenido. Los subtítulos y transcripciones de texto le permiten a aquellos que utilizan lectores de pantalla, poder consumir contenido sin tener que depender solamente de las imágenes o el audio.

- **Diseñar formularios con cuidado.**

Los formularios pueden ser difíciles para algunos usuarios, entonces es importante diseñarlos con cuidado. Esto incluye asegurarse de que cada campo sea etiquetado claramente y que sea fácil de navegar.

Por ejemplo, una práctica en favor de la accesibilidad web es ubicar las etiquetas directamente adyacentes a sus campos correspondientes. Adicionalmente, es acertado incluir instrucciones breves que informen a los usuarios exactamente qué necesitan saber para llenar el formulario apropiadamente.

También se puede incluir marcadores con texto que aparezca en los campos del formulario como un ejemplo para los usuarios. De esta manera, tienen una mejor idea sobre cómo deberían llenar el formulario.

- **Evaluación de accesibilidad web.**

La evaluación, revisión o análisis de la accesibilidad web tiene por fin analizar, estudiar y validar las páginas web con el objetivo de que las páginas web no presenten problemas de accesibilidad y cumplan las pautas y directrices de accesibilidad existentes.

La evaluación de la accesibilidad web se puede realizar de forma automática o manual. Para ello se emplean diversas herramientas de revisión. La evaluación automática nos permite realizar una evaluación rápida, nos ayuda a tener una primera impresión de la accesibilidad de una página web, pero no proporciona un análisis

definitivo y fiable, ya que puede no detectar errores importantes o señalar errores que realmente no existen (falsos positivos). Solamente un análisis manual por parte de un experto puede ofrecer un análisis completo y fiable de la accesibilidad web de una página.

Un elemento clave de la evaluación de la accesibilidad web es el test de accesibilidad web realizado a un conjunto de usuarios con diferentes perfiles y que se realiza en un laboratorio de evaluación. En caso de no tener los recursos para acceder a ello, se deberá escoger una herramienta de evaluación de la accesibilidad.

3. Diseño responsivo; *Mobile First* o pensado para teléfonos móviles.

Estar conectado a internet se ha convertido en parte de nuestra rutina. Con el ritmo acelerado del día a día, los teléfonos inteligentes y las tabletas están cada vez más presentes para realizar las tareas cotidianas. Los dispositivos móviles garantizan la practicidad que buscamos, pero para que la experiencia sea buena es necesario diseñar la navegación con *Mobile First*.

- **¿Qué es *Mobile First*?**

Mobile First (Delavy, 2018) es cualquier diseño web que considere primero la usabilidad en dispositivos móviles. Por lo tanto, desde el diseño hasta el desarrollo de funciones, todo está diseñado para dispositivos móviles y luego se adapta para el computador de escritorio.

Esto se debe a que, cada vez más, las personas acceden a sitios web, e Internet en general, a través de teléfonos inteligentes. Por lo tanto, cuando un sitio web no está hecho o incluso adaptado para móvil, se pierde una gran audiencia, que no tiene una buena usabilidad cuando se accede a través de un dispositivo como este.

En 2015, Google ya hablaba de esta tendencia y comenzó a priorizar los sitios que son compatibles con dispositivos móviles (*mobile-friendly sites*) en los resultados de búsqueda.

Entonces, si las personas pasan más tiempo accediendo a Internet a través de dispositivos móviles, ¿no es más inteligente pensar primero en crear un sitio web optimizado para ellos?

Fue con esto en mente que nació el concepto de *Mobile First*, que fue creado por Luke Wroblewski (director de Producto de Google) en 2011 cuando publicó el libro *Mobile First* (en una traducción libre: “Primero para móvil”). En este libro se propone crear sitios web diseñados primero para dispositivos móviles y luego ajustarlos para la computadora (Delavy, 2018).

- **Primeras ventajas móviles.**

Cuando un sitio se desarrolla inicialmente para escritorio, la versión móvil necesita muchos ajustes en los elementos para que todo funcione en el reducido espacio del celular. En algunos casos, se eliminan muchos componentes para que el sitio sea perfecto en el entorno móvil.

Esto se debe a que agregar información a una pantalla más grande es relativamente más fácil. En los dispositivos móviles, el espacio es considerablemente menor, lo que no permite el exceso de información. Por esta razón, es necesario eliminar la información sin importancia para brindar una mejor experiencia al usuario.

Así, una *web responsive*, hecha para dispositivos móviles, se ajusta más fácilmente al ordenador. Además de garantizar una mayor visibilidad en los motores de búsqueda, los sitios web optimizados para dispositivos móviles suelen ofrecer una mejor experiencia a los usuarios.

Más que eso, un sitio web basado en *Mobile First* nos trae varios desafíos para adaptar un diseño receptivo y de usabilidad, tales como:

- Tamaño de pantalla reducido.
- Conexión móvil más limitada.
- Comportamiento del usuario.
- Teclas “*touch*”.

Por lo tanto, se incrementa la atención a la arquitectura de la información, la usabilidad y la accesibilidad. Y cuando se lance la versión de escritorio, el desorden de información no será un problema, ya que se habrá eliminado antes. Sólo habrá que preocuparse de enriquecer la experiencia de usuario (Delavy, 2022).

Concepto de segunda pantalla (*Second screen*).

El concepto de *Second screen* (Delavy, 2018) se enmarca en *Mobile First*, que implica un dispositivo electrónico adicional, ya sea teléfono inteligente o dispositivo de tableta, que permite al usuario interactuar con el contenido. Es el ejemplo del sitio de videos Youtube.com, cuando es visto por un televisor inteligente, que permite al usuario cambiar videos a través del teléfono inteligente.

Lo mismo se puede aplicar a los proyectos web, que toman en cuenta las diversas posibilidades que tiene el usuario para interactuar con el contenido, ya sea a través de la televisión inteligente, el celular, la tableta o incluso el reloj inteligente.

El consejo más común entre diseñadores y agencias web en la industria es que se comience por la pantalla más pequeña y luego se realicen adaptaciones hacia las más

grandes. De esta forma, se conseguirá centrarse en lo más importante e imprescindible de acuerdo con los objetivos que se tengan. Y así, al diseñar la web para el resto de los dispositivos, no se tendrá más dificultad que aumentar el tamaño de los elementos e incorporar otros en caso de que sean necesarios.

Ahora bien, ¿siempre es factible? Lamentablemente, no. Es cierto que sería lo ideal y lo más aconsejado; de hecho, hoy en día es vital que se piense en todos los equipos posibles a través de los cuales los usuarios pueden entrar en el sitio web, ya que no es posible predecir con cual lo van a hacer. Además, como cada vez hay más dispositivos y tamaños de pantallas que complejizan esta adaptación, utilizar la técnica de *Mobile First* es la mejor opción para optimizarlos. Sin embargo, suele ser más común que suceda lo contrario: tener una web ya desarrollada para desktop y querer adaptarla a la versión móvil (Delavy, 2018).

4. Características de mantenimiento.

Para tener un sitio web con un bajo costo de mantenimiento, es importante utilizar tecnologías modernas y técnicas de diseño que sean eficientes y bien soportadas. Esto puede incluir el uso de un sistema de administración de contenido (CMS) para administrar el contenido del sitio web y facilitar su actualización, así como el uso de un código limpio y bien estructurado que sea fácil de leer y mantener. Además, el uso de técnicas de diseño receptivo puede ayudar a garantizar que el sitio web sea accesible y funcione bien en una variedad de dispositivos, lo que puede reducir la necesidad de actualizaciones y mantenimiento frecuentes.

El proyecto de PWA de Primeros Auxilios Psicológicos aquí presentado está pensado para tener un bajo nivel de mantenimiento. Una estructura de código que posibilita actualizaciones de diseño y escalar para albergar más contenido. Así mismo mantiene un formato que puede tomarse para ser migrado a otros sitios de mayor alcance.

5.3 Metodología.

En este apartado se describen los pasos que se siguieron para el desarrollo del proyecto aquí presentado. Desde el planteamiento de la problemática que se atiende, pasando por la conformación didáctica del contenido hasta su lanzamiento.

El abordaje metodológico se dio desde varias perspectivas. Se comenzó con la investigación alrededor de los Primeros Auxilios Psicológicos, sus temas relacionados desde los acercamientos de las ciencias médicas, sociales y psicológicas. También se asistió a metodologías relativas al diseño y el desarrollo de software.

1. Metodología para el planteamiento del problema.

Se comenzó el planteamiento del problema. De forma breve, se puede decir que cualquier psicólogo que se desenvuelva en su labor, independientemente del área, tarde o temprano se encontrará de cara con una situación de crisis individual o colectiva y deberá decidir si ser consecuente o abstenerse de intervenir.

Actualmente se vive una explosión de contenidos relacionados a temas de salud y cuidado personal que se presentan desde todos los medios y en todos los formatos. Las personas tienen inquietudes con respecto a temas que les afectan a ellos o a sus familias, así como también buscan información relacionada a padecimientos que viven otras personas para mantenerse prevenidos, informados o por mera curiosidad. Los hábitos de consumo de la información representan oportunidades y riesgos. Por eso la importancia de proveer sistemas de consejería médica y de salud mental basados en evidencia y ser transmitidos con comunicación efectiva.

Los profesionales de la salud usan los medios informáticos a su alcance para hacer llegar información y construir una marca personal alrededor de ellos y sus negocios que les permitan aumentar sus ingresos, pero también con la perspectiva de concientizar alrededor del cuidado de la salud y la generación de bienestar.

El primer paso para construir cualquier contenido relacionado a temas de salud física o mental, o incluso para cualquier ámbito que amerita conocimiento experto es investigar a profundidad, asegurarse de la validez científica de esta información y ponerla en términos didácticos para acercarla al público general. De manera que sea claro, entendible y asimilable.

Desafíos y problemas potenciales que pueden surgir al implementar principios y teorías científicas en aplicaciones del mundo real.

Algunos de estos desafíos incluyen lo siguiente:

- **Conocimiento limitado.**

El conocimiento científico está en constante evolución y cambio, y a menudo es difícil aplicar el conocimiento existente a los problemas del mundo real. Esto puede dar lugar a situaciones en las que la evidencia científica disponible no proporciona una orientación clara sobre cómo abordar un problema determinado (Thayer, 2021).

- **Recursos limitados.**

Las aplicaciones del mundo real a menudo requieren recursos significativos, como financiación, personal y equipos, para poder implementarse con éxito. Esto puede crear desafíos en términos de obtener los recursos necesarios y garantizar que se utilicen de manera efectiva.

- **Restricciones prácticas.**

A menudo existen restricciones prácticas que pueden limitar la viabilidad de implementar principios y teorías científicas en aplicaciones del mundo real (Thayer, 2021). Por ejemplo, las consideraciones éticas pueden impedir que se lleven a cabo ciertos experimentos o intervenciones, o los desafíos logísticos pueden dificultar la recopilación de datos o la realización de intervenciones a gran escala.

- **Consecuencias no deseadas.**

La implementación de principios y teorías científicas en entornos del mundo real a veces puede tener consecuencias no deseadas, como efectos secundarios negativos o impactos imprevistos en otros aspectos del sistema. Esto puede dificultar la predicción del resultado de implementar una determinada intervención o solución.

En general, implementar la ciencia en aplicaciones del mundo real puede ser un desafío, pero también es esencial para mejorar nuestra comprensión del mundo y resolver problemas complejos.

Desafíos relacionados particularmente a la aplicación de conceptos en el campo de la psicología.

Los desafíos de implementar la ciencia en aplicaciones del mundo real son particularmente pronunciados en el campo de la psicología, que es una disciplina compleja y multifacética con muchas variables. Algunos de los desafíos específicos (Holleman, Hooge, Kemner, Hessels, 2020) que pueden surgir al implementar principios y teorías psicológicas en entornos del mundo real incluyen los siguientes:

- **Diferencias individuales.**

Uno de los desafíos clave en psicología es que las personas son únicas y pueden responder de manera diferente a diferentes intervenciones o tratamientos. Esto puede dificultar la generalización de los hallazgos de estudios con un pequeño número de participantes a una población más grande, y también puede dificultar la predicción de cómo responderá un individuo determinado a una intervención en particular (Holleman, Hooge, Kemner, et al, 2020).

- **Subjetividad.**

Muchos fenómenos psicológicos son de naturaleza subjetiva, y las experiencias y percepciones de las personas pueden variar mucho. Esto puede dificultar la recopilación de datos fiables y válidos, y también puede dificultar la obtención de conclusiones precisas y significativas a partir de los datos (Holleman, Hooge, Kemner, et al, 2020).

- **Consideraciones éticas.**

La investigación y las intervenciones psicológicas a menudo implican trabajar con personas, y esto puede generar preocupaciones éticas. Por ejemplo, las aplicaciones de conceptos expuestas a ámbitos no controlados pueden diseñarse de manera que puedan causar daño a los participantes, o las intervenciones pueden administrarse sin el consentimiento informado adecuado.

- **Desafíos de medición.**

La medición de fenómenos psicológicos puede ser difícil, ya que muchas construcciones psicológicas, como las emociones y los estados mentales, son difíciles de cuantificar. Esto puede dificultar la recopilación de datos precisos y confiables, y también puede dificultar la comparación de hallazgos entre diferentes estudios.

¿De qué manera abordar los retos de la psicología aplicada?

En general, la complejidad y la variabilidad de la psicología pueden dificultar la implementación de teorías y principios científicos en aplicaciones del mundo real. Sin embargo, a pesar de estos desafíos, la psicología continúa haciendo importantes contribuciones a nuestra comprensión de la mente y el comportamiento humanos.

A pesar de los desafíos de implementar la ciencia en aplicaciones del mundo real, aún es posible desarrollar productos basados en estudios científicos relacionados con la psicología. Algunas estrategias que se pueden utilizar para superar estos desafíos incluyen las siguientes:

- **Realización de una investigación exhaustiva.**

El desarrollo de un producto basado en principios y teorías psicológicas debe comenzar con una revisión exhaustiva de la literatura científica existente. Esto puede ayudar a identificar lagunas en nuestro conocimiento e identificar los enfoques más prometedores para resolver un problema determinado.

- **Involucrarse con expertos.**

Puede ser útil consultar con expertos en el campo de la psicología al desarrollar un producto basado en principios psicológicos. Los expertos pueden proporcionar información valiosa sobre las fortalezas y limitaciones de los diferentes enfoques, y también pueden ayudar a identificar posibles dificultades y desafíos.

Para el caso de este trabajo se tomó como base un protocolo con validez probada en el campo de la psicología y se complementó con estudios psicológicos que entregan técnicas probadas para atender las causas planteadas.

- **Prueba y evaluación.**

Es importante probar y evaluar un producto basado en principios psicológicos en un entorno controlado antes de lanzarlo en el mundo real. Esto puede ayudar a identificar posibles problemas o consecuencias no deseadas, y también puede proporcionar datos valiosos que se pueden usar para refinar el producto.

- **Monitoreo y retroalimentación.**

Una vez que se ha lanzado un producto, es importante continuar monitoreando su desempeño y solicitar retroalimentación de los usuarios. Esto puede ayudar a identificar cualquier problema que surja y también puede proporcionar información valiosa para mejorar el producto con el tiempo.

En general, desarrollar un producto basado en principios y teorías psicológicas requiere una planificación cuidadosa y atención a los detalles, pero con el enfoque correcto, se puede lograr con éxito.

2. Metodología para modelar una solución como respuesta a la problemática planteada.

Una vez superado el tema de la metodología para elaborar la información base del contenido es momento de elegir y adaptar esta información al formato. Un enfoque para unir un proyecto de investigación con la generación de un producto basado en tecnología es utilizar una metodología de *pensamiento de diseño* o por su concepción en inglés *Design Thinking*.

El *Design Thinking* (InnovationTraining.org, 2022) es un enfoque de resolución de problemas que enfatiza la colaboración, la experimentación y la iteración para llegar a soluciones innovadoras.

En el contexto de un proyecto de investigación, el *Design Thinking* se puede utilizar para identificar aplicaciones potenciales para los hallazgos de la investigación y para desarrollar un producto basado en tecnología que aborde una necesidad o problema específico.

Esto puede implicar comprometerse con usuarios potenciales y partes interesadas para comprender sus necesidades y desafíos, y utilizar prototipos rápidos y pruebas de usuarios para desarrollar y refinar el producto de forma iterativa. Al utilizar un enfoque de *pensamiento de diseño*, puede asegurarse de que su proyecto de investigación se base en las necesidades del mundo real y tenga un camino claro para convertirse en un producto exitoso.

El *Design Thinking* es usado con frecuencia por las grandes empresas de tecnología como Google para el desarrollo de sus productos y servicios, y actualmente su uso es ampliamente extendido en empresas con software en su núcleo. Aunque el abordaje de esta metodología e incluso los conceptos que la representan pueden variar, se trata de un sistema que se centra en la perspectiva del usuario, reconociendo como actúa, siente y piensa.

De esta manera se entienden los hábitos de uso de productos y servicios, y como el usuario usa estos para resolver sus necesidades, facilitar sus actividades o mejorar aspectos puntuales de su día a día.

3. Metodología para el desarrollo de software.

Actualmente cuando hablamos de metodologías de software hablamos de metodologías ágiles, estas metodologías ágiles surgen por la necesidad de agilizar, como su propio nombre indica, los pasos para la creación de software (Khurana, Sohal, 2011).

Una metodología ágil se centra en las interacciones humanas para poder mantener un flujo de conversación entre las partes que permita un desarrollo más dinámico y participativo. Las metodologías ágiles utilizan un sistema de desarrollo adaptativo en lugar de uno predictivo. Esto significa que el equipo de trabajo tiene en mente el resultado deseado, pero no conoce de forma exacta el tipo de producto que podría crear por la imposibilidad de entender las necesidades del cliente (Digital55, 2018).

Uno de los fundamentos de estas metodologías es lo que se conoce como el ciclo de vida iterativo o incremental, también conocido como desarrollo en cascada (Ghosh, 2015). Este concepto consiste en el desarrollo del producto de forma progresiva, proporcionando al cliente un MVP periódicamente y cada vez más funcional hasta llegar al producto final.

Las empresas que se dedican a la creación de software deben utilizar las metodologías ágiles no para generar un plan de acción, sino para crear desarrollos que se puedan ir puliendo y mejorando hasta llegar al producto adecuado. La siguiente cuestión es conocer cuál de ellas es la que más se ajusta al estilo de trabajo de la empresa y, por ende, cuál podrá funcionar más eficazmente dentro de la misma (Digital55, 2018).

A continuación, se mencionan dos de las metodologías más adoptadas y cuyos conceptos se usaron para la realización de la PWA dedicada a PAP (Digital55, 2018):

- **Scrum, metodología de desarrollo de software más utilizada.**

Scrum (Digital55, 2018) es la metodología ágil más utilizada. En 2017, supuso el 58% del total de uso de todas las metodologías, muy por delante de cualquier otra. Esta metodología está basada principalmente en la creación y asignación de cometidos.

Tales cometidos, normalmente escritos en tarjetas o derivados, se implementan en el sistema, que controla los cambios que se puedan producir en los mismos: asignado, no asignado, terminado, en proceso, etc. La metodología Scrum se desarrolla a través de la consecución de unos puntos concretos:

En un primer momento, se define el *Product Backlog*. Este, podría definirse como una lista de las funcionalidades que el cliente quiere que tenga el producto, ordenadas de mayor a menor importancia (Digital55, 2018).

Una vez definido el *Product Backlog*, se comienza a desarrollar la lista de tareas de la iteración o *Sprint*, que consiste en un índice con ciertos puntos del *Product Backlog* que deben completarse en la primera parte del desarrollo y definir su duración.

Con el *Sprint* finalizado, da comienzo la fase conocida como *Sprint Review*, que consiste en una revisión de todos los avances del proyecto hasta la fecha. En este punto el equipo de trabajo debería tener un producto tangible que pueda ser presentado al cliente.

Por último, toca revisar los objetivos cumplidos y recapitular qué se ha hecho bien y qué no y apuntarlo para evitar cometer los mismos errores. A este último punto se le conoce como *Sprint Retrospective* (Digital55, 2018).

- **Desarrollo ágil con Kanban.**

La metodología con Kanban (Digital55, 2018) permite observar de manera clara qué se está haciendo ahora, qué se ha terminado y qué se debe hacer a continuación.

En Kanban existen una serie de fundamentos que deben seguirse para que la metodología se establezca de la forma correcta dentro de la compañía (Digital55, 2018):

- Visualizar el flujo de trabajo: Visualizar todas las tareas del proyecto, tanto realizadas como por realizar. Esto permite al equipo tener una visión más clara del estado del desarrollo.
- Limitar la cantidad de trabajo en proceso: Establecer metas asequibles es de gran importancia. Un exceso de trabajo puede acarrear desmotivación entre los miembros del equipo y conllevar a no poder terminarlas.
- Determinar asociando las tareas o funcionalidades de acuerdo con tarjetas de colores que marquen el nivel de dificultad y el coste cuantificado de tiempo.
- Realizar un seguimiento del tiempo: Evaluar de forma continuada si se está cumpliendo con los plazos de desarrollo y entrega ayudará a comprender mejor el estado del proyecto.

Beneficios de las metodologías ágiles.

Las ventajas del uso de metodologías ágiles para el desarrollo de software son abrumadoras comparadas con otras metodologías que se usaban anteriormente. Cada vez son más utilizadas por las empresas por el ahorro que proporcionan tanto en tiempo como en costes y la mejora en la motivación de los miembros del equipo, lo que se traduce en un trabajo de mayor calidad y eficiencia (Digital55, 2018).

Para el caso del desarrollo a cargo de una sola persona, se puede aplicar la esencia de los principios y adaptar las mismas dinámicas que proponen en estos métodos. Aunque cabe recalcar que estos métodos funcionan mejor para equipos donde las tareas y responsabilidades están bien especificadas. En el caso de un desarrollo por cuenta de un solo desarrollador estos roles se transforman en etapas con sus características y objetivos concretamente determinados.

4. Pasos para el desarrollo de productos digitales.

A continuación, se exponen los pasos que varias fuentes asociadas a negocios, emprendimiento y tecnología sugieren seguir para la elaboración de un producto digital incrustado en una metodología ágil y dentro del ambiente en que se desarrollan comúnmente, como suele ser el de un startup o una empresa que impulsa una herramienta digital para su negocio. Estos pasos suelen variar, se trata de modelos que proveen flexibilidad y que se adaptan de acuerdo con el talento de los equipos de desarrollo de software y los tiempos presupuestados.

Paso 1: Detectar una necesidad o un problema a resolver.

La categoría de este proyecto se puede clasificar dentro de la categoría de *Producto informativo* o simplemente como *Contenido digital*. Actualmente los contenidos digitales son tanto negocios por sí mismos como medios para un negocio. Ahora las dinámicas publicitarias se orientan cada vez con mayor ímpetu hacia la comunicación con sus usuarios, la generación de comunidades y la generación de contenido de valor.

Centrados en los objetivos de este trabajo, se trata de un contenido digital que busca promover la salud mental desde la concientización de que la psicología también debe involucrarse en los eventos de primeros auxilios o en las manifestaciones de desgracia más dramáticas y devastadoras para las personas.

Las personas pueden requerir ayuda psicológica o apoyo emocional de forma inmediata o posterior a un evento impactante que altere sus vidas. Una idea asociada a la intervención psicológica de primer contacto es que si las personas hallan la inclusión del apoyo emocional impartido por brigadas de auxilios de cualquier índole, identificarán este apoyo como algo habitual y esperado.

De esta forma, se conjetura que, si una persona conmocionada emocionalmente por un suceso es asistida con inmediatez, así mismo bajo un protocolo efectivo y por una persona bien preparada consecuentemente tiene mayor posibilidad de continuar con atención psicología especializada.

Dos de los pasos del protocolo ABCDE de Primeros Auxilios Psicológicos encaminan hacia este punto; La psico-educación y la derivación, sumado al efecto de bienestar que provee el alivio psicológico. De tal manera, recibir PAP se vuelve un fuerte predictor de acciones encaminadas al seguimiento de atenciones por parte de un experto psicólogo o psiquiatra.

Paso 2: Analizar la situación y realizar las preguntas indicadas.

Se han revisado en este documento múltiples casos para la aplicación del protocolo ABCDE de Primeros Auxilios Psicológicos. Algunos psicólogos se ven dirigidos ante la duda sobre cómo actuar en papel de crisis emocional para tratar a una persona a investigar al respecto, este es un excelente propósito y el mismo que oriento la realización del proyecto.

Existe una diversidad de casos, están aquellos psicólogos que apuntan a una intervención con lo que conocen sobre los efectos del estrés postraumático, hasta aquellos con un perfil clínico. Los más alejados de conceptos en relación con el cuidado mental se espera se desenvuelvan con base en la experiencia del trato diligente que la profesión de la psicología otorga.

Un tema no menor, son las facultades. Un psicólogo, hablando del caso específico, puede o no acudir al auxilio dependiendo la relación con los afectados. Es este el tema clave de la orientación del trabajo a las organizaciones. El perfil de los psicólogos en las organizaciones es intrínsecamente, por su capacidad y entrenamiento, preferente para actuar en momentos de situaciones que susciten para una o varias personas una carga emocional mayor. Se puede decir entonces, que para el caso general es una oportunidad tacita de la profesión, independientemente del puesto dentro de la organización.

En el caso de los encargados de Recursos humanos o Gestión del talento. En ocasiones puede que no se trate de una directriz descrita dentro de las actividades del puesto, pero puede ser un acto voluntario que refleje liderazgo y la apropiación del ejercicio en los espacios de trabajo.

Algunas de las problemáticas que atiende este proyecto y formuladas en forma de interrogantes son:

- ¿Cuál es el papel de los psicólogos en los eventos de crisis?
- ¿Cómo atender a una persona que atraviesa por un episodio de crisis emocional?

- ¿Qué se puede hacer desde la psicología para apalea la falta de recursos en los sistemas de primeros auxilios?
- ¿De qué forma combatir la crisis en materia de salud mental en América Latina?
- ¿Desde las organizaciones como se puede atender con PAP?
- ¿Qué se puede hacer desde el perfil de la psicología para aprovechar las herramientas digitales?
- Y muchas otras, contenidas y desarrolladas a profundidad al comienzo de este documento.

Paso 3: Proponer un producto o servicio como solución.

Existen muchas maneras en que las aplicaciones, los sitios web y los productos de software pueden ayudar a resolver problemas de índole social e individual más comunes. Por ejemplo, pueden brindar información y recursos para ayudar a las personas a acceder a servicios importantes, como atención médica, educación y apoyo social.

También pueden facilitar la comunicación y la colaboración entre individuos y organizaciones que trabajan para abordar problemas sociales, ayudando a construir redes y conexiones que pueden conducir a un cambio positivo. Además, pueden ayudar a promover la conciencia sobre problemas sociales y movilizar apoyo para causas y organizaciones que trabajan para abordarlos.

Para este proyecto se busca vincular a las personas que realizan una búsqueda a través de un buscador, como Google u otro, sobre cómo actuar o apoyar a una persona que atraviesa por una crisis emocional con información bien elaborada y suministrada de forma didáctica, todo a través de un formato versátil como lo es una PWA.

Aunque se trata de un supuesto, al usar esta terminología en la redacción de la búsqueda, ya se está aterrizando una inquietud en los términos adecuados, pero en muchas ocasiones puede suceder que las personas usen símiles u otros términos para plasmar su interrogante en Google como, por ejemplo, “¿Cómo ayudar a alguien que sufre?” o “¿Cómo actuar con alguien que llora desconsoladamente?” Para descubrir cómo conectar con esos usuarios y otorgar el beneficio de la guía de PAP se plantean pasos subsiguientes en el proyecto que se exponen en el punto 6 y 7.

Paso 4: Pensar en los recursos necesario para llevarla a cabo.

Para determinar los recursos que se necesitarán para llevar a cabo una idea de negocio, es importante primero realizar una investigación y planificación exhaustivas. Esto puede implicar el análisis de su mercado objetivo, la identificación de la competencia y el desarrollo de un plan de negocios integral. El plan de negocios debe describir los pasos que deberá seguir para hacer realidad la idea, así como los recursos y la financiación

necesarios para hacerlo. Esto puede ayudar a identificar los recursos específicos que se necesitarán, como equipo, materiales, personal y capital financiero.

Cuando se trata de desarrollar un producto de software, hay varios recursos clave que normalmente se necesitan. Estos pueden incluir un equipo de desarrolladores de software, diseñadores y administradores de proyectos calificados, así como las herramientas y tecnologías de hardware y software necesarias. Dependiendo de la complejidad y el alcance del producto, es posible que también deba invertir en investigación y desarrollo, pruebas de usuario y esfuerzos de marketing y ventas. Además, se debe asegurar suficientes recursos financieros para respaldar el desarrollo y el lanzamiento del producto.

Paso 5: Lanzar un mínimo producto viable.

Un producto mínimo viable (MVP) es una versión de un producto que tiene las características y la funcionalidad básicas necesarias para satisfacer a los primeros clientes y proporcionar comentarios valiosos para un mayor desarrollo (Becker, 2020).

Desarrollar un MVP es importante por varias razones (Becker, 2020):

- Primero, permite probar el concepto del producto y validar la viabilidad con una inversión limitada de tiempo y recursos. Esto puede ayudar a identificar posibles problemas o debilidades antes de invertir fuertemente en el desarrollo.
- En segundo lugar, un MVP puede ayudar a generar ingresos tempranos y comentarios de los clientes, que pueden usarse para mejorar y refinar el producto.
- Finalmente, un MVP puede ayudar a generar impulso y entusiasmo en torno al producto, lo que puede aprovecharse para atraer inversores y otros recursos para respaldar un mayor desarrollo.

El trabajo escrito se presenta con el proyecto ubicado en esta etapa, siendo así se pretende continuar mejorando el proyecto asociado y llevar a cabo las siguientes etapas.

Paso 6: Probar el producto para obtener datos y usar estos datos para mejorar las características del producto.

Una vez que se haya lanzado el producto mínimo viable (MVP), se puede utilizar los datos generados a través del uso para informar sobre el desarrollo futuro y mejorar el producto. Esto puede implicar el análisis de patrones de uso y comentarios de los clientes para identificar áreas en las que el producto funciona bien y áreas que se necesitan mejoras.

Esta información se puede utilizar para priorizar el desarrollo de nuevas funciones y mejoras, así como para guiar la toma de decisiones sobre el diseño del producto y la

experiencia del usuario. Además, al recopilar y analizar periódicamente los datos del MVP, se puede realizar un seguimiento del progreso del producto y ajustar su estrategia de desarrollo según sea necesario.

Paso 7: Generar entusiasmo y concientizar sobre una causa a través del uso de un producto.

Después de analizar los datos generados por el producto mínimo viable (MVP) y usarlos para mejorar el producto, el siguiente paso sería continuar refinando y expandiendo el producto en función de los comentarios de los clientes y la demanda del mercado. Esto puede implicar agregar nuevas características y funcionalidades, mejorar el rendimiento del producto y la experiencia del usuario, e incorporar las últimas tecnologías y tendencias.

Además, es posible que se deba concentrar en generar conciencia y entusiasmo en torno al producto, así como en desarrollar una sólida estrategia de ventas y marketing para llegar al público objetivo. En última instancia, los próximos pasos dependerán de sus metas y objetivos comerciales específicos, y de las necesidades y preferencias de los clientes. Actualmente las empresas y sus productos ven buenos resultados al ser asociados a causas que a la sociedad les resultan relevantes, de esta forma se vuelven promotores de iniciativas para informar y concientizar.

Presentación del proyecto.

GUÍA DE FORMACIÓN BÁSICA EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS PARA ORGANIZACIONES

La forma de auxiliar a otros cuando más lo necesitan



Basado en el Protocolo A B C D E para
Primeros Auxilios Psicológicos de la
Universidad Católica de Chile



¿Qué son los Primeros Auxilios Psicológicos o Primeros Auxilios Emocionales?

Los Primeros Auxilios Psicológicos están definidos como una técnica de apoyo a personas que sufren una crisis emocional y tiene como objetivo recuperar el equilibrio emocional y prevenir el desarrollo de secuelas psicológicas.

Los Primeros Auxilios Psicológicos son un apoyo inmediato que se da a una persona que sufre, en donde se da acompañamiento, escucha y se ofrece movilización de recursos de apoyo.



¿Qué es una crisis emocional?

Las crisis emocionales pueden ser detonadas por eventos como los desastres naturales, accidentes graves, pérdida del empleo, la pérdida de seres queridos, o los eventos de salud; como la pandemia que hemos padecido recientemente, etc.

La crisis emocional que viven los afectados puede incluir un estado temporal de agitación, pensamiento caótico o desorganización y puede ir acompañado de un sentimiento de estar desbordados o sobrepasados a la hora de afrontar una situación o problema.

El abanico de respuestas de los afectados ante la crisis se produce en distintas formas dependiendo del contexto y en diversos niveles dependiendo de sus "herramientas" emocionales y formas de afrontar las adversidades.



¿Cómo usar esta guía?

En ocasiones nos encontramos con personas que sufren emocionalmente, y nos sentimos con el deber de auxiliar de alguna forma, pero lo primero que debemos saber es que no siempre podemos ser de ayuda. Incluso algunas veces un mal abordaje puede resultar contraproducente para nosotros y/o para quién queremos apoyar.

Para hacerlo adecuadamente debemos estar tranquilos y receptivos y minimamente preparados.

Para ello se puede usar esta guía como una introducción rápida para acompañar a una persona que se encuentra atravesando una situación que le provoca sufrimiento emocional intenso.

Esta guía debe usarse en casos que se consideren oportunos. Para asistir de forma recurrente se recomienda tomar una capacitación más extendida.

Quando NO dar Primeros Auxilios Psicológicos

- Cuando el conflicto que sufre la persona tiene relación directa con nosotros.
- Cuando el afectado se encuentre en una zona de riesgo.
- Cuando hay un enfrentamiento de una o varias posturas sucediendo.
- Cuando la persona requiere de servicios médicos de forma urgente.
- Cuando el tema que provoco la crisis emocional nos afecta profundamente.
- Cuando nos reconocemos ampliamente sesgados para difundir información confiable.
- Cuando no disponemos del tiempo o la paciencia necesaria.
- Cualquier otro caso en el que no se considere la conveniencia de asistir.

Beneficios de la persona que recibe el protocolo de intervención emocional

-  Contención emocional, sensación de alivio y calma
-  Sentirse acompañado, escuchado y comprendido
-  Reestablecer sus capacidades para afrontar la situación que detono la crisis
-  Conexión con redes de apoyo, como familiares y servicios de emergencia
-  Obtener información sobre los efectos psicológicos, emocionales y físicos que se pueden presentar al vivir una situación de crisis
-  Reducir la posibilidad de desarrollar Síndrome de Estrés Postraumático

PASO



Escucha activa

Objetivo

Es una comunicación centrada en escuchar al usuario, que empieza por generar un vínculo que permita al usuario explorar la crisis y motivar el desahogo.

Consiste en

Permitir la expresión de los sentimientos del otro sin emitir juicios y limitarse a: Asentir, comunicar qué se escucha y usar el parafraseo para hacer sentir al otro escuchado y comprendido.

Ejemplo

"Mi nombre es ___ y estoy aquí para ofrecerle mi ayuda. Solo si usted desea hablar de ello, vamos a conversar sobre lo que le ha pasado. Yo le voy a escuchar atentamente"

Puntos clave

- Demostrar interés
- Lograr una comunicación fluida
- Dar espacio a expresiones como el llanto y el enojo
- Mantener el foco en el discurso de la otra persona
- No aconsejar



PASO



Respiración o Ventilación

Objetivo

Los ejercicios de respiración tienen múltiples beneficios: • Generan calma • Relajan el cuerpo • Nos ayuda a oxigenarnos mejor • Podemos evocar imágenes que nos tranquilicen

Consiste en

Inspirar durante 4 tiempos, luego botar el aire durante 4 tiempos y en vez de volver a inspirar luego de haber botado el aire como normalmente lo haríamos, vamos a aguantar 4 tiempos más antes de volver a repetir el ciclo.

Ejemplo

"A continuación, vamos a hacer un ejercicio de respiración. Inhalé: un tiempo, dos, tres, cuatro. Ahora exhalé: un tiempo, dos, tres, cuatro y aguante: un tiempo, dos, tres, cuatro. Y volvemos a empezar"

Explique

Cuando sacamos el aire nos relajamos más que cuando inspiramos, por lo que podemos entrar en un estado de calma si prolongamos el tiempo en que nuestros pulmones están vacíos.



PASO



Categorización de necesidades

Objetivo

Luego de un evento traumático o impactante emocionalmente puede pasar que los afectados experimenten: Confusión mental, embotamiento y problema para ordenar sus ideas. La labor del acompañante debe ser la de ayudar al afectado a recuperar la lógica y ordenar sus necesidades más urgentes.

Consiste en

Guiar por medio de preguntas al afectado en la búsqueda de identificar lo que necesita: Denuncia de un siniestro, llamar a emergencias, conectar con un familiar, búsqueda de pertenencias, contactar con su seguro, etc.

Ejemplo

"¿Qué es lo que más le preocupa en este momento?..."
"¿En qué necesidad quisiera usted que nos centráramos en este momento?"

Puntos clave

Puede resultar muy útil tomar un lápiz y papel y escribir las necesidades y preocupaciones que el afectado comente y después guiarlo para poner en orden jerárquico las más urgentes o aquellas que pueden ser atendidas con mayor prontitud.



PASO



Derivación a redes de apoyo

Objetivo

Una vez identificadas estas necesidades, asista a la persona afectada a contactar a las personas y/o servicios de apoyo que podrán ayudarle a satisfacer dichas necesidades.

Consiste en

Facilite el contacto con sus familiares o amigos. Sugiera llamarlos si es necesario o gestione un teléfono móvil con su institución. También puede enlazar con servicios de asistencia.

Ejemplo

"Ahora que hemos visto algunas de sus necesidades, me gustaría contactarlo con un servicio de taxi seguro para que lo llevé a su domicilio y le avisaremos a su familiar que va en camino a casa"

Redes de apoyo

• Familiares • Amigos • Pareja • Policía • Bomberos • Líneas de vida (Contra el suicidio) • Ayuda psicológica • Asistencia social • Agente de seguros • Ambulancia • Asesoría médica • Asesoría legal • Autoridades • Alcohólicos anónimos • Servicio de transporte • Otros servicios



PASO



Psico-educación

Objetivo

Informar a las personas sobre los efectos psicológicos y fisiológicos que se viven al enfrentar una crisis emocional y los efectos que pueden aparecer en los próximos días para que entiendan más acerca de su situación y puedan tomar mejores decisiones.

Consiste en

Hacer algunas recomendaciones concretas de técnicas de afrontamiento positivo del estrés, recomendaciones de cómo mantener rutinas de sueño, rutinas de descanso y alimentación, proponer estrategias para generar actividad social, entre otras.

Ejemplo

"Ahora, quisiera entregarle este folleto [descargar folleto informativo], el cual contiene información sobre psico-educación en crisis, además de algunos contactos importantes con instituciones y redes de servicio psicológico y legal que puedan brindarle ayuda si llega a necesitarla a futuro."

Informe

Psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas acerca de temas relacionados a una actividad o fenómeno psicológico que se relaciona con ellos, pudiendo así dar explicación a lo que les sucede y reforzar las fortalezas, los recursos y las habilidades propias.



Consideraciones para las atender crisis emocionales en el lugar de trabajo

1. Prevención de crisis y acciones a favor del bienestar emocional de los colaboradores

- ▶ Revisión de las condiciones laborales y las causas administrativas que puedan contribuir a la crisis. En correspondencia dedicar reformas en la organización que promuevan el equilibrio ocupacional

2. Planteamiento de los Primeros Auxilios Psicológicos

- ▶ Concientizar al personal que los eventos de crisis emocional pueden suceder en cualquier momento. Y resaltar que atender con Primeros Auxilios Psicológicos puede prevenir el Trastorno de Estrés Postraumático que deriva a la postre en disminución del desempeño laboral

3. Preparación y entrenamiento de los Primeros Auxilios Psicológicos

- ▶ Elección de un protocolo dedicado a las crisis psico-emocionales y asignación de equipos y/o roles
- ▶ Capacitación de las brigadas de respuesta
- ▶ Al preparar el contexto para atender una crisis es recomendable asignar un espacio seguro y tranquilo en el que únicamente estén aquellas personas que cumplirán una función en el acompañamiento

4. Comunicar al personal que lugar de prioridad ocupa atender una crisis emocional

5. Aplicar los pasos del modelo ABCDE de Primeros Auxilios Psicológicos

6. Brindar seguridad psicológica

- ▶ Brindar seguridad psicológica. La seguridad psicológica se puede definir como un entorno en el que las personas se sienten seguras de ser ellas mismas, de tomar decisiones, de no estar de acuerdo, ofrecer diferentes puntos de vista, cometer errores, admitir esos errores y experimentar con acciones no probadas
- ▶ No se puede hablar de verdadera seguridad psicológica si no se acompañan con medidas administrativas conducentes. Un buen ejemplo, es el cumplimiento de la confidencialidad de la intervención. Otro caso es el de otorgar permisos, tales como; permisos de ausencia, vacaciones o la flexibilización de la jornada en caso de ser requeridos después de una crisis emocional

7. Auto-evaluación del proceso y seguimiento de casos

- ▶ Evaluar cómo se llevó a cabo el proceso, dar seguimiento a los casos por medio de valoraciones psicológicas, y aplicar mejoras constantes

Qué SI debe hacer

- ✓ **Validar:** Es una forma de normalizar y aceptar los sentimientos que surgen en una situación determinada. Al normalizar y validar las emociones de nuestro interlocutor generamos espacio para que se siga comunicando y para que se sienta comprendido
- ✓ **Connotaciones positivas:** se parecen a un halago en que ambas resaltan un rasgo positivo, pero en el caso de la connotación positiva este se conecta con una acción específica. Es una técnica que busca empoderar al interlocutor y poner en evidencia sus capacidades
- ✓ **Reformulación:** busca retomar las palabras de nuestro interlocutor en una suerte de resumen, pero ponerlo en nuestras propias palabras la reformulación aporta una novedad. Al reformular tenemos que escuchar no solo el contenido, sino también el mensaje que se quiere comunicar
- ✓ **Formulaciones tentativas:** son parecidas a las reformulaciones, pero en este caso estamos buscando confirmar si comprendimos correctamente. Por lo tanto las formulaciones tentativas no van a ser afirmaciones plenas, sino que incluyen palabras o comentarios para que nuestro interlocutor nos corrija si no son acertadas
- ✓ **Hacer preguntas abiertas:** Realizar preguntas que permitan la expresión de las emociones y se enfoquen en explorar el asunto que más preocupa al usuario.

Qué NO debe Hacer

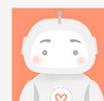
- ⊘ No excederse en las facultades y atribuciones de la asistencia de Primeros Auxilios Psicológicos y limitarse a mantenerse al margen de la escucha
- ⊘ No hablar acerca de temas religiosos, políticos, ni tampoco cuestionar las creencias personales
- ⊘ Acortar las experiencias personales. Centrar la conversación en el afectado
- ⊘ No haga de la conversación un interrogatorio, maneje un tono casual y amable. Estimule la fluidez en la conversación y ocupe preguntas abiertas centradas y transmita que señales de que se mantiene escuchando atentamente
- ⊘ No aconsejar o decidir por la otra persona. Se pueden mostrar alternativas y resaltar oportunidades
- ⊘ No juzgar la narrativa de la otra persona. Las preguntas que comienzan con "por qué..." pueden sonar como un juicio a la persona. Si bien son preguntas que buscan el origen del conflicto, la persona puede sentirse juzgada como la responsable del conflicto

Si requiero de Primeros Auxilios Psicológicos ...

Si estás en un momento difícil y sientes que necesitas pedir ayuda o necesitas contarle algo a alguien... o tal vez, estas pasando por una etapa de soledad, puedes encontrar acompañamiento en [Aquiestoy.chat](https://aquiestoy.chat) aquí encontraras un acompañante que te escuchará vía chat de forma totalmente gratuita.



Si no hay un horario disponible el servicio, te recomendamos bajar YANA App, disponible para IOS y Android. Se trata de un bot de asistencia emocional que te puede ayudar de una manera que te va a sorprender. También te puede derivar con especialistas de salud mental.



Por último, si requieres ayuda profesional especializada en Terapify podrás conectar con servicios profesionales en psicología clínica.



Redes e información de apoyo



Atención Psicológica a Distancia
Teléfono: 55 5025 0855 / 55 5622 2288
Horario de atención: L - V de 8:00 a 18:00 hrs



Questionario para la detección de riesgos a la salud mental en el contexto del COVID-19
En: www.misalud.unam.mx/covid19/



Conoce los centros de atención de la comunidad universitaria
En: www.coordinaciongenero.unam.mx/atencion-psicologica-unam



Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos
En crisis individuales y colectivas: Descarga



Más información sobre los Pasos del Modelo ABCDE explicado por su autor
Video de Youtube

Conclusiones.

El presente trabajo para obtener el título de Licenciatura en Psicología se ha centrado en el estudio y análisis de los Primeros Auxilios Psicológicos, una intervención temprana y efectiva para brindar apoyo emocional y psicológico a personas que han experimentado una situación traumática o de crisis. A lo largo de la investigación, se han identificado y examinado los principales conceptos, principios y técnicas asociadas con los Primeros Auxilios Psicológicos, así como su aplicabilidad en diversos contextos y poblaciones.

En primer lugar, se ha constatado que los PAP son una herramienta valiosa para mitigar el impacto emocional y psicológico de eventos traumáticos o estresantes. Su enfoque centrado en la persona, basado en la empatía, la escucha activa y el respeto por la autonomía, permite establecer una conexión significativa con los afectados y brindar un espacio seguro para expresar sus emociones y necesidades.

Asimismo, se ha evidenciado que los PAP son eficaces en la reducción de los síntomas de estrés postraumático, la prevención de trastornos mentales y el fomento de la resiliencia. A través de técnicas como la contención emocional, la normalización de las reacciones naturales ante situaciones traumáticas y la facilitación del acceso a recursos de apoyo adicionales, se promueve la recuperación y el bienestar psicológico a corto y largo plazo.

Además, se ha destacado la importancia de la formación y capacitación adecuada de los profesionales de la salud, el personal de emergencia y otros actores involucrados en la prestación del servicio. La adquisición de habilidades y conocimientos especializados es fundamental para garantizar una intervención eficaz, ética y basada en la evidencia, evitando posibles daños o malas prácticas.

Es importante mencionar que, si bien los PAP son una intervención valiosa, no sustituyen el tratamiento especializado en casos de trastornos mentales graves o crónicos. En estos casos, se requiere la derivación oportuna a servicios de salud mental especializados para una evaluación y atención integral.

Además de los puntos anteriores, es fundamental resaltar la importancia de que las organizaciones se preparen, capaciten y asistan con PAP.

En primer lugar, las organizaciones, ya sean empresas, instituciones educativas o entidades gubernamentales, tienen un papel crucial en la promoción de la salud mental y el bienestar de sus empleados, estudiantes o ciudadanos. Al proporcionar capacitación en PAP a su personal, se les dota de las habilidades y conocimientos necesarios para reconocer y responder adecuadamente a situaciones de crisis emocional o trauma dentro del entorno laboral o educativo.

Asimismo, al brindar asistencia con PAP, las organizaciones demuestran un compromiso con el bienestar integral de las personas que las conforman. Esto no solo contribuye a la salud mental individual de los empleados o estudiantes, sino que también

promueve un clima organizacional saludable y un sentido de pertenencia, lo cual impacta positivamente en la productividad, el rendimiento académico y la satisfacción laboral.

Es fundamental resaltar que la aplicación de PAP desde las organizaciones genera una estructura de apoyo general para eventos trágicos e inesperados, cubriendo de manera eficiente todas las áreas de la estructura social.

Al contar con personal capacitado en PAP en diferentes sectores de la sociedad, como empresas, escuelas, instituciones gubernamentales y organizaciones comunitarias, se establece una red de apoyo integral que puede responder de manera efectiva a situaciones de crisis y traumas a gran escala. Esto implica tener la capacidad de brindar apoyo emocional y psicológico a un número significativo de personas en un corto período de tiempo, asegurando que ninguna área de la estructura social quede desatendida.

Esta estructura de apoyo general garantiza que las personas afectadas por eventos trágicos o inesperados ya sean desastres naturales, incidentes violentos o crisis de salud pública, puedan recibir atención psicológica adecuada desde diferentes frentes. Las organizaciones desempeñan un papel clave al colaborar con otros actores involucrados, como servicios de emergencia, agencias gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, para coordinar y complementar los esfuerzos en la atención de crisis y traumas.

Además, al cubrir de manera eficiente todas las áreas de la estructura social, se brinda la oportunidad de llegar a poblaciones vulnerables que podrían tener dificultades para acceder a servicios de salud mental especializados. Los primeros auxilios psicológicos, al ser una intervención más accesible y de bajo costo, pueden ser implementados en diversos entornos y llegar a aquellos que más lo necesitan, independientemente de su ubicación geográfica o recursos económicos. De esta manera, se promueve la resiliencia y se fortalece la capacidad de la sociedad para hacer frente a situaciones de crisis y trauma.

Referencias.

- Aja, L. (2009). *Intervención en crisis*. Diplomado de factores psicosociales y trabajo saludable. Pontificia Universidad Javeriana.
- Alvarado, M. A. (2012). *Sistema para el Aprendizaje del Mapudungun: Incluyendo características de reconocimiento de voz y bot conversacional*. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5ª Ed.). APA.
- American Psychological Association. (2013). *Comprendiendo el estrés crónico*. APA.
<https://www.apa.org/topics/stress/estres-cronico>
- Araya, S. A., García, G. M. (2017). La importancia del hacer colectivo y el tejido social en situación de catástrofe. En Costa M (Ed.), *Intervenciones Psicosociales en Emergencias y Desastres: Construcciones desde la Experiencia*. (135 - 143). Brujas.
- Arcos, P., Castro, R. (2015). The construction and development of the concept catastrophe-disaster in emergency medicine and public health. *Index de Enfermería*, 24(1-2), (59 – 61).
<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100013>
- Asociación Médica Mundial. (2018). *Líder médico advierte sobre agotamiento de los médicos a nivel mundial*. Asociación Médica Mundial.
<https://www.wma.net/es/news-post/lider-medico-advierte-sobre-agotamiento-de-los-medicos-a-nivel-mundial/>
- Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made: The secret life of the brain*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Becker, R. (2020). *What is a Minimum Viable Product (MVP)? – Definition from Techopedia*. Techopedia,
<https://www.techopedia.com/definition/27809/minimum-viable-product-mvp>
- Bertran, P. (2022). *Los 10 tipos de hospitales y sus características*. MedicoPlus.
<https://medicoplus.com/medicina-general/tipos-hospitales>
- Bion, W. (1963). *Elementos de psicoanálisis*. (3ª Ed.). Lumen-Hormé.
- Bisson, J. I. (2003). Single-session early psychological interventions following traumatic events. *Clinical Psychology Review*, 23(3), (481-499).
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00034-5)
- Burón, L. (2020). *El poder de las palabras: los desastres no son naturales*. United Nations Office for Disaster Risk Reduction – Regional Office for the Americas and the Caribbean.
<https://www.undrr.org/es/news/el-poder-de-las-palabras-los-desastres-no-son-naturales>
- Campus Virtual de Salud Pública. (2022). *Autocuidado para personal en primera línea de respuesta en emergencias*. OPS.
<https://campusvirtualsp.org/es/curso/autocuidado-para-personal-en-primera-linea-de-respuesta-en-situaciones-de-emergencia-en>
- Cano, A., Medrano, L. A., Muñoz, R. (2016). Procesos cognitivos y regulación emocional: aportes desde una aproximación psicoevolucionista. *Revista Ansiedad y Estrés*, 22, (2 - 3).
<https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-sumario-vol-22-num-2-S1134793716X00036-portada>

- Cantillo, J. A., Bueno, R. (2012). Percepción Social y Atribución Causal. En Marín, M., Martínez, R. (Ed.). *Introducción a la Psicología Social*. (59 - 80). Pirámide.
- Carbonatto, M. (2009). *Back from the edge: Extraordinary stories of human survival and how people did it*. Cape Catley Ltd.
- Casals, M. M. (2005). Una primera aproximación a los Principios de Derecho Europeo de la Responsabilidad Civil. *Indret-Revista para el análisis del Derecho*, N°2.
https://indret.com/pdf/284_es.pdf
- Celis, D. (2021, abril 21) *La crisis del sector salud*. Opinión: *La Cuarta Transformación*. El Financiero.
<https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/dario-celis/2021/04/21/la-tesis-del-sector-salud/>
- Centro Colaborador para el Desarrollo de la Enfermería Profesional. (2021). *Programa de contención emocional*. Enfermería UNAM.
eneo.unam.mx/enfermeriacallcenter/
- Chapman, K. (2007). *100 preguntas y respuestas sobre la ansiedad*. Edaf.
- Chiavenato, I. (2009). *Administración de recursos humanos; El capital humano de las organizaciones*. (9ª Ed.). Mc Graw Hill / Interamericana Editores.
- Cicconte B., Jacob J. (2009). *Fundraising basics: A complete guide*. Jones & Bartlett Learning.
- Claros, W. (2019). *Bomberos Conductores. Temario General. Vol. 1*. Ediciones Rodio.
- Comité Permanente entre Organismos. (2020). *Consideraciones operacionales para programas multisectoriales de salud mental y apoyo psicosocial durante la pandemia de la COVID-19*. (3, 5, 10, 11). IASC.
- Comité Permanente entre Organismos. (2020). *Grupo de Referencia del IASC para la SMAPS en Situaciones de Emergencia: Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de Covid-19*. IASC.
<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak>
- Comité Permanente entre Organismos. (2020). *Guía provisional: Alerta de género para el brote de COVID-19*. IASC.
<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Gender%20Alert.pdf>
- Contreras, J. A. (2021, agosto 31). *Una mirada desde la Psicología "Recomendaciones para el manejo de la ansiedad durante la pandemia"*. UNAM Psicología UDEMAT. [Video] Youtube.
<https://youtu.be/f1CuX3Ru1MA>
- Coordinación para la Igualdad de Género. (2021). *¿Necesitas atención psicológica? Conoce los centros de atención para la comunidad universitaria*. UNAM.
<https://coordinaciongenero.unam.mx/2021/08/atencion-psicologica-unam/>
- Corral, E., Gómez, F. (2009). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia: Técnico en emergencias sanitarias*. Arán Ediciones.
- Cortés, P., Figueroa, R. (2018). *Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos: En crisis individuales y colectivas*. PUC/CIGIDEN.
<https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-abcde-la-aplicacion-primeros-auxilios-psicologicos/>

- Costa, M., López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Pirámide.
- Cruz, M. E., Borja, T. B. (2006). *La historia de la ambulancia*. (103 - 104). Med Crit.
- Cuetos, F., González, J., Vega, M. (2015). *Psicología del lenguaje*. (265 - 269). Médica Panamericana.
- Dawkins, R. (1976). *El gen egoísta*. (2ª Ed). Bruno.
- Delavy, E. (2018). *Mobile First ¿Qué es y cuáles son las ventajas de utilizar esa técnica para crear un sitio web?* Hostgator.
<https://www.hostgator.mx/blog/mobile-first/>
- Diario Oficial de la Federación. (2014). *Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Título Primero. Disposiciones Generales, Competencias y Sujetos Obligados. Capítulo Primero. Disposiciones Generales. Artículo 3.
- Díaz, L. (2011). *Similitudes entre Método Clínico, Experimental y Epidemiológico*. (19). Facultad de Psicología, UNAM.
- Díaz, V. E. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(1), (57 - 71).
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005&lng=pt&tlng=es
- Digital55. (2018). *Metodología Ágil en el desarrollo de software*. Digital55.
<https://digital55.com/blog/>
- Dirección General de Incorporación y Revalidación de Estudios. (2021). *Bienestar emocional para la Comunidad Educativa del Sistema Incorporado en tiempos del COVID-19*. DGIRE-UNAM.
www.dgire.unam.mx/contenido_wp/documentos/bienestar-emocional/
- Dormoi, A. S. (2021, noviembre 4). *Accidente laboral: cómo gestionarlo según la Ley Federal Mexicana*. Factorial MX.
<https://factorial.mx/blog/accidente-laboral-ley-federal/>
- Drayer, C. S., Cameron, D. C., Woodward, W. D. (1954). *Psychological First Aid in community disasters*. (156). Journal of the American Medical Association.
- EDIZIONES. (2020, junio 2). *Cómo influyen las emociones en la voz. ¿Refleja nuestro estado de ánimo?* Portal Infosalus.
www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-influyen-emociones-voz-reflejo-emociones-20200602081732.html
- Ekman, P. (1971). *Constants across cultures in the face and emotion*. J Pers Soc Psychol.
- Escudero, M. (2020). *Definición de los primeros auxilios psicológicos*. Centro Manuel Escudero.
<https://www.manuelescudero.com/los-primeros-auxilios-psicologicos-madrid/>
- Escudero, M. (2020). *Psicología de emergencias: 10 conceptos fundamentales*. Centro Manuel Escudero.
<https://www.manuelescudero.com/psicologia-de-emergencias-10-conceptos-fundamentales/>
- Facultad de Medicina UC. (2017, febrero 1). *Primeros Auxilios Psicológicos: Paso A o escucha activa*. Youtube: [Video] Facultad de Medicina UC.
<https://youtu.be/hbVfsJ8KJJA>

- Facultad de Medicina UC. (2017, febrero 1). *Primeros Auxilios Psicológicos: Paso B o reentrenamiento de la (b)entilación*. [Video] Youtube.
<https://youtu.be/PUeoOGeCImc>
- Facultad de Medicina UC. (2017, febrero 1). *Primeros Auxilios Psicológicos: Paso C o categorización de las necesidades*. [Video] Youtube.
<https://youtu.be/rEUbAVOmUYI>
- Facultad de Medicina UC. (2017, febrero 1). *Primeros Auxilios Psicológicos: Paso D o derivación a las redes de apoyo*. [Video] Youtube.
<https://youtu.be/w6tMyUt81DU>
- Facultad de Medicina UC. (2017, febrero 1). *Primeros Auxilios Psicológicos: Paso E o psicoeducación*. [Video] Youtube.
<https://youtu.be/aN2UFVng8RY>
- Facultad de Medicina UC: Figueroa, R., (2019). *Primeros Auxilios Psicológicos: ¿Cómo proteger nuestra salud mental?* Pontificia Universidad Católica de Chile.
<https://medicina.uc.cl/primeros-auxilios-psicologicos/>
- Farberow, N. L., Frederick, C. J. (1978). *Training manual for human Service worker in major disasters*. Department of Health, Education and Welfare Publicacion No. ADM (77).
- Fernández Y. (2020). *Qué son las cookies, qué tipos hay y qué pasa si las desactivas*. Xataka.
<https://www.xataka.com/basics/que-cookies-que-tipos-hay-que-pasa-desactivas>
- Fernández, E., Jiménez M., Martín M. (2003). *Emoción y Motivación. La adaptación humana*. Ramón Areces.
- Figueroa-Saavedra, M. (2009). *Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México*. (149 - 175). Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana Intercultural -- Instituto de Salud Pública.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2009000200007&lng=es&tlng=es
- Figueroa, R., Marín, H. (2019, octubre 27). *Sesión vía Zoom Q&A Primeros Auxilios Psicológicos según el protocolo PAP-ABCDE*. Facultad de Medicina UC. [Video] Youtube.
<https://youtu.be/eGRp7xV6tV4>
- Flanagan D. (2006). *JavaScript: The definitive guide*. (5th ed.). (497). O'Reilly, Sebastopol, CA.
- Foa E., Hembree E., Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. Oxford University Press.
- Forcadell, E., Lázaro, L., Fullana, M. A. (2019, enero 29). *¿Qué es la Ansiedad?* Portal Clinic.
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/definicion>
- Fuentelsaz, J. (2021). *Tecnología Bienestar: Yana, el acompañante emocional virtual más descargado en español*. Agencia EFE, Edición América.
<https://efe.com/efe/america/tecnologia/yana-el-acompanante-emocional-virtual-mas-descargado-en-espanol/20000036-4559216>
- Galvin, W. (1996). *Organizing a non-profit corporation*. Brochure. Boston, MA: Commonwealth of Massachusetts.

- Gantiva, D., Luna, A., Dávila, A. (2010, junio). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(1), (63 - 72).
- Garrido, I. (2000). La motivación: mecanismos de regulación de la acción. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3, (5 - 6).
<http://reme.uji.es/articulos/agarri4542212100/texto.html>
- Ghosh S. (2015, agosto). Systemic comparison of the application of EVM in traditional and agile software project. *PM World Journal Vol. IV, Issue VIII*.
<https://pmworldlibrary.net/wp-content/uploads/2015/08/pmwj37-Aug2015-Ghosh-comparison-of-evm-in-traditional-and-agile-projects-student-paper.pdf>
- Gibson, L. E. (2007). *Acute Stress Disorder*. National Center for PTSD.
- Gobierno de México: Salud Mental. (2020). *Apoyo Emocional*. Gobierno de México.
<https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/>
- Gómez, D. (2019). *El Diario Emocional: Modelo en PDF y Técnica para Usarlo para Ser Más Feliz*.
<https://somosinteligenciaemocional.com/el-diario-emocional/>
- Greimás, A. J., Courtés, J. (1982). *Semiótica. Diccionario razonado de la teoría del lenguaje*. Gredos.
- Hall, E. T. (1959). *El lenguaje silencioso*. Alianza Editorial.
- Headways Media. (2016). *Glosario de Mercadotecnia: b2b*. Headways Media.
<https://headways.com.mx/glosario-mercadotecnia/palabra/b2b/>
- Hernández, M. I., Gutiérrez, L. P. (2014). *Manual de primeros auxilios psicológicos*. UIPC CUCS Universidad de Guadalajara.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, R. (2007). *Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence*. *Psychiatry*, 70, (283 - 315).
- Holleman G., Hooge I., Kemner C., Hessels R. (2020). *The 'Real-world approach' and its problems: A critique of the term ecological validity*. *Frontiers in psychology*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7204431/>
- Horn, R., O'May, F., Esliker, R. (2019): *The myth of the 1-day training: the effectiveness of psychosocial support capacity-building during the ebola outbreak in West Africa*. *Global Mental Health*.
- Ifeel online. (2021). *Cómo funciona: Bienestar laboral en un solo lugar*.
<https://ifeelonline.com/como-funciona-ifeel-bienestar-laboral/>
- IFRC Reference Centre for Psychosocial Support. (2020). *Remote Psychological First Aid during COVID-19*.
<https://pscentre.org/wp-content/uploads/2020/03/Remote-PFA.pdf>
- IFRC Reference Centre for Psychosocial Support. (2020). *Remote Psychological First Aid during COVID-19*. Cruz Roja Danesa.
<https://pscentre.org/wp-content/uploads/2020/03/Remote-PFA.pdf>
- INEGI. (2020, febrero 23). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares 2020*. INEGI.
<https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/674>

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2021). *Riesgos derivados de las condiciones de seguridad en el trabajo*. Gobierno de España.
<https://www.insst.es/materias/riesgos/seguridad-en-el-trabajo>
- Jasinski, T. (2008). Language, Culture, and Psychological Communication. *Jung Journal: Culture & Psyche*, 2(2), (21 – 29).
<https://www.jstor.org/stable/10.1525/jung.2008.2.2.21>
- Keyes, C., Ryff, C., Shmotkin, D. (2002). Optimizar el bienestar: el encuentro empírico de dos tradiciones. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 82, (1007-1022).
- Khurana, H., Sohal J. (2011). Aguilé: The necessitate of contemporary software developers. *International Journal of Engineering Science & Technology*, 3(2), (1031-1039).
- Knapp, M. L. (1980). *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Paidós.
- Knudsen, L., Hogsted, R. (1997). *Psychological First Aid and human support*. Danish Red Cross.
- Kornor, H., Winje, D., Ekeberg, O., Johansen, K., Weisaeth, L., Ormstad, S. S., Steiro, A. K., Fretheim, A. (2007). Psychosocial interventions after crises and accidents (Informe No. 14-2007). Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Landa, R. E. (2021, septiembre 7). *El trabajo del psicólogo en el ámbito hospitalario: perspectivas basadas en evidencia*. UNAM Psicología UDEMAT. [Video] Youtube.
<https://youtu.be/18sbGTqfk2E>
- Lawton, S. (2019). *Introducción a la accesibilidad web*. W3C Web Accessibility Initiative (WAI).
<https://www.w3.org/WAI/fundamentals/accessibility-intro/es>
- Lazcano, V. (2018, enero 3). *Contención y comprensión en la intervención en crisis*. Centro ELEIA. Psicología / Terapia Psicoanalítica.
<https://centroeleia.edu.mx/blog/contencion-y-comprension-en-la-intervencion-en-crisis/>
- Licen.cc. (2022). *Licencia MIT*. Licen.cc.
<https://www.licen.cc/es/licencias/mit/>
- Lichtenberg, J. (2010, octubre 19). *¿El altruismo puro es posible?* The New York Times.
- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A., Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(2), (112 – 134).
- Londoño, L. P. (2009). *La atención: un proceso psicológico básico*. Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia.
- Luria, A. (1984). *Atención y memoria*. Kairos.
- Macías, M. A, Orozco, M, Valle, M., Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30 (1), (123-145). Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.
<https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
- Main, T. (1989). The ailment and other psychoanalytic essays. En Weisaeth, L., Dyb, G., & Heir, T. (2007). *Disaster medicine and mental health: Who, how, when of international and national disasters*. *Psychiatry*. London: Free Association Press. 70 (4). (337 – 344).

- Álvarez, J., Andrade C., Vieyra V., Esquivias H., Merlín I., Neria R., Bezanilla, J. M. (2020). *Manual operativo del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID- 19 en México. Modulo 1*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Mayou, R. A., Ehlers A., Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, (589 – 593).
- Mental Health Academy. (2010). *Guía de Primeros Auxilios Psicológicos*. Cruz Roja Australiana y Sociedad de Psicología Australiana.
- Mental Health Academy. (2020). *Psychological First Aid*. Mental Health Academy. (12 –18).
<https://mentalhealthacademy.com.au/bushfire-resources>
- Mental Health Academy. (2011). *Critical incident counselling. The professional counsellor*. Mental Health Academy.
- Miller, L. H., Smith, A. D., Rothstein, L. (1993). *The stress solution: An action plan to manage the stress in your life*. Pocket Books.
- Ministerio de Salud de Chile. (2019). *Guía para el cuidado de la Salud Mental del Gobierno de Chile*. Ministerio de Salud de Chile.
https://minsal.cl/wp-content/uploads/2019/11/2019.11.20_Gu%C3%ADa-para-el-cuidado-de-la-salud-mental_versi%C3%B3n-digital.pdf
- Mitchell, J. T., Everly, G. (1997). *The scientific evidence for critical incident stress management*. *Journal of Emergency Medical Service*. (22).
- Molina, A. (2020, septiembre 4). *Primeros auxilios psicológicos: Entrenamiento continuo sobre manejo médico en COVID-19*. Instituto de Salud para el Bienestar. [Video] Youtube.
<https://youtu.be/O5bwkGuUPTY>
- Montealegre, M. L. (2021). *Curso de Primeros Auxilios Psicológicos para Líderes*. Platzi.
<https://platzi.com/cursos/primeros-auxilios-psicologicos/>
- Morales, C. F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Secretaría General Administrativa UniSon.
- Navarro, T. (2017, octubre 13). *¿Sientes una mezcla de emociones?* Tomas Navarro Blog; Psicología y Bienestar.
<https://tomasnavarroblog.com/sientes-una-mezcla-de-emociones/>
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C., Perilla, J., Rodriguez, F., Rodriguez, J. (2003). *Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico*. *J Abnorm*.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.4.646>
- Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (2020). *Crisis*. OCHA – ONU.
<https://www.unocha.org/research-and-reports>
- Orem, D. (1980). *Enfermería: Conceptos Prácticos*. Mc Graw Hill. (2ª Ed.), (118-119).
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias: Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 1*.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/2799>

- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: Guía para equipos de respuesta*. Colecciones: Publicaciones Generales.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2020, marzo 12). *COVID-19: La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. [Video] Youtube.
<https://youtu.be/FkcRc5DnRt8>
- Osugi, T., Kawahara, J. I. (2018). Effects of Head Nodding and Shaking Motions on Perceptions of Likeability and Approachability. *Perception*, 47(1), 16–29.
<https://doi.org/10.1177/0301006617733209>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. (2003). *Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis*. *Psychological Bulletin*. 129(1), (52 – 73).
- Parada, E. (1998). Psicología aplicada al salvamento y socorrismo. En Palacios, J. Iglesias, O., Zanfaño, J. (Ed.). *Salvamento Acuático, Salvamento Deportivo y Psicología*. (3ª Ed.), Xaniño.
- Parada, E. (2008). *Psicología y emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Editorial Desclée De Brouwer.
- Pender, N. J. (1982). *Servicios de prevención de enfermedades y promoción de la salud prestados por profesionales de enfermería: predicción de consumidores potenciales*. Asociación Estadounidense de Salud Pública.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.70.8.798>
- Poder Judicial de la Ciudad de México. (2021, febrero 10). *Presentan PJCDMX y Consejo línea de apoyo psicológico*. Poder Judicial de la Ciudad de México.
https://www.poderjudicialcdmx.gob.mx/presidente_10022021/
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2016, mayo 24). *Psychological First Aid (PFA): RCT Adults Non-intentional Trauma Emergency Room (PFA)*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
<https://clinicaltrials.gov/show/NCT02608086>
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2018). *Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Video.
<https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-abcde-la-aplicacion-primeros-auxilios-psicologicos/>
- Primeros Auxilios Guía de Operaciones Prácticas. (2006). *Psicológicos Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil*. (2ª Ed.), Centro Nacional de TEPT. EE.UU.
https://sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.347521/file/Psychological-First-Aid_Field-Operations-Guide_Spanish.pdf
- Psicología UNAM. (2021). *Centros de Formación y Servicios Psicológicos*. Psicología UNAM.
<https://psicologia.unam.mx/centros-de-formacion/>
- Puy, A., Romero, A. (1998). Claves para la intervención psicosocial en desastres. En Martín, A. *Psicología comunitaria*. Síntesis.
- Pynoos, R. S., Nader, K. (1988). *Psychological First Aid and treatment approaches to children exposed to community violence: research implications*. *Journal of Traumatic Stress*, 1, (445 – 473).
<https://link.springer.com/article/10.1007/BF00980366>

- Rabelo, J. M. (2010). Primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis desde el trabajo social. *Revista de Trabajo Social y Acción Social: Documentos de Trabajo Social de Málaga*, 47, (121 – 133).
<https://www.trabajosocialmalaga.org/wp-content/uploads/2019/05/DTS-n%C2%BA47.pdf>
- Real Academia Española. (2021). *Diccionario de la lengua española: Catástrofe* (23ª Ed.). RAE.
<https://dle.rae.es>
- Real Academia Española. (2021). *Diccionario de la lengua española: Emergencia* (23ª Ed.). RAE.
<https://dle.rae.es>
- Renedo, M., Gil, M. (2004). Aproximación conceptual al desastre. *Cuadernos de Crisis*, 3(1), (7 – 20).
http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2004/cdc_004.pdf
- Renzulli, D., LePage, P. (2020). *Aplicaciones web progresivas: Cómo definir tu estrategia de instalación*. Web.dev.
<https://web.dev/i18n/es/define-install-strategy/>
- Gómez, C., Jordán M. I., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H., Uribe, M. (2009). *Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños adolescentes y adultos*. (4ª Ed.), Editorial Médica Panamericana.
- RedHat. (2019). What is open source? RedHat.
<https://www.redhat.com/en/topics/open-source/what-is-open-source>
- Richard, S., LePage, P. (2020). *¿Qué son las aplicaciones web progresivas?* Web.dev.
<https://web.dev/i18n/es/what-are-pwas/>
- Ríos, M., Muñoz, J. M., Paúl, N. (2007). Alteraciones de la atención tras daño cerebral traumático: evaluación y rehabilitación. *Revista de Neurología*, 44, (291 – 297).
<https://doi.org/10.33588/m.4405.2006208>
- Rose, S. C., Bisson, J. Churchill, R. Wessely, S. (2002). *Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)*. John Wiley & Sons, Ltd.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>
- Secretaría de Salud. (2020). Salud Mental durante la Pandemia de COVID-19. Salud Mental durante la Pandemia de COVID-19. Módulo 2. Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud/STCONAPRA. (2017). *Manual de Protección Civil ante Casos de Emergencia, Contingencias y Desastres del STCONAPRA*. STCONAPRA.
https://gob.mx/cms/uploads/attachment/file/252641/Manual_de_Proteccion_Civil_STCONAPRA.pdf
- Lozano, S. (2019). *Entender las emociones; El misterio de las lágrimas: por qué lloramos*. La Vanguardia.
<https://lavanguardia.com/vivo/psicologia/20191004/47745960491/misterio-lagrimas-por-que-lloramos-alegria-tristeza-emociones.html>
- Slaikue, A. K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. (2ª Ed.), Manual Moderno.
- Sneh, P. (2017). Fantasmas del analista: del furor curandis a la indiferencia ante el sufrimiento. *Revista Psicología Digital*.
<https://psicologiadigital.unr.edu.ar/?p=920>
- Sociedad Argentina de Cardiología. (2020). Maltrato en la formación médica: situación en las residencias de cardiología. *Revista Argentina de Cardiología*, 88(1), (48 - 54).
<https://doi.org/10.7775/rac.es.v88.i1.15783>
- Steinmetz, R., Wehrle, K. (2005). *What Is This "Peer-to-Peer" About?* (9 - 16). Springer Berlin Heidelberg.

