



GESTIÓN DEL RIESGO,

PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA

Y APOYO HUMANITARIO EN TIEMPOS DE COVID



COORDINADOR
DIEGO NUÑEZ





**GESTIÓN DEL RIESGO,
PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA
Y APOYO HUMANITARIO EN TIEMPOS DE
COVID**

Coordinador

Diego Nuñez



2023



**OBSERVATORIO
INTERNACIONAL DE**
Psicología de la Emergencia,
Apoyo Humanitario y
Gestión Integral del Riesgo

**INTERNATIONAL
OBSERVATORY OF**
Emergency Psychology,
Humanitarian Support and
Integral Risk Management

MÁS INFORMACIÓN/ MORE INFORMATION

<https://fipe-ifep.org/>

Contacto/Contact us:

administracion@fipe-ifep.org



EDITORA IN VIVO – BRASIL

Prof. Dr. Everton Nogueira Silva

Editor Chefe / Editor en Jefe / Editor-in-Chief

Email: atendimento@editorainvivo.com

Profa. MSc. Marisa Guilherme da Frota

Diretora Técnico-Científica / Directora Técnico-Científica / Technical-Scientific Director

Email: atendimento@editorainvivo.com

Denise Marques Rodrigues

Bibliotecaria / Librarian

INSTITUCIONES DE APOYO



RADIOJAI96.3

La radio judía de latinoamérica

30 años juntos



Casa Refugiados



PsicMedics
Clínica de Atención Psicológica
Salvamos más vidas, si rescatamos mentes





grupo
P O V E A



ESTAR

Asociación de
Acompañantes
Terapéuticos
San Luis

Asociación Civil



18 DE DICIEMBRE
por el migrante



2023 by Editora In Vivo
Copyright © Editora In Vivo
Copyright do Texto © 2023 O autor
Copyright da Edição © 2023 Editora In Vivo



Esta obra está licenciada com uma Licença **Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**.

O conteúdo desta obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Editor Chefe

Dr. Everton Nogueira Silva
Diretora Técnico-Científica
MSc. Marisa Guilherme da Frota

Conselho Editorial

1 Colégio de Ciências da Vida

1.1 Ciências Agrárias

Dr. Aderson Martins Viana Neto
Dra. Ana Paula Bezerra de Araújo
MSc. Edson Rômulo de Sousa Santos
Dr. Fágner Cavalcante P. dos Santos
MSc. Filomena Nádia Rodrigues Bezerra
Dra. Lina Raquel Santos Araújo
Dr. Luis de França Camboim Neto
MSc. Maria Emília Bezerra de Araújo
MSc. Yuri Lopes Silva

1.2 Ciências Biológicas

Dra. Antonia Moemia Lúcia Rodrigues Portela

1.3 Ciências da Saúde

Dra. Ana Luíza M. Cazaux de Souza Velho
Dr. Isaac Neto Goes Silva
Dra. Maria Verônyca Coelho Melo
Dra. Paula Bittencourt Vago
MSc. Paulo Abílio Varella Lisboa
Dra. Vanessa Porto Machado
Dr. Victor Hugo Vieira Rodrigues

2 Colégio de Humanidades

2.1 Ciências Humanas

Dra. Alexsandra Maria Sousa Silva
MSc. Francisco Brandão Aguiar
MSc. Julyana Alves Sales

2.2 Ciências Sociais Aplicadas

MSc. Cícero Francisco de Lima
MSc. Erivelton de Souza Nunes
Dra. Maria de Jesus Gomes de Lima
MSc. Maria Rosa Dionísio Almeida
MSc. Marisa Guilherme da Frota

3 Colégio de Ciências Exatas, Tecnológica e Multidisciplinar

3.1 Ciências Exatas e da Terra

MSc. Francisco Odécio Sales
Dra. Irvila Ricarte de Oliveira Maia

3.2 Engenharias

MSc. Amâncio da Cruz Filgueira Filho
MSc. Eduarda Maria Farias Silva
MSc. Gilberto Alves da Silva Neto
MSc. Henrique Nogueira Silva
Dr. João Marcus Pereira Lima e Silva
MSc. Ricardo Leandro Santos Araújo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP

N972g Nuñez, Diego, org.

Gestión del riesgo, psicología de la emergencia y apoyo humanitario en tiempos de covid [livro eletrônico]. / Organizador: Diego Nuñez. Fortaleza: Editora In Vivo, 2023.

344 p.

Bibliografía.

ISBN: 978-65-87959-29-0

1. Gestión del riesgo. 2. Psicología de la emergencia. 3. Apoyo humanitario. 4. Covid. I. Título. II. Organizador.

CDD 150

Denise Marques Rodrigues – Bibliotecária – CRB-3/CE-001564/O

PRESENTACIÓN

Este es un libro el cual se ha ido adaptando a muchas transformaciones y que al leerlo nos acerca a experiencias y prácticas frente a una pandemia que no da tiempo a improvisaciones, pero si a celeridad en las respuestas. La pregunta constante es; ¿Qué más puede hacerse?,

¿Cuáles son los recursos con los que contamos?, ¿Qué poseen para aportar las personas de diferentes lugares en diferentes áreas y países en esta emergencia mundial?

Es así como este libro ante muchos de estos interrogantes intenta funcionar como soporte técnico experiencial donde desde diferentes ciencias se está construyendo de mano de la salud mental, la medicina, la gestión del riesgo, el personal de emergencias y seguridad, el voluntariado social y apoyo humanitario, el medioambiente, la comunicación, la docencia y muchos ámbitos más. Es en estas páginas donde confluyen salutogénicamente los/as hacedores/as de la prevención, la asistencia y la evidencia científica, siendo también todo este cúmulo de viejo y nuevo conocimiento los que están definiendo un nuevo tratado de la salud a nivel mundial, una nueva manera de ver, observar y conocer cuál es el origen de esta desde la nueva alfabetización en la salud que se nos impone y el modo en qué evoluciona frente a situaciones de emergencia.

Es por esto, que este libro es una simple muestra de acciones y resultados, dado que somos conscientes que falta aún mucho por iniciar recorrer, no solo en la pandemia, sino en la prevención y tratamiento de sus secuelas postraumáticas, y aún más en integrar el compromiso del bienestar que aporta lo salutogénico, y que desde la Psicología y Cuidados de la Salud Mental y Emocional en la Emergencia venimos desarrollando.

Es en este aspecto donde desde la FIPE – IFEP. Federación Internacional de Psicología de la Emergencia - International Federation of Emergency Psychology, siendo este un espacio de estudio, formación e investigación internacional en emergencias, un punto de encuentro de unión mundial, donde lo humano es apoyo y hace a este nuevo guión de la salud que se está reescribiendo.

Diego Nuñez. Buenos Aires, 20 de enero de 2023

“Los dos días más importantes de tu vida son: el día en que naciste y el día en que descubres para qué”

Mark Twain

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de estos cuatro últimos años de pandemia muchas personas han acompañado al desarrollo, aplicación y difusión de la Psicología de la Emergencia/Salud Mental en Emergencias, brindando sus palabras, su soporte, su asistencia, su tiempo y sus espacios para contribuir desde diferentes lugares. La Federación Internacional de Psicología de la Emergencia no solo nos unió a los especialistas en el área desde los diferentes países, sino que nos movilizó a buscar respuestas desde un sigiloso y potente trabajo continuo. Hoy desde este libro: “Gestión del Riesgo, Psicología de la Emergencia y Apoyo Humanitario en Tiempos de COVID”, les compartimos desde los/as diferentes autores/as que hemos participado una suma de experiencias, investigaciones y resultados, sin dejar de expresarles el enorme agradecimiento ante tanta generosidad y compromiso resiliente.

Siento muy importante destacar, nombrar y reconocer a cada persona que desde el comienzo de la pandemia hasta la actualidad lo han dado todo, en pos de acompañar las necesidades surgidas en el día a día y a las personas que lo necesitaron. Las lecciones aprendidas son muchas, es por eso que deseo destacar el apoyo de las siguientes autoridades, especialistas, profesionales e instituciones a quienes les reconozco y agradezco profundamente, como también así a todas aquellas personas anónimas que brindaron de sí sus mejores recursos y su tiempo, sosteniendo desde su hacer, estar y saber en diferentes direcciones y situaciones.

A la Dra. Silvia La Ruffa, Secretaria Nacional de Articulación Federal de la Seguridad del Ministerio de Seguridad de Argentina. Una mujer hacedora e inspiradora quien es el eje esencial de la gestión del riesgo en la Nación Argentina, y mediante sus acciones nutre los caminos brindando respuestas y cuidados mediante su incansable hacer y apoyo a todos los equipos de las diferentes áreas, instituciones, voluntariados y organismos de emergencias y seguridad de toda la Nación Argentina para continuar evolucionando de manera continua, conjunta y sin pausas, dejando visibilizadas las huellas a seguir. Es de destacar su enorme profesionalismo, vocación de servicio y calidad humana que la distinguen y aún más durante los difíciles momentos atravesados en pandemia y los que aún continúan. Mi gratitud permanente, respeto y afecto a Usted y a todo equipo, como así también la confianza depositada en mí y en Flor para formar desde la Psicología de la Emergencia al personal de primera respuesta de nuestro país. Gracias por tanto!

A la Dra. Lilia Novillo, una mujer hacedora, y una voz amiga que con determinación y cariño puntano de manera afectuosa mediante los valores y acciones riega desde siempre las raíces de la comunidad sanluiseña con su calidad humana que la distingue. Con su apoyo se gestó desde el comienzo de la pandemia un hecho histórico para la provincia que fué, “De San Luis al Mundo”, brindando recursos y capacitación con diplomados en Prevención en Violencia de Género y Psicología de la Emergencia en Tiempos de COVID para la comunidad (llegando a 4 continentes) pensados como recursos durante la cuarentena, haciéndolo en su función como Presidenta del Superior Tribunal de Justicia del Poder Judicial de la Prov. de San Luis, en esos difíciles momentos. Su compromiso, sensibilidad, y la confianza que me brindó para dirigirlo merece todo mi respeto, gratitud y afecto a Usted y a la hermosa Provincia de San Luis que tan bien representa. Gracias por tanto!

A la Sra. Diputada Lic. Fernanda Spinuzza del Poder Legislativo de San Luis – Argentina, una mujer emprendedora con una visión generosa, sensible, ecuánime y con infinita vocación de servicio al prójimo. Ella en sí misma es una llave al futuro que está ya presente en sus actuales comprometidas acciones para con la comunidad. Mi afecto y gratitud a Usted y a la hermosa Provincia de San Luis que tan bien representa. Gracias por tanto.

A la FIPE-IFEP, Federación Internacional de Psicología de la Emergencia – International Federation of Emergency Psychology, y todas/os las/os amigas/os colegas y socias/os fundadoras/es y representantes internacionales que la componen. Por el tesón de habernos buscado y encontrado desde diferentes países y continentes, y por todo el trabajo realizado, el que se genera y el que está llegando en apoyo a la salud mental y psicología en emergencias. Mi gratitud, admiración y abrazo afectuoso a cada una/o de ustedes por tantas obras con pasión, estudio, investigación y ciencia, junto a una incansable actitud y conducta científicamente laboriosa que trasciende las fronteras y más aún de ahora en adelante. Gracias por tanto.

A la AASM, Asociación Argentina de Salud Mental. Faro que nos brinda su luz esencial, por su permanente apoyo y respaldo al propiciar y generar con absoluto profesionalismo de manera constante y comprometida para con la sociedad, espacios y acciones saludables para las mentes, emociones y salud integral. Mi gratitud para con sus autoridades, todo el gran equipo que la compone y las/os colegas, y mi continuo compromiso para con la confianza que depositan en mí. Gracias por tanto.

Mi especial agradecimiento a las autoridades y a todo el equipo de la Embajada de Israel en Buenos Aires, Argentina, por el respaldo que me han brindado y su constante compromiso, como así también por acercarnos de manera permanente al apego por el valor de la resiliencia, la conducta, la voluntad y la unión como fuente de construcción frente a los momentos más difíciles. Mi reconocimiento y afecto por su loable tarea. Gracias por tanto.

Al Prof. Mooli Lahad P.h.D, Presidente del CSPPC - International Center for Stress Prevention– Israel, y a la Dra. Nira Kaplansky, Directora de la línea de asistencia a víctimas del terrorismo de la Fundación Natal– Israel. Cálidas y entrañables personas y sobresalientes especialistas referentes a nivel mundial que tanto brindan desde la salud mental en crisis y emergencias, lo traumático, lo psicosocial, la resiliencia y el afrontamiento al estrés con su apoyo a las diferentes comunidades y personas de todos los países que atraviesan situaciones traumáticas, y para quienes ustedes se dedican incansablemente. Gracias por tanto! Es un gran honor y alborozo contar con vuestra amistad. Mi gratitud, compromiso y afecto permanente a ustedes.

Al Lic. Miguel Steuermann, Director de RADIO JAI, Radio Judía de Latinoamérica. Quien desde la comunicación y la palabra diariamente brinda mediante su vocación de servicio lazos humanos de paz generando puentes de unión intercultural, solidaria y comunitaria como un hacedor de coherencia y compromiso. Mi presente respeto y gratitud por su tarea y la de todo el equipo de RADIO JAI puesta al servicio de la sociedad quienes merecen nuestro mayor reconocimiento como comunidad. Gracias por tanto y por el apoyo siempre brindado.

Al Dr. Alejandro Roisentul, un caballero del mundo con una misión social muy clara que lleva adelante. Un profesional internacionalmente destacado que desde Israel honra a este libro con su prólogo, y de quien destaco su enorme generosidad, profesionalismo y conducta

que tan bien lo representa. Mi más profundo agradecimiento, reconocimiento y respeto a su persona. Gracias por su labor humanitaria y presencia para con estas páginas.

Al Crio. Inspector Adrián Narbáez, Director de la Dirección de Riesgos Especiales de la Superintendencia de Seguridad Siniestral, Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Mi reconocimiento a sus acciones junto a las/os profesionales del rescate que Ud. acompaña, forma y dirige, un equipo del cual me siento orgulloso de pertenecer junto a estas mujeres y estos hombres que lo dan todo por los demás desde su gran tarea humana con el máximo profesionalismo. Mi más profundo agradecimiento.

Al Dr. Everton Nogueira Silva. Un amigo con un enorme compromiso con la cultura, la educación y la ciencia, quien comprende la importancia de sociabilizar estas experiencias y conocimientos sin ningún tipo de límites, y para hacerlo nos brinda todo su apoyo mediante la Editorial IN VIVO de Brasil que dirige, para que este libro sea realidad y enlace con todas las regiones y países. Mi más profundo agradecimiento, reconocimiento y respeto a su persona. Gracias por estar.

A todos/as los /as autores/as que han aportado con interés y el mayor de los compromisos sus experiencias, estudios e investigaciones para que este libro llegue a todas las latitudes posibles. Gracias. Sin ustedes no hubiera sido posible. Gracias por comprender la importancia de la ciencia y su puesta en práctica en estos días.

A las universidades e instituciones de diferentes regiones y países que desde hace tanto me abren sus puertas, y a los equipos que me acompañan de amigas/os docentes especialistas de las diferentes latitudes que con tanta generosidad me brindan el espacio a su lado para acompañarlas/os desde el comienzo de la pandemia de COVID, dirigiendo en los Diplomados Universitarios Internacionales en; Psicología de la Emergencia, Autocuidados y soporte preventivo para víctimas y personal interviniente en crisis, emergencias, desastres y catástrofes, Prevención en violencia de género y políticas públicas, Resolución de conflictos, negociación en situaciones críticas y mediación, Migración y Apoyo Humano a personas desplazadas y refugiadas, Prensa y comunicación en zonas de emergencias y catástrofes, Psicología de la emergencia y apoyo humanitario e Inglés específico en salud mental. Es un placer continuo trabajar junto a estas/os grandes profesionales apasionadas/os.

A Merlina “incandescente en años luz”- mi motor universal. A mi madre Silvia y a mi padre Oscar (gracias por siempre al enseñarme el mundo de las emergencias, la ayuda a quienes lo necesitan y el valor de la paciencia-pasión), la familia y a las familias de cada uno/a de nosotros/as, a las/os pasionarias/os socias/os fundadoras/es y amigas/os integrantes de FIPE-IFEP, a la Universidad Abierta Interamericana - UAI- por la pasión a la ciencia, a la inmensa Vera Fogwill una amiga rubí única, y a la querida Sarita Montero, otra gran amiga sin igual. Agradecimiento muy especial al Lic. José Dahab, Buenos Aires - Argentina, PS. Mirta Dieni, Lic. Elda Agarie y Dr. Antonio Agarie, Lic. Ma. Teresa Almada, Lic. Alicia Fernández, y a los/as siguientes autoridades, profesionales, amigos/as, colegas y docentes que han participado, participan, y también acompañan en diferentes acciones y actividades, como así también de los diplomados universitarios internacionales : Agradecimiento especial a la Dra. Fernanda Méndez, Directora regional para Latinoamérica de MSF, Médicos sin Fronteras, a las autoridades de la UNIVERSIDAD PAULO FREIRE de Costa Rica; Sr. Rector UPF Dr. Adrián Meza Soza, Sra. Vicerectora UPF Lic.

Adriana Meza y Sra. Directora Académica UPF Mgter. Ana Cecilia Espinoza, Dra. Yanina Kogan, Directora Ejecutiva de la Cámara de Comercio Argentino Israelí, Dr. Juan Carlos Murillo, ex Director regional para Latinoamérica de ACNUR, Sra. Ex Embajadora de Israel en Argentina Dra. Galit Ronen – Israel, Sr. Gabriel Gasparutti, Subsecretario de Gestión del Riesgo y Protección Civil de la Nación Argentina, Dra. Sabina Frederic – Presidenta de la Agencia Argentina de Cooperación Internacional y Asistencia Humanitaria Cascos Blancos, Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto de Argentina, Dra. Mariana Galvani, Vicepresidenta de Cascos Blancos, Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto de Argentina, Sr. Director Nacional Dn. Claudio Schbib, Prevención y Reducción del Riesgo, Secretaría de Articulación Federal de la Seguridad del Ministerio de Seguridad de Argentina, Sr. Director Nacional Dn. Esteban Chala, Operaciones de Protección Civil, Secretaría de Articulación Federal de la Seguridad del Ministerio de Seguridad de Argentina, Lic. Melina Adelchanow, Directora nacional de articulación legislativa, Secretaría de Articulación Federal de la Seguridad del Ministerio de Seguridad de Argentina, Mgter. Carol Abousleiman, asesora de gabinete, responsable de comunicación, Secretaría de Articulación Federal de la Seguridad del Ministerio de Seguridad de Argentina, Sr. Daniel Silva, Ministerio de Seguridad de Argentina, AASM – Asociación Argentina de Salud Mental: Sra. Presidente: Dra. Liliana Moneta, Sr. Vicepresidente: Dr. Eduardo Grande, Sr. Secretario General: Dr. Alberto Trimboli, Sra. Tesorera: Dra. Silvia Raggi, y en sus nombres a todas las autoridades, y también mi agradecimiento a Jorgelina Catenacci quien todo lo coordina tan bien y al equipo. Sra. Senadora Nacional Lic. María Eugenia Catalfamo, San Luis – Argentina, Sra. Silvia Sosa Araujo, Presidenta de la Cámara de Diputados de la Provincia de San Luis – Argentina, Sr. Procurador General Dr. Luis Marcos Martínez, Poder Judicial Provincia de San Luis – Argentina, Sr. Ministro de Seguridad de la Provincia de San Luis, Sr. Latini Claudio – Argentina, Lic. Liliana Scheines Directora del Corredor Humanitario de la Provincia de San Luis – Argentina, Lic. Marcela Monte Riso, Políticas de Salud Mental, San Luis – Argentina, Dra. María Ana Barretto, Jefa Programa Energías y Cambio Climático, Secretaría de Ambiente del Gobierno de San Luis – Argentina, Lic. Elena Valerio, Lic. Sonia Barroso y Lic. Paola Sepúlveda de Comisión de Emergencias y Catástrofes del Colegio de Psicólogos de San Luis – Argentina, Sr. Luciano Anastasi, ex Ministro de Seguridad de la Provincia de San Luis, Argentina, Lic. Gabriela Puerto Mestre, San Luis – Argentina, mi agradecimiento permanente a las/os amigas/os y comunidad de la hermosa localidad de Papagayos en la Provincia de San Luis, Argentina, Lic. Mauro Vivas, Director Logística y Operaciones de Cascos Blancos – Argentina, Dra. Mariana Lorenz, Coordinadora nacional capacitación de Cascos Blancos – Argentina, Sra. Coordinadora Nacional Lic. Soledad Mele de Gestión Integral del Riesgo de la Administración de Parques Nacionales del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible de Argentina, José Darío Neira, Jefe Policía de San Luis – Argentina, Cría. Mayor Ivana Isabel Bustos, Directora General de Niñez, Adolescencia y Mujer víctima de Violencia de Género, San Luis – Argentina, Cria. Mayor Mónica Josefina Alfonzo, Directora de Niñez, Adolescencia y Mujer víctima de Violencia de Género, San Luis – Argentina, Crio. Mayor Rafael Antonio Godoy, Director General de Bomberos, San Luis – Argentina, Crio. Mayor José Edgar Torres Orozco, Director de Bomberos, San Luis – Argentina, a mis compañeras/os y estudiantes negociadoras/es de CATS – Curso Atendimento Tentativas de Suicidio

de Ceará – Brasil, coordinado por el Mgter. Tte. Cnel. José Edir Paixao Sousa (Psicólogas/os, Corpo Bombeiros Militares do Brasil, BOPE - Batalhão de Operações Policiais Especiais, Polícia Federal do Brasil, Polícia Rodoviária do Brasil, Polícia Civil do Brasil), Lic. Alexandra Vicente, BOPE - Batalhão de Operações Policiais Especiais – Brasil, Contralmirante Dr. Darío Carlos Sachetti, Director General de Sanidad Conjunta, Estado Mayor Conjunto de Las Fuerzas Armadas – Argentina, Cnel. Pablo Alberto Filippini, Director de CAECOPAZ, Cascos Azules Argentina, Tte. Cnel. César Fragni y Tte. Cnel. Guillermo Somigliana de CAECOPAZ, Cascos Azules Argentina, PS. Florencia Rosa Cafarelli, FIPE y rfte. del Subcomité de Emergencias de la Administración de Parques Nacionales, Dra. Mónica Syevutha Musyoni, International Peace Support Training Centre – Kenya, Dra. Salome Aleso Wangamaty Peace and Security Specialist at the African Union Mission - South Sudán, Mgter. Melinda Endrefy, Rumania – Hungría, Sra. Jueza Dra. Estela Bustos, San Luis – Argentina, Sr. Juez Dr. Jorge Sabaini Zapata, San Luis – Argentina. Agradecimientos especiales a Sra. Susana Becerra Moreno Coordinadora de Área, Poder Judicial SL – Argentina, Mgter. Angela Castillo, Coordinadora Escuela Judicial Poder Judicial SL – Argentina, Lic. Leticia Márquez, Acompañamiento a la Víctima, Poder Judicial SL – Argentina, AT Prof. Sergio Suárez Sardón, AT Lorena Zill – Argentina, AT Carina Frantantueno – Argentina, Mgter. Silvana Lucero, Directora de Prensa y Comunicación del Poder Judicial de la Prov. de San Luis, y todo su equipo – Argentina, Silvina Crispín, Poder Judicial SL – Argentina, Vanesa Menichetti, Poder Judicial SL – Argentina, AT Laura Agüero – Argentina, Julio Barroso, Poder Judicial SL – Argentina, Lic. Ricardo Ibañez, Poder Judicial SL – Argentina, Marianella Cozzolino, Poder Judicial SL – Argentina, Sra. Juana Alzaga Coordinadora de San Luis Solidario, San Luis – Argentina, Sr. Int. Damián Gómez, San Luis – Argentina, Lic. Claudia Alejandra Aberastain, Jefa de Subprograma Convivencia Escolar, Ministerio de Educación de San Luis – Argentina, Lic. Lorena Delgado, Jefa de Subprograma Atención del Recurso Humano Educativo, Ministerio de Educación de San Luis – Argentina, Dra. Saada Bentolila UNSL, Presidenta de la Kehilá, San Luis – Argentina, Sra. Marina Rustán Presidenta, Jefa Scout Nacional – Argentina, Cmndte. Gral. Lic. Mónica de Mesquita Miranda CBMDF, Brasilia – Brasil, Cnel. Ronaldo Roque de Araujo, Jefe Cuerpo de Bomberos Militares de Ceará, Fortaleza – Brasil, Alfredo Guijarro Olivares Presidente de SEPADEM – España, Dr. Alexis Lorenzo Ruíz, Universidad de la Habana y Sociedad cubana de Psicología – Cuba, Dra. Caridad Rosario Surita Cruz, Universidad de La Habana – Cuba, Lic. Noyme Manuel Martínez Velázquez, La Habana – Cuba, Capítulo Psicología de la Emergencia e intervención con víctimas en emergencias, urgencias, desastres y catástrofes de la Asociación Argentina de Salud Mental, Lic. Fabián García Sr. Director General de Defensa Civil de la Prov. De Buenos Aires y Director del Instituto Universitario Dr. HC Juan Vucetich, Ministerio de Seguridad PBA – Argentina, Dra. Nuria Ape, Directora de Capacitación de Defensa Civil de la Prov. de Buenos Aires, Ministerio de Seguridad PBA – Argentina, Superintendencia de Seguridad Siniestral, Ministerio de Seguridad Provincia de Buenos Aires, Argentina, Crío. Inspector Adrián Narbáez, Director de Dirección de Riesgos Especiales – Superintendencia de Seguridad Siniestral del Ministerio de Seguridad PBA, Crío. Mayor Leonardo Díaz Ex Director, Dirección de Riesgos Especiales, Crío. Inspector Rodríguez Francone Pablo, Jefe Operativo

Dirección de Riesgos Especiales, Personal de Dirección y Equipo de Dirección de Riesgos Especiales, Subcrio. Lic. Gustavo Martínez, Dirección de Seguridad Especial Halcón – “Grupo Halcón”, Ministerio de Seguridad – PBA., Administración de Parques Nacionales, APN – Argentina, Guardaparque Ariel Rodríguez, Intendente del Parque Interjurisdiccional Marino Isla Pingüino, Santa Cruz – Argentina, Lic. Camila Fabrizio, Psicóloga asesora de la Subsecretaría de Formación y Carrera – Argentina. Marcelo Casal, Analista Especializado de la Subsecretaria de Formación y Carrera – Argentina, Cmte. Roberto Nieva, Rescate Metán Salta – Argentina, Dr. Carlos Correa Borelli, -QEPD-, Presidente Bomberos Cachi, Salta – Argentina, Sr. Jorge Reyes – Argentina, Federación de Bomberos Voluntarios de San Luis – Argentina, Sra. Silvana Pons, Jefa Scouts Zona 34, San Luis – Argentina, Ps. Cl. Milady Noemí Carrión Ochoa, Especialista Dirección Nacional del Servicio de Atención y Salud Móvil del Ministerio de Salud Pública – Ecuador, Lic. María Lena Auza Pérez, Coordinadora Académica ALIPSME, Bolivia, Claudia y Gastón de SONICAPRO, Lic. Esp- Daniela Ojeda, UNSL-UCCuyoSL – Argentina, Sr. Dir. Santiago Bestfrid, Asoc. Civil 18 de Diciembre por el Migrante – Argentina, Agradecimientos especiales a las/os siguientes docentes especialistas de los Diplomados Universitarios Internacionales otros: Dra. Cecilia Cánepa, San Luis – Argentina, Dra. Daniela Lossigio – Argentina, Lic. Jimena Duca, ONU y Senado PBA - Argentina, Lic. Ada María Castillo Estigarribia – Chile, Lic. Raquel Schachter, Supervisora Educación, San Luis – Argentina, Prof. Silvia Gómez, San Luis – Argentina, Prof. Clara Edith Arrieta, San Luis – Argentina, Prof. Francia López, San Luis – Argentina, Dr. Martín Rinaldi Tosi, San Luis – Argentina, Dr. Gastón Fernández, San Luis, Argentina, Mgter. Santiago Valero Alamo – Perú, Inst. Martín Coggi (h) - Buenos Aires, Argentina, Inst. Willy Vilchez – La Pampa, Argentina, Mgter. Natalia Lorenzo Ruiz, FIPE - España, Laura López, FIPE – Argentina, Dr. José Cacciaguerra, San Luis – Argentina, Lic. Carlos Cardona Ruiz, FIPE - Colombia, Mgter. Dagny Castañeda Espinoza, FIPE – México, Mgter. José Edir Paixao Sousa, FIPE – Brasil, Mgter. Elsy Acosta Pérez, FIPE – Venezuela, Mgter. Engels Cortés, FIPE – Colombia, Dr. Henry Cadena Povea, FIPE - Ecuador, Mgter. Juan Diego Carpio Espinoza, FIPE - Ecuador, Lic. Juan Kapovic, FIPE – Argentina, Mgter. Lucia Sena De Almeida, FIPE – Brasil, Ps. Alline Mayra Da Silva Silva – Brasil, Mgter. Luis Velázquez, FIPE – México, Lic. Esp. Zulma Angulo Poma, FIPE – Bolivia, Dra. Sophie Redlin – Inglaterra, Mgter. Juan Francisco Baleirón, – Argentina, Mgter. Clara Isabel Vélez, – Colombia, Dr. Ernesto Rubén Páez – Argentina, Ranger James Brincat – Australia, Dr. Laurie Nowell – Australia, Dr. Oliver Llanos Valencia – Bolivia, Lic. Flavia Retamar – Argentina, Bombera Natalia Brignone – Argentina, Mgter. Inmaculada Aragón Corvera – España, Dr. Pablo Mascareño, SL – Argentina, Dr. Gerardo Tavalera – México, Dra. María Paula Cicogna – Argentina, Prof. María Daniela Calzetti – Argentina, Prof. Ludmila Albornoz – Argentina, Mgter. Marilyn Toledo Cárdenas – Perú, Lic. Paula Malavasi – Argentina, Mgter. Mabel Isabel García García – España, Mgter. María Luján Echevarría – Argentina, Mgter. Nerea Pérez Uria – España, Bombero Sergio Tubio Rey – España, Agte. Txemi José Miguel Herrero Vázquez – España, Guardaparque Manoel Messias Dos Santos – Brasil, Lic. Pamela Vargas, Universidad San Fco. De Asís – Bolivia, Dr. Mariano Navarro Serer – España, Lic. Elizabeth Salem – Argentina, Sr. Pedro Frutos Molina – España, Lic. Hanny Vanesa Cardona Muñera – Colombia, Srta. Vanesa Cardona Muñera – Colombia, Sra. María Nazareth Ruis Morales – Colombia. Dagny Castañeda

Espinoza de México expresa su más profundo agradecimiento a su hija, familia, seres queridos colegas y compañeras/os de FIPE-IFEP, Lic. María Isabel Bosch-agregada de cultura de la Embajada de República Dominicana.

Gracias a todas/os las hermanas y los hermanos del universo de la psicología de la emergencia, salud en emergencias, emergencias y catástrofes, seguridad, gestión del riesgo y el apoyo humanitario.



FIPE - Federación Internacional de Psicología de la Emergencia

IFEP - International Federation of Emergency Psychology

Presidente - President

Diego Nuñez – ARGENTINA

Vicepresidente - Vice President

Natalia Lorenzo Ruiz – ESPAÑA

Secretaria - Secretary

Elsy Acosta Pérez – VENEZUELA

Secretaria de Actas - Recording Secretary

Dagny Castañeda – MÉXICO

Tesorera - Treasurer

Zulma Angulo – BOLIVIA

Vocal / Member 1

Carlos Cardona – COLOMBIA

Vocal / Member 2

Luis Manuel Velázquez Mendoza – MÉXICO

Vocal / Member 3

Sergio Suarez Sardón – ARGENTINA

REPRESENTACIONES INTERNACIONALES

International Federation Emergency Psychology

FIPE-IFEP Argentina, PS. Florencia Rosa Cafarelli, Mgter. Laura López

Lic. Esp. Diego Nuñez, Lic. Juan Kapovich, AT. Sergio Suárez Sardón

FIPE-IFEP Bolivia, Lic. Zulma Angulo Poma

FIPE-IFEP Brasil, Mgter. José Edir Paixao Sousa, Mgter. Lucia Sena De Almeida

FIPE-IFEP Colombia, Lic. Carlos Cardona Ruiz y Mgter. Engels Cortés

FIPE-IFEP Cuba, Dra. Caridad Rosario Surita Cruz

FIPE-IFEP Ecuador, Dr. Henry Cadena Povea y Mgter. Juan Diego Carpio Espinoza

FIPE-IFEP España, Natalia Lorenzo Ruiz

FIPE-IFEP Europa del Este - Eurasia, Mgter. Melinda Endrefy

FIPE-IFEP Israel – Asia, Dra. Nira Kaplansky

FIPE-IFEP Kenya - Africa, Dra. Salome Aleso Wangamaty

FIPE-IFEP México, Mgter. Dagny Castañeda Espinoza y Mgter. Luis Velazquez

FIPE-IFEP Nicaragua y Centroamérica, Mgter. Cecilia Espinoza

FIPE-IFEP Perú, Mgter. Marilyn Gavi Toledo Cárdenas, Mgter. Santiago Valero Alamo

FIPE-IFEP República Dominicana, Lic. Thony López García

FIPE-IFEP Venezuela, Mgter. Elsy Acosta Pérez

www.fipe-ifep.org

administracion@fipe-ifep.org

PRÓLOGO

La pandemia COVID-19 ha afectado a toda la población alrededor del mundo, y esto gracias (o desgracia) al alto índice de las intercomunicaciones, sobre todo las aéreas, entre los distintos países y continentes.

Durante los tiempos de rutina, los ciudadanos y sus gobiernos, suelen ocuparse de sus problemas internos y con ellos, la complejidad de las situaciones políticas y económicas. En ciertas regiones, como en el caso de la Unión Europea o el Mercosur, se abordan temas que afectan a una zona amplia de interés económico en común. En el caso de esta pandemia, la Organización Mundial de la Salud como ente internacional y global, fue referente de las medidas sanitarias y de los protocolos de atención y vacunación. Se establecieron protocolos sanitarios y de atención que se fueron adaptando de acuerdo con los resultados obtenidos a corto plazo y la experiencia que se fue acumulando, eficacia de los tratamientos y el índice de mortalidad. Esto dio como resultado la aprensión por parte de la sociedad, y sumado a la escasa información o la desinformación también proporcionó lugar a teorías de conspiración. Con todo esto, y a pesar de las directivas internacionales, cada país tuvo que afrontar por sí mismo las decisiones y sus consecuencias, de acuerdo con su morbilidad, sus propias creencias, políticas internas y sobre todo su aforo económico.

Ciertos países como Israel tomaron la vanguardia de la situación y a pesar de la incertidumbre y falta de pruebas e investigaciones a largo plazo, se lanzó un exitoso y masivo plan de vacunación. Se establecieron estrictas medidas sanitarias y de confinamiento social, que fueron seguidas posteriormente con atención por el resto de los países.

En este libro, el Licenciado Diego Núñez nos muestra en sus páginas, como la pandemia nos ha cambiado tanto como sociedad, así también como prestadores de salud y emergencias. Podemos ver aquí el uso de las distintas herramientas que fueron utilizadas para sobrellevar psicológicamente la época de pandemia, fundadas en diferentes técnicas y enfoques tradicionales, siendo estas adaptadas a las nuevas tecnologías digitales como las telecomunicaciones, telemedicina, teletrabajo, tele terapia y demás, basándose en su inmensa experiencia en el campo y con la colaboración de un grupo de expertos en distintas áreas, y de distintos países.

Los prestadores de salud y emergencias pasaron a ser parte de la “primera línea” de la batalla, poniendo en peligro sus propias vidas para cumplir el rol que han elegido. Fueron llamados “héroes” y con justicia, y aún, vulnerables ante la incertidumbre y falta de medios y muchas veces, con falta del apoyo psicológico adecuado.

Leyendo estas páginas, podemos apreciar la inmensidad y la gravedad de la situación que fue, desconocida, inesperada, cambiante e impredecible. Podemos así constatar como el trabajo en equipo, la salida de nuestra zona de comodidad, la solidaridad, el voluntariado y el trabajo comunitario fueron clave fundamental para poder sobrepasar la pandemia y utilizar hoy en día todo lo aprendido, en nuestra tarea diaria sirviendo a la comunidad.

Como me he expresado durante esos días “el COVID no vino a mostrar su fortaleza, sino la vulnerabilidad de la raza humana”.

Dr. Alejandro Roisentul, Israel, 30 de marzo de 2023

- Dr. Alejandro Roisentul, odontólogo y especialista cirujano oral y maxilofacial (Inglaterra). En la actualidad es el Director de la Unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, del Ziv Medical Center de Safed - Israel, y docente en la Facultad de Medicina, de la Universidad Bar. Fué nominado al Premio Nobel de la Paz por su labor humanitaria, siendo esta moción también impulsada globalmente por la Fundación Friends of Ziv de Israel y el Senado de la Nación Argentina. En el año 2017 fue declarado “Persona destacada en el ámbito de los derechos humanos” por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



RESUMEN

Capítulo 1

Autores: Mg. María Isabel García García y Mg. Nerea Pérez Uría

RESPUESTA DESDE LA PSICOLOGÍA A LAS NECESIDADES DE LA CIUDADANÍA ANTE LA CRISIS DE LA COVID-19 22

Capítulo 2

Autores: Mg. Marilyn Gavi Toledo Cárdenas y Mg. Jesús Manuel Guerrero Alcedo

EQUIPO FUNCIONAL DE APOYO PSICOLÓGICO EN DUELO Y PRE DUELO..... 41

Capítulo 3

Autores: Lic. Astrid Sayonara Martínez García

RESILIENCIA PARA DOCENTES.....64

Capítulo 4

Autores: Mg. José Edir Paixão de Sousa

SEÑALES DE ADVERTENCIA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. 74

Capítulo 5

Autores: Lic. Diego Núñez

EMOCINESIS-PROPULSORES EMOCIONALES CONDUCTUALES sus beneficios en tiempos de COVID-19. 79

Capítulo 6

Autores: Mgter. Natalia Lorenzo Ruiz

COMO LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN PRIMERA LINEA PUEDEN ENFRENTARSE AL DESGASTE PSICOLÓGICO QUE SUPONE LA CRISIS DE LA COVID-19 90

Capítulo 7

Autores: PS. Florencia Rosa Cafarelli

¿QUÉ ESPERAMOS LOS QUE ESPERAMOS?97

Capítulo 8

Autores: Dr. Alfredo Guijarro Olivares

**DE LOS RECONOCIMIENTOS AL INCUMPLIMIENTO DE NORMAS
El desgaste emocional del personal sanitario ante las nuevas olas del COVID-19 y la
relajación del cumplimiento de normas de protección103**

Capítulo 9

Autores: Lic. Leticia Márquez

**EL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO EN EL ÁMBITO DE LA JUSTICIA
Reinvertarnos en tiempos de COVID-19109**

Capítulo 10

Autores: Lic. Leticia Márquez

**PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EMOCIONALES (PAPE)
Red de contención y escucha en tiempos de coronavirus COVID-
19113**

Capítulo 11

Autores: Lic. Alline Mayra da Silva Silva, Lic. Lúcia Maria Sena de Almeida y Lic. Sheila do Socorro dos Santos Flexa

**PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS Y APOYO PSICOLÓGICO A LOS
BOMBEROS DE AMAPÁ EN LA CRISIS DE COVID-
19119**

Capítulo 12

Autores: Lic. Héctor Diego Medina

**COVID-19 LA RESPUESTA A LA EMERGENCIA EN UN CUERPO DE
BOMBEROS VOLUNTARIOS EN EL CONTEXTO DE LA
PANDEMIA127**

Capítulo 13

Autores: Lic. Carlos Alberto Cardona Ruiz

UN BOMBERO CUENTA 135

Capítulo 14

Autores: Gpque. Ariel Lisandro Rodriguez Albertani

**CONSERVACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA DESAFIOS Y
EXPERIENCIAS TRANSFORMADORAS138**

Capítulo 15

Autores: Dr. Carlos Oliver Llanos Valencia

ABORDAJE DE LA COVID-19 POR BRIGADAS VOLUNTARIAS EN FASE 1 Y 2 EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ, BOLIVIA..... 143

Capítulo 16

Autores: Dr. Carlos Oliver Llanos Valencia y Dra. Anahi Lizbeth Trujillo Quispe

TERAPIA INTENSIVA Crisis de la COVID-19 en La Paz Bolivia.....151

Capítulo 17

Autores: Prof. Sergio Suarez Sardón

ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO Contención y escucha en tiempos de coronavirus COVID-19156

Capítulo 18

Autores: Lic. Mabel Cedeño Pérez y Lic. Nialé López Martínez

ARTETERAPIA: Terapia psicológica a través del arte en tiempos de pandemia 158

Capítulo 19

Autores: Lic. Sonia Barroso, Lic. Elena Valerio y Lic. Paola Sepúlveda Moyano

DISPOSITIVO DE ASISTENCIA EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS E INTERVENCION EN CRISIS EN EL CONTEXTO DE EMERGENCIA POR COVID-19171

Capítulo 20

Autores: Lic. Mabel Cedeño Pérez, Dra. Caridad Zurita Cruz, Msc. Ismelda Peña López, Lic. Adrianna López Leiva, Lic. Yanelis Amelia Acosta Valdés, Lic. María Adela Añuez Morffi, Dra. Maricela Barreda García, Lic. Nialé López Martínez, Lic. Noharys Menéndez Hechevarría, Msc. Miriam Menéndez Peña

LA AYUDA PSICOLÓGICA EN TIEMPO DE COVID-19 DESDE LA DISTANCIA.....184

Capítulo 21

Autores: Dr. Alfredo Guijarro Olivares

DE LA ALARMA SOCIAL A LA INCONSCIENCIA SOCIAL Efectos sobre la actitud de la población, de una mala gestión de la información durante la pandemia del COVID-19198

Capítulo 22

Autores: Dr. Alfredo Guijarro Olivares

GESTIÓN ÚNICA O ÚNICAMENTE CAOS
La necesidad de un liderazgo en gestión de crisis único, conocido y respetado por todos..... 204

Capítulo 23

Autores: Mgter. Juan Francisco Baleirón

TRABAJAR CON HELICÓPTEROS EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS
.....210

Capítulo 24

Autores: Mg. Clara Isabel Vélez Rincón

LA INFODEMIA, LA OTRA PANDEMIA ASOCIADA CON EL COVID-19.....224

Capítulo 25

Autores: Lic. Diego Nuñez

EL MINDFULNESS EN TIEMPOS DE PANDEMIA..... 235

Capítulo 26

Autores: Mgter. Dagny Castañeda Espinoza

MODELO DE INTERVENCIÓN CON DUELO TRABAJO TERAPÉUTICO GESTÁLTICO..... 241

Capítulo 27

Autores: Lic. Diego Nuñez

TÉCNICA DE CAVI - CÍRCULO ACTIVO VITAL INTEGRADOR EMOCINESIS..... 246

Capítulo 28

Autores: PS. Florencia Rosa Cafarelli

UN POCO DE TANATOLOGÍA..... 260

Capítulo 29

Autores: Dr. Alfredo Guijarro Olivares

PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL “EMERGENCIAS EN TIEMPOS DE COVID-19” DE SAN LUIS AL MUNDO
Lecciones Identificadas dentro de la pandemia COVID19..... 269

Capítulo 30

Autores: Dr. José Cacciaguerra

PREVENCIÓN, SALUD Y CUIDADOS DE LA COMUNIDAD DE SAN LUIS EN TIEMPOS DE PANDEMIA 279

Capítulo 31

Autores: Gpque. Manoel Messias dos Santos

CURANDO LAS HERIDAS DEL PLANETA TIERRA EN EMERGENCIA 288

Capítulo 32

Autores: Mgter. Natalia Lorenzo Ruiz.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON BOMBEROS TRAS INCIDENTES CRÍTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO. 297

Capítulo 33

Autores: Mgter. Juan Diego Carpio Espinoza y Mgter. Cecilia Elizabeth Bueno Salinas

INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EVENTOS DE INTERÉS INTERNACIONAL O SARS COV-2 / COVID-19 U OTROS EVENTOS DE CONFINAMIENTO 311

Capítulo 34

Autores: Dra. Caridad Rosario Zurita Cruz

LA ORIENTACIÓN FAMILIAR EN TIEMPO DE LA COVID-19..... 322



RESPUESTA DESDE LA PSICOLOGÍA A LAS NECESIDADES DE LA CIUDADANÍA ANTE LA CRISIS DE LA COVID-19

Mgter. María Isabel García García y

Mgter. Nerea Pérez Uría

Bizkaiko, España

PREÁMBULO

Bizkaia es una de las tres provincias de la Comunidad Autónoma del País Vasco, situada en la zona norte de España. Tiene 1.149.044 habitantes (Instituto Vasco de Estadística [Eustat] 2020). Presenta una tendencia al envejecimiento demográfico, ya que el 22,9% de su población es mayor de los 65 años, muy por encima de la media española situada en el 19,6%; y el 4% supera los 85 años. En su favor, podemos decir que la población de Bizkaia se caracteriza por su nobleza, así como por el respeto y cuidado de sus mayores y personas vulnerables.

La pandemia por el COVID-19 ha atacado duramente al País Vasco con 147.956 casos positivos y 3.657 fallecidos, frente a los 3.153.971 contagios y 67.636 fallecidos en España, a fecha 22 de febrero de 2021, según datos del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Pero, más allá de los impactantes números, la afectación en las personas supera con creces a los datos. La sociedad vasca es una sociedad abierta, acostumbrada a relacionarse y a realizar actividades al aire libre. La pandemia ha supuesto una terrible fractura en nuestra identidad personal y colectiva, en nuestra forma de relacionarnos y de vivir el día a día.

Desde el Colegio Oficial de Psicología de Bizkaia, a lo largo de todos estos meses desde que inició la crisis sanitaria, nos hemos volcado en acciones con el objetivo de ayudar, sacando la Psicología a la calle y aportando desde el saber hacer de nuestra profesión; especialmente durante los duros meses del confinamiento total, en el que toda la actividad socio-económica no esencial se paralizó en un esfuerzo conjunto por frenar el virus. Para ello, pusimos en marcha el programa Psikobizi - Vivir con Psicología.

El programa, estaba dirigido a toda la población bizkaína, especialmente a los más vulnerables, con el objetivo de apoyar y atender psicológicamente a la ciudadanía. Contó con un servicio de atención psicológica telefónica atendido por 60 profesionales especializados en Atención en Crisis. El equipo profesional se conformó con miembros del GIPEC (Grupo de Intervención Psicológica en Situaciones de Emergencia y Catástrofe) del COP Bizkaia.

Esta crisis sanitaria ha supuesto enormes diferencias con respecto a otras situaciones en las que hemos intervenido. Ha exigido un gran reto para el equipo de profesionales intervinientes, ya que además de enfrentarse a una situación desconocida y de afectación global, les ha obligado a trascender su propia vivencia como afectados por el impacto de la crisis socio-económica-sanitaria.

Todo este esfuerzo y dedicación profesional ha sido reconocido institucionalmente. El día 12 de febrero de 2021, el Departamento de Seguridad del Gobierno Vasco hizo entrega al Colegio Oficial de Psicología de Bizkaia de la placa-diploma 2020 al Mérito en Emergencias y Protección Civil en reconocimiento por la aportación del Programa Psikobizi, por su rápida respuesta profesional en un momento crítico de alto impacto y por el cuidado de la salud y del bienestar psicológico y emocional de la población.

Con esta publicación queremos compartir nuestra experiencia. Para ello, las próximas páginas están dedicadas al informe que hemos elaborado, donde aparece un resumen de datos cuantitativos y cualitativos del servicio.

1 INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO

La situación de emergencia sanitaria a la que nos enfrentamos desde principios del mes de marzo, a consecuencia de la pandemia del Coronavirus, ha provocado que la población se enfrente a circunstancias vitales, personales y sociales prácticamente inéditas y, además, de una enorme dureza. Esto ha generado que, no sólo personas en situaciones de vulnerabilidad psicológica, sino la ciudadanía en su conjunto, se haya visto sometida a escenarios de gran dificultad psicológica para los que, en general, no estaba preparada.

En este contexto, desde el Colegio Oficial de Psicología de Bizkaia, con absoluta vocación de servicio a la sociedad, se puso en marcha la iniciativa Psikobizi como una reacción desde primera línea para atender, de manera gratuita, las necesidades psicológicas de la población, aportar orientaciones, resolver dudas y ofrecer calma, serenidad y cercanía a las personas en unas circunstancias realmente complicadas.

Para ofrecer el servicio, se activó al grupo de profesionales que forman parte del GIPEC (Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes). En total participaron 60 profesionales, con capacitación especial para ofrecer atención psicológica en situaciones excepcionales, a los que se sumaron 4 personas en tareas de coordinación y 2 técnicas de apoyo y organización.

2 SENTIMIENTOS NORMALES EN UNA SITUACIÓN EXCEPCIONAL

La situación de confinamiento también afectó a las condiciones de prestación del servicio, por lo que se optó por ofrecer formas de contacto telemáticas a la ciudadanía; primero a través de WhatsApp y correo electrónico y más tarde se incorporó un número de teléfono directo.

Así, después de una rápida puesta en marcha, el servicio Psikobizi comenzó a funcionar el 20 de marzo, pocos días después de decretarse el Estado de Alarma y se prolongó hasta el 15 de mayo, momento en el que se iniciaron las primeras fases de la desescalada.

Además de la atención directa, desde Psikobizi también se tuvo muy en cuenta, en los casos que correspondía, la información y derivación a los servicios y recursos psicológicos y sanitarios disponibles de manera habitual.

De la experiencia acumulada durante la prestación del servicio Psikobizi se han extraído aprendizajes que, sin duda, serán de gran utilidad en hipotéticas situaciones futuras.

2 NÚMERO DE CONSULTAS

El servicio de atención Psikobizi se puso en marcha el 20 de marzo, unos días después del confinamiento de la población ordenado por el Decreto de Estado de Alarma, como respuesta a la necesidad de apoyo psicológico a la ciudadanía desde la experiencia profesional acumulada por el GIPEC.

La atención se estuvo realizando hasta el 15 de mayo, momento en el que la población se encontraba en la primera fase de la llamada: desescalada. En total, por los 3 canales de comunicación que se habilitaron, se recibieron un total de 504 consultas que, según se puede apreciar en el siguiente gráfico, no han seguido un ritmo regular, sino variable.

Número de consultas por día en Psikobizi. 20 de marzo al 15 de mayo

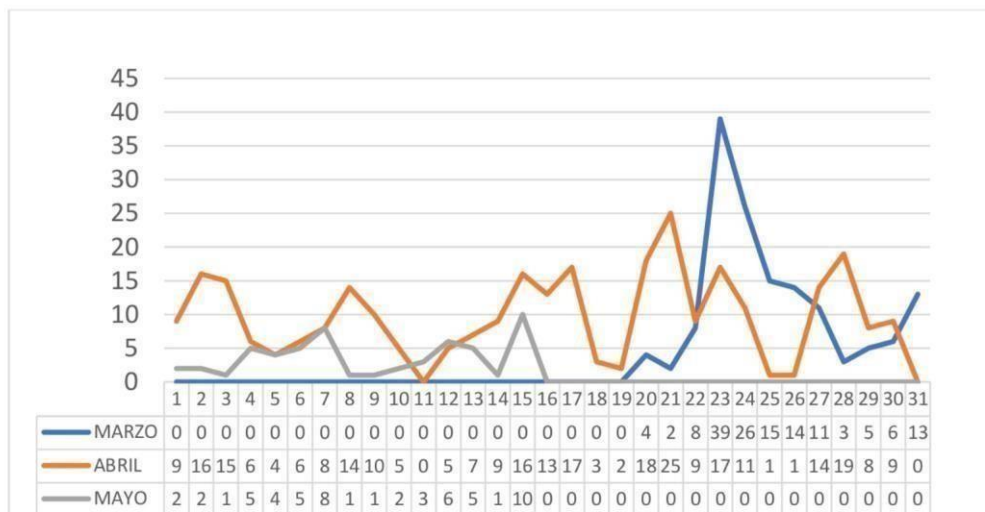


Figura 1. Número de consultas por día en Psikobizi. 20 de marzo al 15 de mayo. Elaboración propia

Como se puede ver, se dieron picos como los del 23 y 24 de marzo, con 39 y 26 consultas respectivamente, o los del 20 y 21 de abril, con 18 y 25 consultas cada uno.

Aunque es complicado establecer una correlación directa, atendiendo a los datos de fallecimientos en España durante un periodo de tiempo similar; se aprecia una coincidencia en la horquilla entre los días que más decesos se produjeron y la recepción de consultas.

Fallecimientos diarios por Coronavirus en España

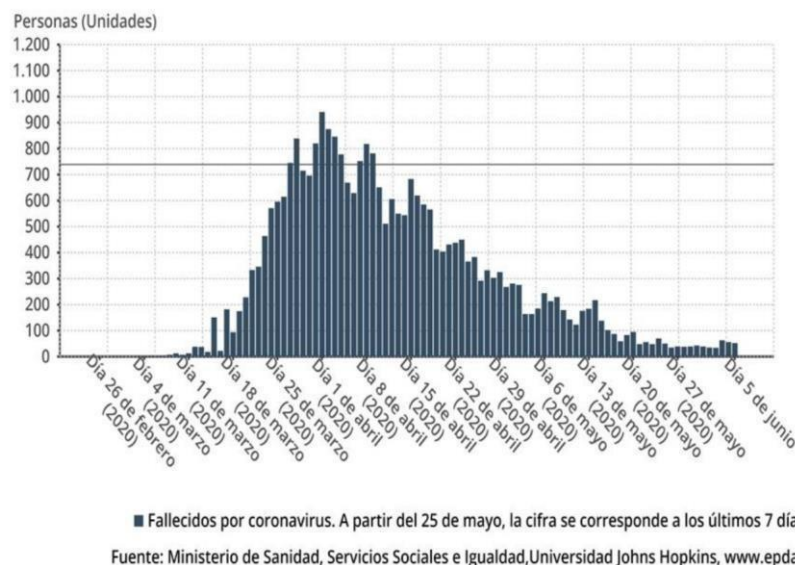


Figura 2. Fallecimientos diarios por Coronavirus en España. Elaboración propia

3 CONTACTO CON PSIKOBIZI

Como primeras opciones de contacto se habilitaron dos canales de comunicación para la ciudadanía; estos fueron un número de WhatsApp y una dirección de correo electrónico.

En el primer caso, se habilitó el número de Whatsapp: 686 202 918, solicitando que se enviaran sólo mensajes de texto. Al mismo tiempo, también se recibieron mensajes a la dirección de mail: psikobizi.bizkaia@cop.es.

Posteriormente, el 20 de abril, se amplió la posibilidad de trasladar consultas llamando a un número de teléfono gratuito: 900 103 042.

Estos tres canales permanecieron operativos simultáneamente hasta el final del servicio, el 15 de mayo.

Todas las consultas fueron recogidas y atendidas por los profesionales del GIPEC, con un tiempo de respuesta mayoritariamente en el mismo día de la recepción y en casos de no haber atención inmediata, el tiempo medio de respuesta estuvo entre 1 y 3 días.

Con respecto a la utilización de los canales para realizar las consultas; un 58% de las personas se pusieron en contacto con el equipo de profesionales de la psicología a través de mensajes de texto por WhatsApp.

Un 22% lo hicieron a través de llamadas de teléfono. Este dato está condicionado por la habilitación tardía del número y es destacable que, en mucho menos tiempo, su porcentaje de uso fuese tan alto. Finalmente, un 20% de las personas que se pusieron en contacto con el servicio Psikobizi, lo hicieron por medio del correo electrónico.

Canales por los que se han realizado las consultas

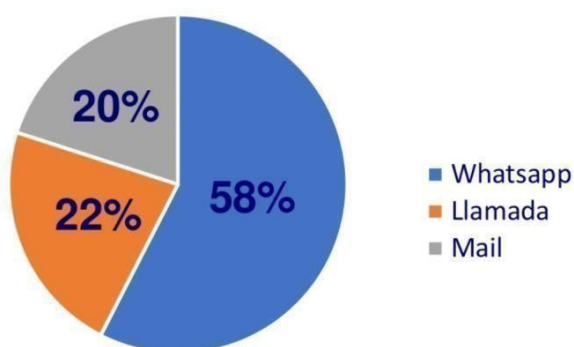


Figura 3. Canales por los que se han realizado las consultas. Elaboración propia.

4 SITUACIÓN VITAL PERSONAL

Situación personal vital de las personas que ha consultado Psikobizi

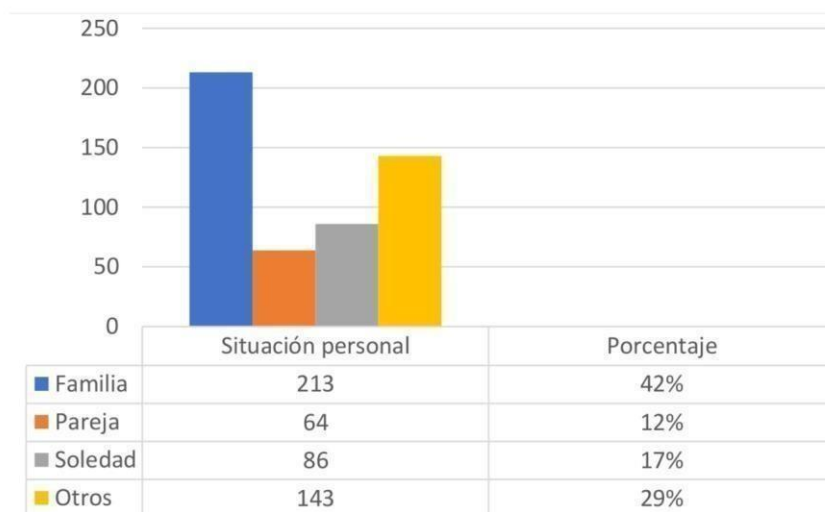


Figura 4. Situación personal vital de las personas que ha consultado Psikobizi. Elaboración propia.

Por último, hay un porcentaje importante de casuísticas variadas, ya que un 29%, 143 casos, corresponden a situaciones de: dependencia, acompañamiento asistencial, viviendas compartidas o alojamientos provisionales. También están incluidos los casos que no han facilitado información sobre su situación personal vital.

5 CONSULTAS POR FRANJAS DE EDAD

Personas que han consultado con Psikobizi por franjas de edad

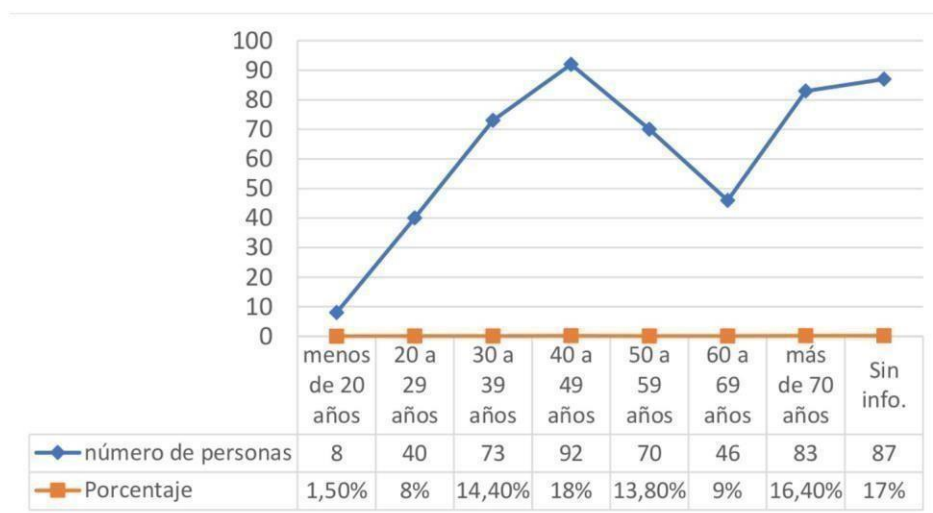


Figura 5. Personas que han consultado con Psikobizi por franjas de edad. Elaboración propia.

Finalmente, también hay que destacar que un importante porcentaje de personas, el 17%, han preferido o no han querido comunicar su edad.

6 PERSONAS PARA LAS QUE SOLICITA ATENCIÓN

La gran mayoría de las consultas que se han recibido en el servicio Psikobizi las han realizado personas que requerían una atención para ellas mismas. En este sentido, un 82% de las 504 consultas, solicitaban consejo y ayuda por problemas propios.

Por el contrario, un 11% ha remitido sus mensajes a los profesionales de la psicología consultando sobre problemas de terceras personas.

En este caso, la mayor parte de las personas para las que solicitaban consejo eran familiares directos, principalmente, personas de edad avanzada; aunque también se daban casos de soledad o alejamiento de seres queridos.

Finalmente, queda un 7% de las consultas en las que solamente se expone el caso, pero no se ofrece información precisa sobre si el consejo es para la persona que se pone en contacto o para una tercera personas.

Personas para la que solicita la atención

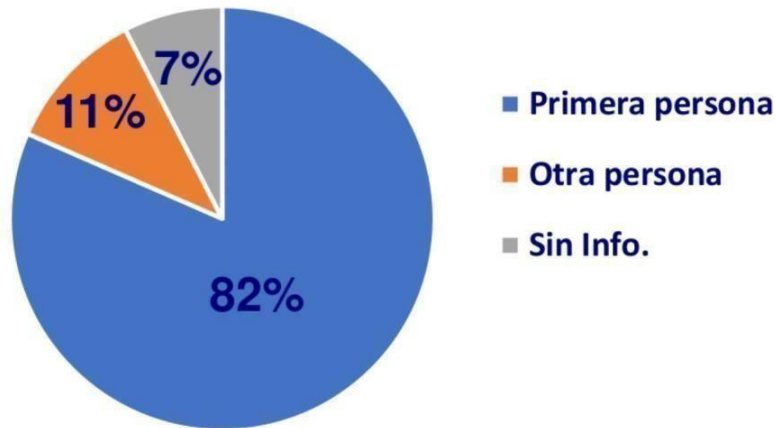


Figura 6. Personas para la que solicita la atención. Elaboración propia.

7 CONSULTA POR GÉNERO

Resulta llamativo el alto porcentaje de consultas remitidas por mujeres. Un 74% de todas las recibidas se identificaron como mujeres; aunque, esa cifra podría ser aún superior porque, como veremos en el gráfico, hay un 11% de casos en los que no quedó constancia del género.

Por su parte, un 15% de las peticiones de atención recibidas, corresponden a hombres. Como decíamos anteriormente, este dato puede variar en función del porcentaje dentro del 11% que no facilitó esta información.

También se ha dado el caso de consultas derivadas desde otras entidades, en las que se describía el caso, pero no se especificaba el género. La mayor parte de estos mensajes llegaron por correo electrónico y se les dio respuesta por el mismo medio, siempre de acuerdo a la complejidad de la consulta remitida.

Estos casos corresponden al 11% catalogado como “Sin información” en cuanto al género de la persona para la que se realizó la consulta.

Consultas realizadas por género

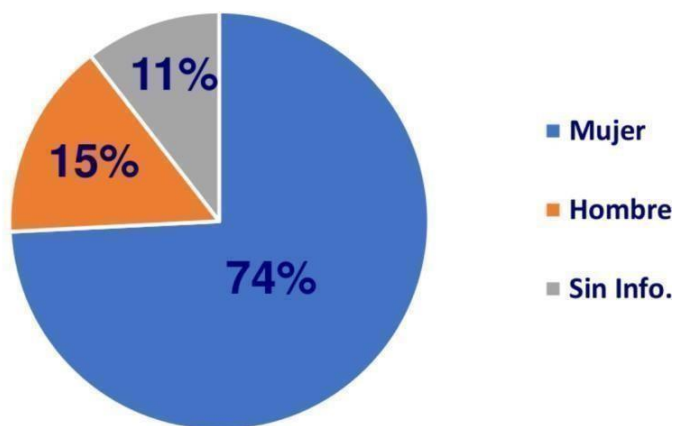


Figura 7. Consultas realizadas por género. Elaboración propia.

8 CONSULTA POR GÉNERO

Resulta llamativo el alto porcentaje de consultas remitidas por mujeres. Un 74% de todas las recibidas se identificaron como mujeres; aunque, esa cifra podría ser aún superior porque, como veremos en el gráfico, hay un 11% de casos en los que no quedó constancia del género.

Por su parte, un 15% de las peticiones de atención recibidas, corresponden a hombres. Como decíamos anteriormente, este dato puede variar en función del porcentaje dentro del 11% que no facilitó esta información.

También se ha dado el caso de consultas derivadas desde otras entidades, en las que se describía el caso, pero no se especificaba el género. La mayor parte de estos mensajes llegaron por correo electrónico y se les dio respuesta por el mismo medio, siempre de acuerdo a la complejidad de la consulta remitida.

Estos casos corresponden al 11% catalogado como “Sin información” en cuanto al género de la persona para la que se realizó la consulta.

Consultas realizadas por género

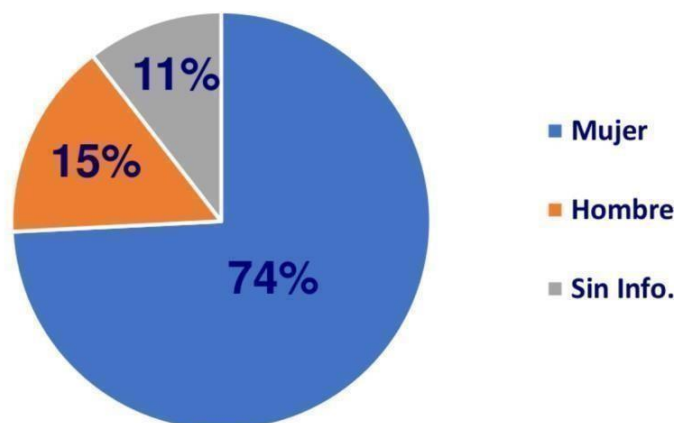


Figura 7. Consultas realizadas por género. Elaboración propia.

9 CAUSÍSTICA DE LAS SOLICITUDES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

El mayor motivo de demanda de atención psicológica que se ha recibido durante el servicio de Psikobizi, ha correspondido a situaciones de ansiedad, llegando a suponer un 16% de los casos.

En un segundo lugar, en cuanto al número de solicitudes que se han atendido están quienes presentaban cuadros de sobrecarga emocional o estrés agudo, un 13,2% del total.

A nivel cuantitativo, también se produjeron un buen número de contactos por situaciones relacionadas con el miedo, con varias particularidades: miedo al contagio, a contagiarse, a la enfermedad, a la muerte. En este caso, un 9,4% de las consultas.

La preocupación por el estado de los seres queridos también ha estado muy presente en las consultas realizadas, así un 7,4% requería atención psicológica por tener familiares enfermos de COVID e incluso ingresados en las UCIs.

Un 7,1% de los casos estaban relacionados con situaciones de duelo, tanto por fallecimientos de personas cercanas a consecuencia del COVID, como por otras circunstancias.

También coincide en cifras, 7,1%, el número de consultas asociadas a agudizaciones de patologías previas (en el apartado: *Antecedentes*, se detallan).

Un 7% de los contactos pedían información sobre diversos temas: el propio servicio, cómo gestionar situaciones propias o cómo comunicar malas noticias a menores.

El 6,8% de los casos tenían que ver con problemas de convivencia y el 1% con situaciones de violencia de género.

La preocupación por los familiares en situación de vulnerabilidad: personas mayores, en soledad, dependientes, ha supuesto el 6,7 de las atenciones.

Relacionado con esta cuestión están los casos relacionados con desajustes psicológicos en ancianos: soledad, ruptura de las rutinas, aislamiento del entorno, etc. Un 6% de los casos.

Un 5,2% se debe a situaciones de estrés agravado por el confinamiento: enfermedades oncológicas, divorcios, embarazos, menores con necesidades especiales, consumo de drogas, etc.

Finalmente, un 4% de los casos se cerró sin poder ofrecer respuesta al no recibir información, ni datos para poder intervenir.

10 PROCEDIMIENTOS DE ACTUACIÓN

Las solicitudes que llegaban a Psikobizi eran recibidas por las cuatro coordinadoras del servicio. Estas coordinadoras fueron seleccionadas entre los miembros del GIPEC por estar especializadas en Psicología de Emergencias, con trayectoria en Psicología Clínica y con experiencia en coordinación y gestión de equipos.

Sus principales funciones han sido: realizar la primera atención y proceder a la recogida de datos con el objetivo de realizar el triage e identificación de necesidades.

- En el 26 % de los casos la solicitud fue atendida y resuelta satisfactoriamente por las coordinadoras.
- Mientras, en el 66´5 % de los casos se procedió a derivación interna para que la persona solicitante del servicio fuera atendida por un miembro del equipo interviniente del GIPEC.
- Del resto de los casos, el 6´7 %, fueron derivados directamente a recursos externos.

También se han recibido solicitudes de otras provincias (Álava y Gipuzkoa) y comunidades (Cantabria, Cataluña, Navarra, Galicia y Comunidad Valenciana), e incluso de otros países (Francia, Perú y México).

11 RECOMENDACIONES AL CIERRE DE LOS CASOS ATENDIDOS

En el 34,1 % de los casos, Psikobizi facilitó la conexión de la persona atendida con recursos externos específicos de la red sociosanitaria pública, algunos de ellos habituales y otros recursos puestos en marcha específicamente frente a la crisis sanitaria.

PsikoBizi ha sido un recurso activo en la red sociosanitaria, manteniendo contacto y colaboración con otros recursos de toda Bizkaia para ofrecer a cada ciudadano la atención más adecuada para su casuística concreta. El psicólogo/a interviniente que realizó la atención psicológica, recogió en el informe de intervención la recomendación explícita de dar continuidad o seguimiento en el 33 % de los casos. En el 32,9% de las consultas, el caso se cerró con la primera intervención aportada a la persona solicitante.

12 ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS

Los datos sobre los antecedentes psicológicos se extraen de la información proporcionada por el solicitante del servicio PsikoBizi en la ficha de recogida de datos o comunicados al interviniente y que éste registra en el informe de intervención.

Un 39% de las personas que solicitaron la atención de los profesionales de la psicología presentan, de un modo general, algún tipo de psicopatología previa. Dentro de este grupo se enmarcan:

- Un 14,8% con trastornos de ansiedad. (diagnóstico previo de Trastorno de Ansiedad Generalizada, Crisis de Pánico, Hipocondría)
- Un 12% con depresión. (alteraciones del estado de ánimo con o sin tratamiento previo por Episodio depresivo, Trastorno Depresivo Mayor Cronificado, Distimia)
- Un 6,7% con psicopatología grave. (trastornos psicóticos, TEPT, Tr Bipolar, Trastornos psiquiátricos de larga duración, Trastornos de Personalidad, histórico autolítico)
- Un 5,5% con estrés agudo. (personas que comunican estar, previo al inicio desconfinamiento, en situaciones de estrés y alto impacto como separación de pareja, divorcio, diagnóstico de enfermedad grave o tratamiento/rehabilitación por enfermedad grave: cáncer, ictus, etc...)

Por el contrario, un 31% de las personas solicitantes del servicio PsikoBizi comunicaron que, previamente a la situación de confinamiento y alarma sanitaria no presentaban sintomatología destacable, ni recibían ni habían recibido tratamiento psicológico, ni psiquiátrico previo.

El 6,6% de los casos presentaba antecedentes por duelo, debido a fallecimientos previos a la situación de confinamiento, manifestando riesgo de complicaciones del proceso y de reactivación de emociones y reacciones asociadas.

Un 2,8% de las personas declaró antecedentes por adicciones: consumo abusivo o dependencia de alcohol, sustancias o fármacos.

2,3% por violencia de género: la persona atendida comunica histórico (reciente o pasado), previo al confinamiento, de violencia de género.

2,3% por problemas familiares: la persona comunica problemática familiar previa, en situación de convivencia o no, que ha generado reacciones psicológicas, hayan recibido, o no, tratamiento psicológico o psiquiátrico.

En el 16% de los casos, la persona atendida no aporta información sobre antecedentes.

13 CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Una de las principales conclusiones que destacan los y las profesionales de la psicología que han participado en la iniciativa Psikobizi es la enorme capacidad de adaptación y resiliencia de la ciudadanía ante una situación tan excepcional como la que estamos viviendo.

Esas capacidades se han puesto a prueba por escenarios desconocidos y por el agravamiento de situaciones complicadas previas. Ese contraste ha llevado a muchas personas a recurrir a la ayuda psicológica como recurso para afrontar problemas a los que habitualmente no acostumbraban a hacer frente.

La experiencia vivida, nos ha servido para potenciar la importancia de la salud psicológica de la población y de los recursos profesionales de los que disponemos para cuidarla. Una buena salud psicológica y emocional, incide directamente en la calidad de vida y ayuda a enfrentarse a situaciones complejas y futuros desconocidos.

14 “APRENDIZAJES PARA UN FUTURO INMEDIATO”

Si bien es cierto que dejamos atrás un Estado de Alarma, la realidad es que continuamos en un periodo indefinido de alerta social. Un terreno desconocido a todos los niveles, pero que viene marcado por la incertidumbre y la confusión ante lo que puede pasar y cómo vamos a reaccionar.

Esas circunstancias pueden influir directamente en nuestra calidad de vida, a nivel social, pero también en el ámbito laboral y económico, generando altos niveles de ansiedad y estrés.

Para afrontar este futuro incierto, a nivel general, es importante potenciar y también conocer, cuáles son los recursos psicológicos disponibles, a nivel profesional e institucional y en casos de psicopatologías previas volver a esos recursos a los que ya se recurría de manera habitual.

Mientras que, a título personal e individual, ante una situación que aún presenta excepcionalidades, el mejor recurso es planificar y ordenar nuestra vida cotidiana.

Por otro lado, aunque el servicio de atención psicológica que se ofreció desde Psikobizi fue una acción de choque ante una situación excepcional y se desactivó a medida que comenzó la vuelta a la actividad habitual, la experiencia operativa nos permite estar en disposición de volver a ponerlo en marcha en caso necesario.

Mientras, Psikobizi, por medio de este informe, con la experiencia acumulada y con el buen hacer de las y los profesionales de la psicología, se mantiene como un concepto que recoge el aprendizaje de lo que supone “Vivir con la psicología”.

15 VALORACIÓN DE LOS USUARIOS

De las 504 personas que han recibido la atención de Psikobizi, 108 han respondido a la encuesta de valoración sobre el servicio. Este es el resumen de los resultados.

15.1 RAPIDEZ DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

Un 81,3% de los usuarios que han participado en el cuestionario han considerado con la máxima puntuación la inmediatez de la atención recibida.

Rapidez de la atención recibida



Figura 8. Rapidez de la atención recibida. Elaboración propia.

15.2 VALORACIÓN DEL PRIMER CONTACTO

El 80,6% de los usuarios que han compartido el cuestionario, valoran muy positivamente la atención de la primera persona con la que tuvieron contacto en Psikobizi.

15.3 VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN PERSONAL

Un 78,1% de las personas encuestadas que han respondido, otorgan la mejor valoración al o a la profesional de la que recibieron la atención para su consulta.

15.4 OTRAS CONSIDERACIONES

En la mayor parte de los casos, las personas que han recurrido a Psikobizi consideran que la atención les ha ayudado en aspectos como: el asesoramiento y pautas de actuación, información sobre los recursos que necesitaban y orientaciones para comprender mejor la situación.

También destaca que un 78,5% volvería a recurrir a un servicio similar y que un 60,2% de los usuarios lo han recomendado a otras personas, fundamentalmente a familiares directos y amistades. Por último, Este dato coincide con las vías por las que los usuarios se han enterado del servicio Psikobizi. Un 39% por medio de familiares y amigos, un 23,8% por las Redes Sociales, un 18,1% por los medios de comunicación y el resto por otras fuentes.

15.5 VALORACIONES DE LA Y LOS INTERVINIENTES

Con el objetivo de recibir también la valoración de las y los profesionales que han realizado las intervenciones para identificar puntos fuertes y áreas de mejora se ha realizado una encuesta en la que han participado 24 intervinientes.

Valoración de la utilidad del servicio frente a la crisis sanitaria y sus consecuencias



Figura 11. Valoración de la utilidad del servicio frente a la crisis sanitaria y sus consecuencias. Elaboración propia.

Rapidez en la puesta en marcha del servicio



Figura 12. Rapidez en la puesta en marcha del servicio. Elaboración propia.

Puntuación general otorgada a Psikobizi

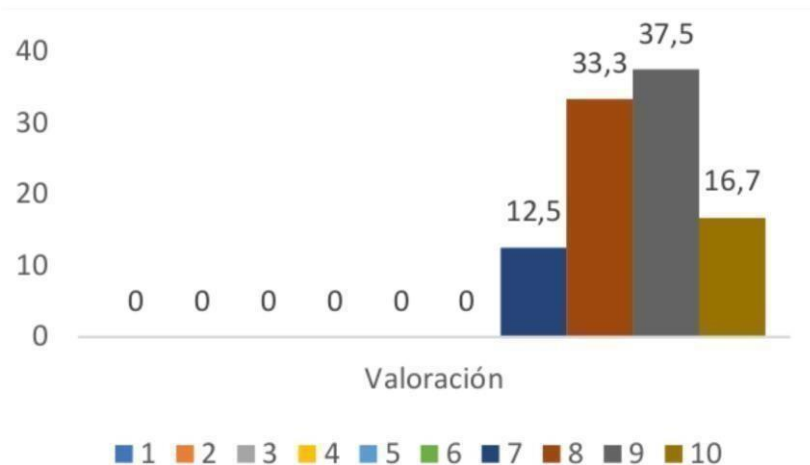


Figura 13. Puntuación general otorgada a Psikobizi. Elaboración propia.

Valoración de la utilidad que la colaboración en el equipo Psikobizi ha tenido en su trayectoria profesional



Figura 14. Valoración de la utilidad que la colaboración en el equipo Psikobizi ha tenido en su trayectoria profesional. Elaboración propia.

15.6 OTRAS CONSIDERACIONES

Un 50% de los y las profesionales que han participado en la encuesta consideran como muy bueno el material aportado para la realización de las intervenciones. Un 82% califica de buena o muy buena la seguridad en lo que a LOPD se refiere. También han mostrado una opinión favorable hacia la coordinación y dirección del servicio, en torno a un 90% buena o muy buena, en conjunto. Finalmente, en cuanto a la valoración de la

remuneración recibida, los datos están más repartidos; si bien un 31% la califica con la máxima puntuación, un 15% lo hace con la más baja.

15.7 IMPACTO EN MEDIOS Y PARTIDAS

La campaña de comunicación de la iniciativa PSIKOBIZI ha tenido como herramientas principales: notas de prensa, intervenciones en prensa, radio y televisión y publicaciones periódicas en Redes Sociales.

15.7.1 Impacto en medios de comunicación

35 apariciones totales en medios de comunicación. 12 portavoces, psicólogas y psicólogos del Colegio Oficial de Psicología de Bizkaia. Presencia en 23 medios de comunicación diferentes.

Impacto en medios de comunicación



Figura 15. Impacto en medios de comunicación. Elaboración propia.

15.7.2 Impacto en Redes Sociales

1500 visualizaciones de promedio por cada publicación. 13 entidades sociales de Bizkaia que han hecho publicaciones propias o han compartido contenidos sobre Psikobizi. 9 organizaciones e instituciones han publicado información sobre Psikobizi en sus páginas web y en sus Redes Sociales.

15.7.3 Presentación Informe Psikobizi

El 28 de junio se hizo una presentación pública de los resultados de Psikobizi. Fue una rueda de prensa telemática en la que tomaron parte Nerea Pérez Uría e Isabel García.

Este es el enlace al vídeo:

https://drive.google.com/drive/folders/1nckSzWURLgdh0C4PkaluhT_Zzlkn0uGF?usp=sharing

15.7.4 Partida presupuestaria

La financiación de Psikobizi ha corrido a cargo íntegramente del COP. Se han destinado 30.000 euros para cubrir: la remuneración del equipo interviniente, gastos operativos y comunicación.



EQUIPO FUNCIONAL DE APOYO PSICOLÓGICO EN DUELO Y PRE DUELO

Marilyn Gavi Toledo Cárdenas y

Jesús Manuel Guerrero Alcedo

Lima, Perú

1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 30 de enero del 2020 la emergencia en salud pública de importancia mundial debido a la pandemia por COVID-19 (OMS, 2020).

En el Perú el 6 de marzo del 2020 el presidente de la República anunció el primer caso confirmado, al que denominó “paciente o caso cero”; posteriormente el 15 de marzo mediante decreto supremo N° 044-2020-PCM se declara el inicio en el país del estado de emergencia nacional por la presencia de las graves circunstancias que afectaban la vida a consecuencia del brote del COVID.19 (Toledo, Vallejos, Montero, León y Portal, 2020).

Estas disposiciones que fueron enmarcadas en función de la pandemia, visibilizaron un alto nivel de vulnerabilidad en toda la población, especialmente de todas aquellas personas que presentaban un diagnóstico médico crónico que pasaba a ser una comorbilidad que generaba un mayor riesgo vida.

Durante este tiempo hemos sido testigos como los grupos etáreos cada vez más jóvenes han sido incluidos también en grupos de factor de riesgo y con alta probabilidades de contagio y desarrollar la enfermedad en la versión más grave.

La demanda de los servicios de atención psicológica fue en función de la presencia de respuestas emocionales negativas ante la situación de contagio, de recontagio, de vulnerabilidad y con consecuencia de incertidumbre y temor frente a la posibilidad de la propia muerte en el caso del paciente (preduelo) o de la muerte del familiar (duelo).

Estas respuestas se han presentado generalmente con malestares tales como ansiedad, estrés, reacciones depresivas acompañados de sentimiento de soledad, irritabilidad, miedo a un futuro incierto, cambios continuos en el apetito, en los horarios de sueño, entre otros.

Bajo el contexto de la pandemia, el Servicio de Psicología del Hospital Militar Central desarrolla el Protocolo de atención en preduelo y en duelo, viabilizando la intervención a través de estrategias que refuercen un nivel de afrontamiento adaptativo, resiliente y asertivo.

El presente protocolo tiene una gran relevancia, ya que permite intervenir a los pacientes y familiares a través de la Teleconsulta que utiliza las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) como estrategia y recurso de innovación terapéutica acercando la presencia del psicólogo en un momento de crisis por la pérdida de un familiar por fallecimiento debido a causas por el diagnóstico de COVID- 19, otros diagnósticos médicos agudos o crónicos o por otros motivos.

2 DEFINICIÓN DE DUELO

El duelo es un proceso adaptativo natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. Por tanto, cuando hablamos de duelo hablamos de pérdida. La pérdida es una experiencia que nos acompaña desde el principio de la vida. El paciente crónico lleva latente la pérdida desde el momento del diagnóstico y éstas van siendo distintas de acuerdo con la fase que se encuentre (pérdida de la salud, de los roles familiares, laborales, etc; finalmente de la vida).

La intensidad y los cambios que provoca en el doliente dependerán de varios factores. Por ejemplo, el vínculo emocional y la dependencia que se haya establecido con el ser que ha fallecido, las circunstancias de la muerte y el tiempo de preparación para la pérdida. Ante estos eventos, resulta importante los recursos que puedan disponer los sobrevivientes, tanto personales como familiares y sociales, y las reacciones ante situaciones emocionales intensas previas en la experiencia del doliente.

Las características generales que diferencian el duelo, por muerte, del dolor por otras pérdidas importantes son: radicalidad, irreversibilidad y universalidad.

2.1 CARACTERÍSTICAS DEL DUELO

- Comprende un proceso individual, único, irreplicable, dinámico, que puede variar de acuerdo con la situación, momento, persona, familias, cultura y sociedad.
- Es un proceso que es vivenciado por las personas en todas las culturas, sin embargo, no sigue ninguna pauta universal.

- Se suele asociar con la aparición de ciertos problemas de salud física y mental. Incrementa el riesgo de eventos cardíacos y suicidio.
- Ante la pérdida de un ser querido suele aparecer manifestaciones fisiológicas, cognitivas, afectivas, conductuales y espirituales.
- Existen diversos tipos de duelos que van a depender de la intensidad y duración de las manifestaciones.
- Algunas personas podrían tener dificultades para aceptar la muerte, y la separación intensa y la angustia traumática pueden prolongarse por mucho tiempo.

2.2 DURACIÓN DEL DUELO

La duración del duelo es muy variable, va a depender de cada persona y situación. Se considera que el proceso adaptativo puede tener una duración inferior a un año y empiezan a recuperarse en el segundo año cuando la pérdida ha sido importante y significativa (forma como se dio).

2.3 EPIDEMIOLOGÍA

La pérdida de un ser querido es considerada como el acontecimiento vital más estresante que puede afrontar el ser humano. Algunas investigaciones han encontrado que el duelo constituye un factor de riesgo para desarrollar distintas enfermedades (van der Houwen et al. 2010; Gómez, 2007), además está relacionado con un incremento de muerte cardíaca súbita (Sweeney y Quill, 2007), uso y abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol, tabaco, psicofármacos, entre otras drogas, trastornos del sueño (Boelen y Lancee, 2013), trastorno depresivo mayor (Shuchter y Zisook, 1993) y ser una de las causas más comunes del suicidio (Rostila, Saarela y Kawachi, 2013). También se ha reportado que la experiencia de duelo tiene un efecto importante sobre el sistema inmunológico y endocrino (O'Connor, 2012; Maercker y Lalor, 2012) y eleva el riesgo de morbilidad posterior al duelo, principalmente en los adultos que han enviudado (Figley, 2010).

En un estudio llevado a cabo en España por Gómez (2007) donde se entrevistaron a 6 783 médicos, el 55,25% han observado problemas físicos o psicológicos en familiares de la persona fallecidas que atraviesan por el proceso de duelo, mientras que el 41,39% han

respondido que lo han visto ocasionalmente. No cabe duda, que el duelo debe ser tratado como un problema de salud que debe ser abordado de manera oportuna.

2.4 MANIFESTACIONES NORMALES DEL DUELO EN EL DUELO

Existen una variedad de respuesta fisiológicas, afectivas, cognitivas, conductuales y espirituales que se presentan ante la pérdida de un ser querido. Guillem, Romero y Oliente (2007) refieren que estas reacciones podrían presentarse o no a lo largo de las fases del duelo, no siendo obligatoria la manifestación de todas estas respuestas. Es decir, podrían presentarse una o varias de estas manifestaciones o incluso no existir ninguna alteración en algunas de estas áreas.

Es necesario dejar claro que el duelo debe verse como reacción normal y natural ante la pérdida, no como una condición psicopatológica. Si bien, se puede equiparar a un sentimiento de tristeza intensa, resulta más realista verlo como un proceso personal mediante el cual se expresan emociones, pensamientos, comportamiento y sensaciones físicas. A continuación, se presentan algunas de estas manifestaciones:

2.4.1 Fisiológicas

Las reacciones fisiológicas son características en la fase aguda del duelo y aunque muchas veces se suelen pasar por alto, no se debe olvidar el rol que juega en el proceso de duelo.

1. Aumento de morbimortalidad, debido a que los dolientes van desmejorando su salud física y mental, originando enfermedades médicas, psicológicas o ambas. Las personas en duelo tienen un elevado riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares, psicosomáticas, trastornos de depresión, ansiedad e incluso llevar a la persona a atentar contra su vida.
2. Vacío en el estómago y/o boca seca.
3. Dolor de cabeza.
4. Falta de energía/ debilidad.
5. Alteraciones del sueño y/o la alimentación, que se experimentan en las primeras fases del proceso de duelo, e incluyen dificultades al dormir y levantarse temprano, comer mucho o poco con mucha frecuencia. Se ha descrito que estas

alteraciones podrían simbolizar miedo, por ejemplo, miedo a soñar, miedo a encontrarse en la cama solo/a y miedo a no despertar.

2.4.2 Conductuales

Las reacciones conductuales relacionadas al duelo involucran cambios importantes en los estilos de vida, que van desde alteraciones en las relaciones interpersonales hasta reacciones o síntomas de trastornos conductuales, que podrían combinarse con trastornos pre-existentes por historia de culpa, depresión y autoestima baja.

1. Conducta distraída.
2. Evitar amistades, familia, colegas. Llorar y/o suspirar.
3. Dificultad para desprenderse de bienes materiales de la persona fallecida. Visitar lugares que frecuentaba el fallecido.
4. Llamar y/o hablar del difunto o con él. Hiper o hipo actividad.
5. Descontrol u olvidos en las actividades de la vida diaria. Tristeza desproporcionada en algunas fechas.
6. Fobias relacionadas a la causa de muerte. Consumo de sustancias psicoactivas.
7. Aumento de actividades que conlleven riesgo.

2.4.3 Cognitivas

Incredulidad, irrealidad.

1. Confusión.
2. Incertidumbre sobre el futuro.
3. Alucinaciones visuales y/o auditivas fugaces y breves.
4. Dificultades de atención, concentración y memoria.
5. Preocupación, pensamientos e imágenes recurrentes.
6. Obsesión por recuperar la pérdida o evitar recuerdos.
7. Distorsiones cognitivas.
8. Sentido de presencia del difunto.

2.4.4 Afectivas

1. Impotencia, indefensión. Insensibilidad o hipersensibilidad. Cambios de humor.
2. Anhelos.
3. Tristeza, apatía, angustia. Apatía, impotencia.
4. Ira, frustración y enfado. Miedo.
5. Culpa y auto reproche.
6. Soledad, abandono, emancipación y/o alivio.
7. Extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual.

2.4.5 Espirituales

1. Cuestionamientos relacionados al motivo de la muerte, significado de la muerte, al propósito del dolor y el sufrimiento.
2. Pérdida del sentido y propósito en la vida. Sentimiento de traición e ira ante un ser superior. Dudas del sistema de creencias.
3. Sentido de la distancia o cercanía ante un poder superior. Aislamiento o integración a una comunidad religiosa.
4. Búsqueda de un vínculo continuo con los difuntos.

2.5 ATENCIÓN AL DUELO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los niños y adolescentes experimentan una amplia variedad de pérdida a lo largo de su crecimiento, por ejemplo, el divorcio de los padres, mudanza, pérdida del trabajo de los padres, ruptura familiar, cambio de amistades, nacimiento de los hermanos, transiciones de escuela o incluso desastres naturales. Sin embargo, la muerte de un ser querido resulta más complejo, sobre todo en edades más tempranas, pues implica para ellos una pérdida de confianza, seguridad, protección, control, estabilidad y apoyo. Los niños menores de cinco años no consideran la muerte como algo definitivo, contrario a los niños de 5 y 9 años que consideran este evento como definitivo para los demás, pero no para ellos. Es a partir de los

10 años que el concepto de muerte se comienza a percibir como irreversible e inevitable para todos.

En la literatura científica se ha descrito un conjunto de reacciones normales que suelen presentar los niños ante el evento de la pérdida de un ser querido. Estas manifestaciones involucran síntomas emocionales, cognitivos y conductuales.

Tabla 1: *Manifestaciones del duelo en niños*

MANIFESTACIONES		
EMOCIONALES	COGNITIVAS	CONDUCTUALES
<ul style="list-style-type: none"> • IRA E IRRITABILIDAD • ENOJO • MIEDO A LA POSIBLE PÉRDIDA DEL PADRE NO FALLECIDO • REGRESIÓN A ETAPAS ANTERIORES DEL DESARROLLO • SENTIMIENTOS DE VACÍO, ABANDONO E INSEGURIDAD • SENTIMIENTO DE CULPA POR MAL COMPORTAMIENTO RECORDADO O POR PERDER LA OPORTUNIDAD DE EXPRESAR AFECTO 	<ul style="list-style-type: none"> • CONMOCIÓN Y CONFUSIÓN • REACCIONES DE PERDIDA • EL NIÑO EN EDAD PREESCOLAR PUEDE HABLAR SOBRE MUERTE, SIN EMBARGO, PUEDE ESPERAR EL REGRESO DE LA PERSONA 	<ul style="list-style-type: none"> • TRISTEZA • IRRITABILIDAD • DIFICULTADES PARA DORMIR • ALTERACIONES EN LA ALIMENTACIÓN • PREGUNTAS PERSISTENTES SOBRE EL FAMILIAR FALLECIDO • DIFICULTAD PARA SEPARARSE DEL ENTORNO FAMILIAR POR TEMOR A QUE SUCEDAN OTRAS MUERTES

Fuente: Elaboración propia

Las manifestaciones del duelo en los adolescentes suelen ser similares a las de los adultos, sin embargo, en los más jóvenes suele predominar los malestares fisiológicos, mientras que en los mayores el psicológico.

2.5.1 Algunas de las señales de alerta que se debe tener en niños y adolescentes son

1. Llanto excesivo por periodos prolongados.
2. Rabietas frecuentes y prolongadas.

3. Desinterés, falta de motivación e insensibilidad.
4. Pérdida de interés por las relaciones amicales o actividades que anteriormente eran agradables e interesantes, durante un periodo prolongado.
5. Alteraciones de sueño, pesadillas frecuentes y miedo a estar solo.
6. Regresión infantil por periodo prolongado (por ejemplo, hablar como un bebé, orinarse o pedir frecuentemente comida).
7. Dolores de cabeza frecuente, acompañados de otros malestares físicos.
8. Rumiación relacionada a la fantasía de reencontrarse con la persona fallecida e imitación excesiva.
9. Conducta agresiva y enfados frecuentes.
10. Cambios en el ámbito académico, como bajo rendimiento académico o inasistencia a clases.

Hay aspectos comunes que se manifiestan en niños, adolescentes y adultos ante el duelo por la pérdida de una figura significativa, para ello se debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Es un proceso activo, es decir, no podemos hacer nada con la situación acontecida, pero sí con lo que sentimos.
2. Es un proceso normal, debido a que constituye un conjunto de reacciones esperadas ante la pérdida significativa. No debe entenderse como elementos únicamente psicopatológicos.
3. Es un proceso que depende del reconocimiento social, por lo que el compartir las emociones con otras personas ayudará en la recuperación. Los que vivencian el duelo en silencio podría agudizar el dolor.
4. Es un proceso íntimo, por lo que cada persona vive y expresa el dolor de forma única.

2.5.2 Intervención del manejo de duelo

- Aceptación intelectual y emocional.
- Ayudar al superviviente a hablar de la pérdida. Para protegerse puede presentar:
 - A. Negación de la realidad
 - B. Negar el significado de la pérdida
 - C. Negar que la muerte es irreversible

Rituales (si no hay velorio... tratar de organizar una reunión virtual... lo importante es sentirse acompañado, acompañar, contener, compartir y hablar de la situación en la que nos encontramos)

2.5.3 Elaborar el dolor en la pérdida

Reconocer las emociones que se presentan y trabajar el dolor de la pérdida. La clase de dolor y su intensidad están mediadas por los factores como se presenta la pérdida (qué tipo de familia es, quién es el paciente dentro de la familia, roles, calidad de vínculos, momento del ciclo vital, conflictos pre-existentes, espiritualidad y religiosidad).

La sociedad hace difícil el duelo “se le considera algo insano”, porque se tiene que estar bien.

CONEXIÓN (verbalización con el duelo y el dolor) HABLANDO – ESCRIBIENDO – DIBUJANDO.

DESCONEXIÓN – Evitación (no querer hablar de ello, ejemplo, por los hijos pequeños, etc).

2.5.4 Adaptarse a un nuevo mundo sin el ser querido

1. Adaptaciones externas.
2. Adaptaciones internas.
3. Adaptaciones espirituales.

4. Ayudar a la persona (superviviente) a asumir los roles a los que no está acostumbrada, desarrollar habilidades que nunca había tenido y seguir adelante con un nuevo sentido de sí mismos y del mundo.

2.5.5 Recolocar emocionalmente al falleció y continuar viviendo

Encontrar maneras de recordar a los seres queridos que han fallecido, llevándolos con nosotros, pero sin que ello nos impida seguir viviendo.

No ayudar a la persona a renunciar al fallecido, construyendo con él o ella un nuevo vínculo basado en el amor y los recuerdos compartidos y le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo (TRANSCENDENCIA).

Ayudar a la persona (superviviente) a asumir los roles a los que no está acostumbrada, desarrollar habilidades que nunca había tenido y seguir adelante con un nuevo sentido de sí mismos y del mundo.

2.6 Duelo Complicado o Patológico

El duelo es considerado como una respuesta perfectamente natural y normal ante los eventos dolorosos, sin embargo, a algunas personas les resulta difícil reanudar su vida normal con el paso del tiempo. A este último, llamamos duelo complicado o patológicos, ya que implica un aplazamiento de la respuesta de duelo, ausencia de duelo, o bien cuando hay un duelo que es experimentado de manera excesiva, intensa o prolongada.

En la literatura científica se suele dar otras denominaciones a este término como “Duelo crónico”, “Trastorno de duelo complicado” “Duelo patológico” o “Trastorno de duelo complejo persistente”. Lo que está claro, es que este tipo de duelo implica un conjunto de manifestaciones que experimenta una persona ante la pérdida repentina o en circunstancias catastróficas, de una figura significativa para el/ella que se aplaza o prolonga en el tiempo y se vivencia de manera excesiva o intensa. Algunas personas pueden tener un riesgo más elevados de presentar un duelo complicado, por ejemplo, los que viven aislados socialmente, los que sienten algún grado de responsabilidad por la pérdida y aquellos que mantenían una relación de ambivalencia o dependencia con la persona fallecida.

2.7 PARÁMETROS PARA VALORAR EL DUELO COMPLICADO

Ante la difícil situación de detectar el duelo complicado, debido a la no disponibilidad de manuales que establecieran criterios diagnósticos que permitieran discernir cuando un síntoma es una manifestación en la elaboración del duelo normal y cuando forma parte de un proceso de duelo patológico, Prigerson et al. (1999, p.9) propusieron un primer acercamiento al establecimiento de los criterios diagnósticos del duelo complicado en base a un estudio con 291 personas en duelo evaluadas a los 0-6, 6-12 y 12-24 meses después de la pérdida. Estos criterios son:

Criterio A: Estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte. Presentar, cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:

- pensamientos intrusivos - que entran en la mente sin control- acerca del fallecido
- añoranza - recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza- del fallecido
- búsqueda - aun sabiendo que está muerto- del fallecido
- sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento

Criterio B: Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte. Presentar, cada día o en grado acusado, y como consecuencia del fallecimiento, 4 de los 8 síntomas siguientes:

1. falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro}
2. sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional dificultad para aceptar la realidad de la muerte. }
3. sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido sentir que se ha muerto una parte de sí mismo
4. asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido, o relacionadas con él excesiva irritabilidad, amargura, y/o enfado en relación con el fallecimiento tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.

Criterio C: Cronología: La duración del trastorno - los síntomas arriba indicados- es de al menos 6 meses.

Criterio D: Deterioro: El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

2.8 TIPOS DE DUELO PATOLÓGICO

Una de las clasificaciones que más consenso ha adquirido establece cuatro subtipos de duelo complicado o patológico:

Duelo Crónico: este tipo de duelo se caracteriza porque la persona presenta un proceso de duelo que evoluciona aparentemente normal, pero con una duración excesiva y permanente, donde difícilmente llega a cerrarse. Suele ser característico en personas que han presentado una fuerte relación de dependencia con el fallecido.

Duelo Ausente: se caracteriza por existir un aplazamiento en la fase de embotamiento afectivo en la etapa inicial del duelo. En este tipo de duelo, la persona lleva una vida normal e incluso es admirado socialmente por su fortaleza.

Duelo Exagerado: se caracteriza por el desborde de dolor y reacciones emocionales que suele evitarse a través de ciertas conductas de evitación (consumo excesivo de sustancias psicoactivas, énfasis excesivo en el trabajo, salidas frecuente) con la finalidad de sobrellevar el dolor. Esto podría llevar en última instancia, a desarrollar trastornos psicopatológicos, como depresión y ansiedad.

Duelo retrasado o pospuesto: tiene lugar un conjunto de reacciones emocionales de una intensidad baja, no siendo suficiente para iniciar el proceso de duelo, dejando a la persona atascada en la situación. Los sentimientos suelen inhibirse y pasado un tiempo, tras un evento similar, reaparece los síntomas con una carga emocional de forma desmesurada.

2.9 LLAMADA DE PRIMER CONTACTO PARA CONDOLENCIAS

(A familiar o cuidador del paciente fallecido)

La llamada telefónica se da en el día 1-2, máximo una semana tras la notificación del fallecimiento, esta es realizada por el profesional de Psicología, con el objetivo de:

Dar las condolencias de parte de todo el equipo, recoger sus emociones, reforzarles su labor, agradecerles el haber podido ayudarles y estar ahí, despedirnos, etc.

Si en esta 1ª llamada se identifica que existe demanda de atención psicosocial, derivar inmediatamente a Seguimiento especializado para atención en fase aguda y realización de intervención en crisis con valoración de seguimiento del duelo.

2.10 APOYO PSICOLÓGICO EN DUELO – APED HMC POR TELECONSULTA PROTOCOLO DE ATENCIÓN

I. Apertura

“Buenos días, soy (nombre del profesional) , Psicóloga del Equipo Funcional de Apoyo Psicológico en Duelo del Servicio de Psicología del Hospital Militar Central, me estoy comunicando con el(la) Sr(a) , (verificado la persona), quiero expresarle mis condolencias a nombre propio y de nuestra Institución. Tendrá ud. unos minutos para poder conversar.

Permítame validar sus datos por favor (los datos del paciente fallecido ya se tienen consignados en la ficha).

II. Datos de filiación

Nombres y apellidos: _____ CIP __ DNI EDAD
_____ SEXO _ EC _____

Distrito _____

Nombre y apellido del fallecido: _____

Lugar del fallecimiento: _____

Día del fallecimiento: _____

Motivo del fallecimiento: _____

III. Proceso de intervención por teleconsulta - aped Primera sesión : aceptando con compasión

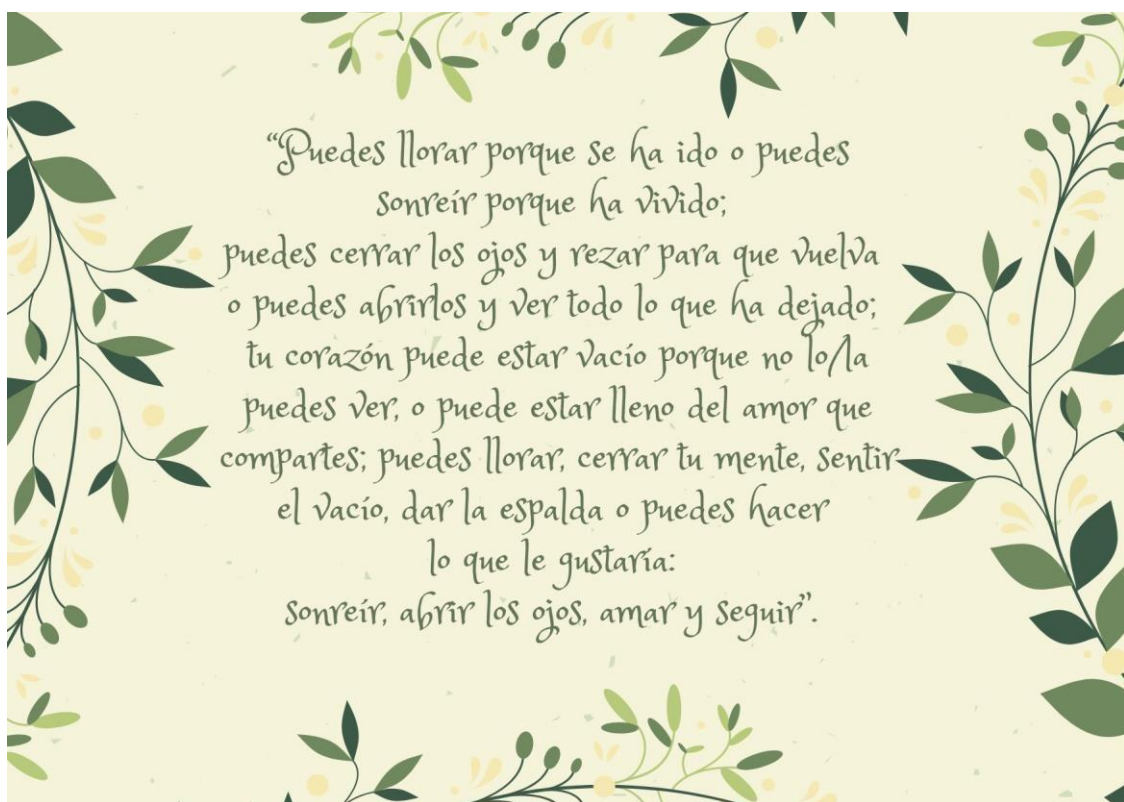
Objetivo:

En esta primera sesión es importante que el doliente se pueda sentir acompañado, contenido emocionalmente, escuchado activamente con respeto, con compasión y comprensión de su sufrimiento o dolor por la pérdida.

Pasos:

- Después de la presentación y expresión de las condolencias.
- Se realiza la entrevista para valorar las respuestas emocionales que presenta el doliente, ayudarlo a hablar del familiar fallecido:
 - o me gustaría si Ud. desea pudiera narrar ¿cómo era..... (se menciona su nombre o como lo llamaba el fallecido),
 - o ¿cuál era el vínculo que tenían?,
 - o ¿qué era lo mejor de él o ella?
 - o ¿cómo lo recuerda en este momento?
- Es importante que pueda expresar la pérdida, si desea puede expresar si hubo rituales, permitirá validar si existe aceptación emocional e intelectual acerca de la pérdida o está en fase de negación.
 - o ¿hubo un velorio o una ceremonia para despedirlo(a)?,
 - o ¿participaste en ella?,
 - o ¿estuviste acompañado(a) en la ceremonia?,
 - o ¿quiénes conforman su grupo de apoyo familiar o social?
- Identificar como viene afrontando la situación, reconociendo y validando las emociones que presenta:
 - o ¿Qué es lo que está haciendo estos días?,

- ¿Con quién vive?
- Trabajar las emociones, el dolor y su intensidad expresando como se siente con la siguiente pregunta:
 - ¿Qué pierde con la pérdida de ?
- Como cierre de la sesión se le dice que se le leerá el POEMA: RECUERDAME (David Harkins), considerando si es mujer u hombre quien fallece se elige el pronombre.



Cierre de la primera sesión:

Se coordina la segunda sesión de acuerdo a la validación del psicólogo, quien le pide pueda generar la teleconsulta por whatsapp del servicio, mencionando:

- Sr(a) antes de terminar la atención quiero agradecerle por su confianza y por permitirme acompañarlo en este proceso de duelo.
- Por ello quisiera saber, ¿cómo se siente en este momento?
- De acuerdo a la intervención considero que debería realizar un seguimiento de su caso, ¿a Ud. le gustaría si hacemos este seguimiento, y nos volvemos a comunicar?

- Luego de la aceptación, se le dice: “Quisiera que pueda anotar en un cuaderno, o en el teléfono aquellos pensamientos, emociones o frases que se presenten y me las comenta en la siguiente sesión”.
- “Si antes de la siguiente consulta Ud. experimenta algún síntoma o desea comunicarse conmigo, no dude en escribirme, este es mi teléfono, yo me comunicaré con Ud. para adelantar la consulta de ser necesario”.
- Si el paciente acepta el seguimiento se coordina la siguiente sesión: le parece bien si nuestra siguiente consulta es el día a las horas, **yo lo voy a llamar como ahora.**
- Muchas gracias, estamos en contacto.

Segunda sesión: recordando con amor

Objetivo:

En esta segunda sesión es importante que el doliente sienta que puede hablar del ser amado que ha perdido y no sentir culpa, dolor, reconoce su capacidad de elegir recuerdos amorosos, compasivos, y no necesariamente centrarse en que no está físicamente presente.

Se identifica si hay conexión o desconexión emocional.

Pasos:

- El psicólogo timbra a la hora que figura en la lista de Teleconsulta ya coordinada a través del servicio y con el paciente.
- Se presenta con un saludo cordial señalando su nombre y el motivo: Sr..... Buenos días, soy la psicóloga Del

Equipo Funcional de Apoyo Psicológico en Duelo, y de acuerdo a nuestra coordinación esta es nuestra sesión de seguimiento.

- Pregunta:
 - Sr. (a) ¿cómo se ha sentido estos días?
 - ¿Ha podido conversar con su familia de la situación?
- Se reconoce que emociones presenta y cómo está recordando a la persona fallecida:

- Recuerda que le pedí que anotara sus pensamientos y emociones, ¿pudo anotar alguno de sus pensamientos?
- ¿cómo se han presentado sus emociones?
- ¿cómo está recordando a _____ (mencionar el nombre del fallecido)

estos días?

- Ha presentado alguna actividad especial que pueda ser considerada como un tributo u homenaje a la persona fallecida (escribir una carta, dibujar, hablar con otros), si no lo ha hecho preguntarle ¿le gustaría realizar alguna de estas actividades como un tributo a(menciona su nombre) ... Si valora la posibilidad de hacerlo y si desea ayuda se le ofrece.
- Se le hace la siguiente pregunta:
- ¿Cómo cree Ud. que le gustaría a (menciona a la persona fallecida) ser recordada?
- ¿Qué le diría en este momento?

Cierre de la segunda sesión:

Se coordina una tercera sesión de acuerdo a la validación del psicólogo, quien le pide pueda generar la teleconsulta por whatsapp para la siguiente semana:

- Quisiera pedirle si ud. está de acuerdo para la siguiente sesión, pueda realizar un pequeño collage de fotos donde se encuentre (nombre de la persona fallecida), ud.

y otros miembros de su familia. Puede hacerlo en la computadora o en una cartulina, puede hacerlo solo o con ayuda. La próxima sesión me mostrará lo que hizo.

- Si hay pensamientos, emociones, frases o actividades que son importantes y recuerda, puede anotarlas y las compartirá en la siguiente sesión.

Tercera sesión : comprender, dar , recibir y pedir para continuar viviendo

Objetivo:

En esta tercera y última sesión de teleconsulta es importante que el doliente sienta que puede expresar lo que dió a (nombre de la persona fallecida), lo que recibió y lo que pidió o le pidieron.

Si sus pensamientos y emociones le permiten sentirse emocionalmente más estable, acompañada por su entorno, cuidada de acuerdo a sus creencias espirituales.

Se identifica si existe adaptativamente el reconocimiento de la ausencia física y la capacidad para recolocar emocionalmente a la persona fallecida y continuar viviendo.

Que puede desarrollar otras habilidades o si desea poder trazar metas o cumplir las que tenía, honrando la memoria del fallecido y dedicándole el logro de las mismas como gratitud.

Pasos:

- El psicólogo timbra a la hora señalada y saluda cordialmente, señalando su nombre: Soy el psicólogo del Equipo Funcional de Apoyo Psicológico.
- Se menciona: Sr(a)... esta es nuestra tercera y última sesión del Programa, quisiera que me comente:
 - o Durante estas semanas que han pasado, ¿siente que ha podido o está adaptándose a esta situación de duelo y separación de ?
 - o ¿Ha asumido con mejor disposición los roles y responsabilidades de la casa?,
 - o ¿Cómo lo ha estado desarrollando? ¿tiene ayuda de otras personas?
- Recuerda que le pedí que pudiera hacer un collage, pudo realizarlo, Si la respuesta es sí, le pedimos que lo muestre y nos narre las fotos y cómo se sintió al hacerlo.
- Podemos usar metáforas: “se ha dado cuenta que, para poder mirar la luz, tenemos que abrir los ojos...” nárreme todo lo que ve”.
- Se explora el sentido de vida:
 - o ¿Cree que puede seguir adelante?
 - o Con esta decisión que le diría(nombre del fallecido)
 - o ¿Cree que estaría orgulloso(a) de cómo está ahora?
- Si ha podido recordar a su ser querido y siente que lo lleva consigo o podido recolocarlo de manera significativa en su vida.
 - o ¿Qué le gustaría decirle en este momento? Se puede utilizar la metáfora de la vela¹.
- En esta parte es importante ayudarlo a reconocer que se puede establecer con el fallecido un vínculo especial, recordándolo con amor, ya no con dolor, validando la importancia de su presencia en su vida y como ahora es una motivación e inspiración para continuar viviendo y a quien también se le puede

dedicar los logros pendientes.

- Ser capaz de asumir desafíos y retos personales, familiares, sociales y profesionales.

Cierre de la tercera sesión:

Agradecimiento Final:

Sr.(a).....a nombre propio y del Equipo Funcional de Apoyo Psicológico en Duelo del Servicio de Psicología del Hospital Militar Central, quiero expresarle mi agradecimiento por permitirnos acompañarlo(a) en este proceso y que si requiere de un seguimiento puede contactarnos a través de una cita por Teleconsulta en Consultorios Externos.

Muchas gracias.

1 Metáfora de la vela: ¿cuál es la función de una vela? “iluminar, alumbrar, dar luz en un espacio oscuro”, cuál es la función de una persona “iluminar su vida o iluminar la vida de otros”... no importa el tamaño de la vela (que pudiese ser la edad de las personas) finalmente si está cumpliendo su función... puede doler cuando se apague, cuando se termine la cera... pero siempre queda el recuerdo de cuanto “nos iluminó, cuanta luz dio a ese espacio”... por lo tanto por más hermosa que sea la vela no tendría ningún sentido si no cumple su función, si está no la enciendes y no ilumina... es exactamente igual como ocurre con las personas, si tú eres una vela cumples tu misión, si tu familiar amado fue una vela y ahora que falleció crees que te iluminó, que te dio luz y alumbró tu vida... puede doler pero siempre recordarás esa luz y a eso se llama trascendencia“

Si el profesional identifica que el proceso de duelo cumple con criterios para un duelo complicado o patológico que pueda poner en riesgo al superviviente o doliente, es importante informarle la necesidad de la derivación con una I/C al Servicio de Psiquiatría y a seguimiento terapéutico con un Psicólogo especialista en duelo complicado.

Duelo anticipatorio – pre duelo

El Pre duelo o duelo anticipatorio, es concebido como cualquier duelo que ocurre antes de la muerte (u otra perdida significativa), diferenciándose del duelo que ocurre cuando se produce la pérdida o después de la misma (duelo postmortem) (Rosales y Olmeda, 2001). Este duelo que ocurre antes de la muerte, por lo general es común entre las personas que enfrentan la eventual partida de un ser querido o su propia muerte y aunque muchas personas están familiarizadas con el duelo producido por la muerte de una persona, poco se habla del duelo anticipatorio. Aldrich (1974) establece algunas diferencias entre el duelo anticipatorio y el duelo postmortem.

1. El duelo anticipatorio por lo general es experimentado tanto por la persona que muere como por su familia.
2. El tiempo no suele ser prolongado, ya que hay un punto final que es la muerte.
3. Desde el punto de vista teórico, este duelo va disminuyendo con el pasar del tiempo.
4. Puede existir ambivalencia, ya que podría generar un impacto mayor en la persona que lo conduciría a la negación de modo más fácil que el duelo convencional.
5. El duelo anticipatorio podría incluir una fase de esperanza.

Criterios para realizar el primer contacto

- ◆ El paciente es evaluado por el médico tratante en la UHH o en las UCIs del HMC y su valoración médica - técnica indica que el paciente está en etapa final de la vida o próximo a morir, esta condición es informada a la familia y posteriormente al equipo de salud (donde se encuentra el psicólogo).
- ◆ Cuando el médico o personal de enfermería identifica respuestas asociadas a la percepción de la proximidad de la muerte propia (preduelo frente a la propia muerte por parte del paciente) o del familiar (preduelo por la posibilidad de fallecimiento del paciente) y extiende una I/C interconsulta al Servicio de Psicología.
- ◆ El paciente o el familiar solicitan la atención del profesional psicólogo por presentar respuestas asociadas a la posibilidad de muerte del paciente y esta situación lo torna vulnerable y no logra afrontar adecuadamente la situación de

acompañamiento hospitalario del paciente (están en fase de negación, evitación, desesperanza o preocupación ansiosa).

- ◆ El Profesional psicólogo identifica en la UHH que el paciente hospitalizado o la familia presentan respuestas asociadas a un duelo desadaptativo y aborda el caso.

Llamada de Primer contacto (Teleconsulta)

(Familiar o cuidador del paciente):

La llamada telefónica se da en el día 1 de recibida la información o la notificación de la I/C – interconsulta, esta es realizada por el profesional de Psicología, con el objetivo de:

- Realizar una entrevista inicial y brindar una intervención psicoterapéutica breve o consejo psicológico que permita a la familia expresar sus emociones, sus miedos, temores, preocupaciones frente a la situación actual del familiar hospitalizado y que se encuentra en etapa delicada, inestable, cuidados paliativos, en riesgo vida, o próximo a morir – etapa al final de la vida.
- En esta primera llamada se refuerza el trabajo del equipo de salud, el acompañamiento psicosocial y asistencial al paciente basado en el cuidado, atención y acompañamiento durante su hospitalización, reconociendo esta etapa como difícil para todos, se identifican las demandas de atención psicosocial para aliviar el riesgo de presentar alteración psicopatológica o desadaptativa.
- Se establece la intervención para atención y realización de intervención en crisis con valoración de seguimiento del duelo.

REFERENCIAS

- Aldrich C.K. (1974). Some dynamics of anticipatory grief. En B. Schoenberg, A.C Carr, D. Peretz y A. Kutscher. *Anticipatory grief*. Columbia University Press.
- Boelen, P. A., y Lancee, J. (2013). Sleep Difficulties Are Correlated with Emotional Problems following Loss and Residual Symptoms of Effective Prolonged Grief Disorder Treatment. *Depression research and treatment*, 2013, 1-7. doi.org/10.1155/2013/739804
- Figley, C. H. (2010). *El trauma en el duelo*. Recuperado de <http://www.renacer.cl>
- Gómez, M. (2007). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Arán Ediciones.
- Guillem, V., Romero, R., y Oliente, E. (2007). Manifestaciones del duelo. En C. Camps y P. Sánchez. *Duelo en Oncología*. Sociedad Española de Oncología Médica.
- Maercker, A., y Lalor, J. (2012). Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 167–176. doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/amaercker
- O'Connor M. F. (2012). Immunological and neuroimaging biomarkers of complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 141–148. doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mfoconnor
- Organización Panamericana de la salud (12 de marzo del 2020). *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote del COVID-19*. Recuperado de www.paho.org
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G. A., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., y Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8), e1000121. doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121
- Rosales, C., y Olmeda M. (2001). *El duelo anticipatorio*. Recuperado de <https://psiquiatria.com/article.php?ar=depression&wurl=el-duelo-anticipatorio>
- Rostila, M., Saarela, J., y Kawachi, I. (2013). Suicide following the death of a sibling: a nationwide follow-up study from Sweden. *BMJ open*, 3(4), e002618. doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002618
- Shuchter, S.R., y Zisook, S. (1993). The course of normal grief. En M. Stroebe, W. Stroebe Y R. Hansson. *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. Cambridge University Press.
- Sweeney, M., y Quill, T.E. (2007). Clustering of sudden death and aborted cardiac arrest associated with a family grief reaction. *Heart Rhythm*, 4(7), 952-955.
- Toledo, M., Vallejos, J., Montero, V., León, S., y Portal, W. (2020). Psicología de la Salud en Perú: Un reto frente a la COVID-19. En O. Infante, J. Grau, (Compiladores). *La Psicología de*

la Salud en el enfrentamiento a la COVID-19 en América Latina, (pp. 272 – 319). CEDEM – ALAPSA.

Van der Houwen, K., Schut, H., van den Bout, J., Stroebe, M., y Stroebe, W. (2010). The efficacy of a brief internet-based selfhelp intervention for the bereaved. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 359–367. doi.org/10.1016/j.brat.2009.12.009



RESILIENCIA PARA DOCENTES

Astrid Sayonara Martínez García

Puerto Vallarta, México

Ser resiliente representa la capacidad que el ser humano desarrolla a pesar de las circunstancias desfavorables para evolucionar y transformar positivamente el mundo que le rodea.

Astrid Martínez

1 DE LA DIFICULTAD AL DESAFÍO

El papel de las y los docentes desde el inicio de la pandemia ha sido crucial, la mayoría si bien ha vivido las consecuencias de la misma con mayores secuelas o no, también han tenido que desarrollar una adaptación urgente y necesaria a su práctica docente con los recursos con los que disponían en ese momento para realizar cambios contundentes en sus estilos de enseñanza, planeación y organización de su materia, en buscar recursos tanto digitales como materiales (celular, tableta...etc) y todo lo que rodea el mundo de la docencia, además de mantener un rol de vigilante ante posibles síntomas que pudieran referir sus alumnos y alumnas; desde el momento en que la noticia sobre una epidemia que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su página oficial el 30 de enero del 2020 declaraba como una emergencia de salud pública de preocupación internacional y que solo dos meses después el día 11 de marzo del 2020, anunciaba que la COVID-19 pasaba de ser una epidemia a una pandemia; en México el primer caso fue confirmado el día 28 de febrero de 2020³ y que al ser considerada por nuestras autoridades mexicanas como un riesgo de salud pública, y por lo tanto proclive de poner en riesgo la salud y la integridad de niños, niñas, adolescentes y de la población de general; publicaba en el acuerdo número 02/03/20,

1 <https://www.gob.mx/salud/prensa/077-se-confirma-en-mexico-caso-importado-de-coronavirus-covid-19>

del diario oficial de la federación, publicado con fecha del 16 de marzo del 2020, en su artículo primero suspendían a partir de día 23 de marzo del 2020, las clases en todas las escuelas de educación preescolar, primaria, secundaria, normal y demás para la formación de maestros de educación básica del Sistema Educativo Nacional, así como aquellas de los tipos medio superior y superior dependientes de la Secretaría de Educación Pública, como una medida preventiva para disminuir el impacto de propagación de la COVID-19 en el territorio nacional, noticia que causo un impacto en todo el territorio nacional y en particular en el universo académico, dada la severidad y rapidez con la que parecía estar manifestándose esta pandemia, aunque en el caso de Jalisco, la suspensión de labores ya se había iniciado desde una semana antes ⁴ y por todos los medios de comunicación oficiales y no oficiales se difundía la noticia del cese completo de actividades académicas, lo que generaba confusión e inseguridad a la población estudiantil y docente por la trascendencia no solo local sino nacional e internacional de lo que ya se venía presentando ⁵; hasta ese momento nadie podría conocer lo que se avecinaba ni el impacto que podría causar, la incertidumbre y las dificultades que en un principio se apoderaban de toda la comunidad educativa fueron dando oportunidad a nuevas estrategias de afrontamiento y de adaptación hoy han alcanzado niveles inimaginables y que seguramente seguirán puliéndose cada vez más; en una charla virtual, que compartía días pasados, con un grupo de docentes los invitaba a reflexionar sobre algunas situaciones que entre marzo y abril del 2020 pudieran recordar haber experimentado como grandes dificultades, entre las opiniones surgieron dos constantes; la propia salud y de sus familiares, y cómo seguir ejerciendo su profesión en el ámbito de la enseñanza desde lo virtual sin la preparación y los recursos suficientes para tal encomienda; y que al pasar por la tela de la resiliencia se fueron convirtiendo en un desafío ⁶.

1 Enrique Alfaro Gobernador del Estado de Jalisco, en rueda de prensa da a conocer que la suspensión de clases en todos los niveles educativos, se realizaría a partir del 17 de marzo del 2020 y se estarían emitiendo boletines informativos todos los días para mantener a las y los ciudadanos informados sobre las medidas de seguridad que se fueran tomando. <https://www.jalisco.gob.mx/es/prensa/noticias/102604>

2 Juan Carlos Flores Miramontes, Secretario de Educación del Gobierno del Estado de Jalisco informó las medidas que se están realizando al interior de la dependencia para lograr que 1 millón 924 mil 374 estudiantes continúen aprendiendo desde casa. <https://www.jalisco.gob.mx/es/prensa/noticias/102614>

3 El desafío hace referencia a aquellos acontecimientos que significan la posibilidad de aprender o ganar, en donde el individuo tiene la sensación de control en la relación sujeto-entorno. El placer se halla en la pugna de uno mismo con algo superior, por lo que el desafío no aparecerá si no se trata de algo importante a alcanzar. Raimundi, M. J., Molina M. F. Gimenez, M. y Minichiello, C. (2014).

El concepto de resiliencia tiene su etimología del latín *resilio* o *resiliens* refiriéndose a la acción de retroceder o regresar un sistema a su estado original, los ingenieros utilizan ese término para describir la capacidad que tiene un material de regresar a su forma original después de haber sido sometido alguna especie de presión, cambio de temperatura, etc; y que en psicología se ha utilizado para hacer referencia a la capacidad que tenemos las personas para regresar, adaptarnos o incluso mejorar nuestro estilo de vida después de experimentar un suceso perturbador, inesperado o incluso traumático; Day Christopher y Gu Qin (2015) describen que la resiliencia no es un rasgo psicológico que permanece estático, sino que se trata de una capacidad humana que se encuentra en un proceso dinámico y que además puede estar influida por algunos factores socioculturales y puede desarrollarse o deteriorarse en función de ciertos factores; algunos autores coinciden que existen tanto factores de protección que favorecen el desarrollo de una personalidad resiliente como factores de riesgo que pueden disminuir o deteriorar esa capacidad; para Boris Cyrulnik (2018) el mejor espacio para trabajar la resiliencia es la escuela, es en este contexto escolar donde las primeras dificultades en la adaptación, el estilo de aprendizaje, la tolerancia a las diferencias, y la conflictividad se convertirán en desafíos tanto para el alumnado como para el personal docente y donde se puede instaurar el vínculo que fomentará esa capacidad resiliente; por otro lado para Edith Grotberg (1995) la resiliencia es la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas. Durante la charla que impartía a los y las docentes ellos iban descubriendo que algunas de sus reacciones ante las circunstancias que estaban viviendo como dificultades durante los primeros meses que en México ya se daban los boletines informativos sobre la suspensión de clases, podrían explicarse y narrarse desde la óptica de la resiliencia, aquellas primeras experiencias donde la comunicación se debía realizar frente a una pantalla y era necesario realizar varias acciones casi al mismo tiempo o en orden para entrar en ese espacio virtual

4 Enrique Alfaro Gobernador del Estado de Jalisco, en rueda de prensa da a conocer que la suspensión de clases en todos los niveles educativos, se realizaría a partir del 17 de marzo del 2020 y se estarían emitiendo boletines informativos todos los días para mantener a las y los ciudadanos informados sobre las medidas de seguridad que se fueran tomando. <https://www.jalisco.gob.mx/es/prensa/noticias/102604>

5 Juan Carlos Flores Miramontes, Secretario de Educación del Gobierno del Estado de Jalisco informó las medidas que se están realizando al interior de la dependencia para lograr que 1 millón 924 mil 374 estudiantes continúen aprendiendo desde casa. <https://www.jalisco.gob.mx/es/prensa/noticias/102614>

6 El desafío hace referencia a aquellos acontecimientos que significan la posibilidad de aprender o ganar, en donde el individuo tiene la sensación de control en la relación sujeto-entorno. El placer se halla en la pugna de uno mismo con algo superior, por lo que el desafío no aparecerá si no se trata de algo importante a alcanzar. Raimundi, M. J., Molina M. F. Gimenez, M. y Minichiello, C. (2014).

que nos permitiría comunicarnos, el abrir la cámara, cerrar micrófono, tener la presentación lista para compartir, permitir el acceso al aula virtual mientras se solicitaba a los que ya estaban en la sala virtual cerrar sus micrófonos, casi al mismo tiempo que algunos y algunas debían cuidar hijos, hijas, adultos mayores, mantenerse al tanto de la nueva información que pudiera surgir con respecto a los cuidados y los protocolos de atención que se emitía por parte de las instituciones gubernamentales y de salud, así como combatir con los propios miedos, inseguridades, problemas económicos o incluso problemas de salud previos o generados por el mismo virus; algunos docentes referían que entre las dificultades también se encontraba la incertidumbre respecto como terminarían de evaluar el ciclo escolar y que tanto podrían avanzar en los contenidos temáticos, la falta de socialización entre sus compañeros y compañeras, así como la de seguir fomentando el vínculo con sus alumnos y alumnas, desde mi experiencia como docente puedo decir que efectivamente el proceso de aprendizaje que se genera en la presencialidad fortalece enormemente ese vínculo y que ahora con la pandemia nos vimos comprometidos a buscar que fuera de otra forma; otras dificultades también se centraron en asuntos personales, por ejemplo; referencias de vivir discusiones fuertes con su pareja, con sus hijos, inclusive con sus colegas o directores de escuela; mirar desde la resiliencia no quiere decir que tengamos la habilidad de resistir en todos los ámbitos ni tampoco que debemos afrontar las circunstancias en todo momento de “buena cara”, la resiliencia es una habilidad que si bien como seres humanos en proceso de evolución contamos con ella; es una cualidad dinámica y multifactorial que se puede experimentar, aprender, mejorar que se encuentra influida por el contexto sociocultural y se fortalece mediante algunos factores de protección que en el caso de los docentes se pueden encontrar por ejemplo en la comunicación asertiva entre los docentes y los padres de familia, en la devolución positiva que reciben de sus colegas o de los directivos y sus supervisores; en el sentido de pertenencia a una comunidad educativa, en las prácticas cotidianas al ver el resultado de resolver los conflictos a través de fomentar el dialogo con sus alumnas y alumnos; otros factores de protección que también se deben contemplar es el bienestar emocional y social que puede incluir la vocación por la enseñanza, el sentido del humor, la corresiliencia⁷, la capacidad de autocuidado y autorregulación emocional, el creer en los recursos propios y la posibilidad de crecimiento laboral dentro del espacio académico; pero eso no es una garantía para ser resiliente sino que serán factores que potencializaran al docente para que su capacidad de ajuste o adaptación le permita ser lo suficientemente flexible para evolucionar y transformar positivamente el mundo que le rodea; ser un docente resiliente no quiere decir que todo estará siempre bien, quiere decir que yo tendré la suficiente

flexibilidad y templanza para enfrentar las situaciones de dificultad y convertirlas en desafíos que me ayudaran a evolucionar ;justo lo que algunos de los docentes en la charla referían y con los que concuerdo desde mi experiencia en la docencia, si las circunstancias dela pandemia no hubieran estado presentes, en este momento no sería evidente la capacidad que tuvimos la mayoría de adaptarnos precisamente a esas nuevas formas de interacción y de gestión educativa.

2 POTENCIALIZAR LA RESILIENCIA DESDE LA COTIDIANIDAD DEL DOCENTE

La pandemia llego a nuestras vidas y a golpe de cámaras y micrófonos que parecían prender y apagarse a voluntad, de múltiples cambios en la planeación y la didáctica para impartir algunas materias, intentar “compartir pantalla”, enfrentar las críticas sociales por los errores técnicos que implicaba la falta de experiencia en el uso de la tecnología, parecía toda una dificultad; escuchar comentarios como *“hace un año me daba miedo entrar a las clases virtuales porque sabía que no solo eran las miradas de mis alumnos y alumnas sino también de los padres de familia”*; hoy en día se han convertido en desafíos que parecen superar las exceptivas, ahora esas miradas extrañas del otro lado de la pantalla se han convertido en aliados para realizar las tareas y las actividades; el desafío de la gran mayoría de docentes para programar sus clases virtuales, se ha convertido en una gran estrategia aprendida donde el personal docente en su mayoría, ha logrado identificar entre diferentes plataformas virtuales cuál es la que se adapta mejor a su didáctica de clase; incluso con mensajes sincroniza agenda para entrega de tareas con las agendas de los padres y con la agenda de los tutores o tutoras de grupos, y con los alumnos y alumnas; con lo anterior se pone en evidencia el concepto que Day Christopher y Gu Qin (2015) describen como habilidad resiliente en los profesores:

La habilidad de los profesores para ser Resilientes no está principalmente asociada con la capacidad de recuperarse o reponerse de experiencias y acontecimientos altamente traumáticos, sino más bien con la capacidad para mantener el equilibrio y el sentido de compromiso y de la pertenencia en los distintos universos cotidianos en los que enseñan

Para potencializar la resiliencia será necesario en primera instancia hacer visibles aquellas estrategias de afrontamiento que se pusieron en marcha desde ese primer momento en donde como docentes comenzamos a realizar esas actividades cotidianas; cuales fueron las nuevas habilidades que aprendimos y cómo aquellas experiencias que se vivieron como grandes dificultades hoy se han convertido en desafíos⁸ para construir y sostener el proceso de aprendizaje desde el inicio de la pandemia, durante los tiempos más críticos de la misma y los avances o retos que aún quedan por delante; a continuación dejaré un pequeño listado de las actividades que los docentes manifestaron como dificultades y algunas que de manera personal como docente experimente:

- Contar con el equipo adecuado para la impartición de clases en línea al inicio para muchos eso implicaba invertir en una computadora o utilizar por tiempos compartidos las de los hijos o hijas.
- Buscar, contratar y/o cambiar el servicio de internet con suficiente capacidad ya que en algunos hogares eran 3 o 4 personas que debían conectarse al mismo tiempo.
- Establecer un canal de comunicación virtual con sus alumnos y alumnas. (En el caso de las escuelas y comunidades rurales se establecieron diferentes acuerdos y formas de trabajo por lo que en este momento hago un reconocimiento a esos docentes y comunidades que sin los alcances tecnológicos han logrado convertir algunas dificultades en desafíos, sin embargo, hablar de ello nos llevaría todo un capítulo, pero solo para nombrar.)

7 La corresiliencia sugiere la forma que tiene un equipo de personas que trabajan en el mismo ámbito de sobrellevar el impacto de los procesos dañinos; también se puede explicar desde la noción de resiliencia de equipo Denis, J y Hendrick S (2012) examinaron cinco parámetros esenciales en relación a la dinámica del trabajo en equipo y que pueden vincularse con el concepto de resiliencia de equipo; 1) la coordinación y gestión de los miembros de un equipo; 2) la cooperación como un proceso voluntario en la tarea colectiva; 3) la cohesión o el vínculo entre los miembros del equipo; 4) la gestión de conflictos que genera confianza y sentimiento de realización personal; 5) la satisfacción global del trabajo en equipo que puede interferir en la calidad y en la continuidad del mismo.

8 Lo que hace referencia a aquellos acontecimientos que significan la posibilidad de aprender o ganar. Se convierte en desafío cuando existe la percepción de algo que es importante alcanzar o lograr. Raimundi, M. J., Molina M. F. Gimenez, M. y Minichiello, C. (2014), 523.

- Aprendimos a usar las diferentes plataformas de comunicación con sus alumnos: vía zoom, Edmodo, Google Meet, entre otras y todo lo que implica planear, invitar, compartir, grabar, calificar y retroalimentar una clase. (*Aprendimos a enseñar desde la virtualidad*)
- Adecuar un ambiente dentro de casa (lo que en muchos casos implicaba que los demás miembros de la familia también debían adaptarse a nuevos espacios y nuevas reglas).
- Establecer nuevas reglas de convivencia intrafamiliar lo que posiblemente implicaba que existiría un cambio de rol, de tiempos y de formas de relacionarse.
- La falta de orientación y en ocasiones de la participación de algunos padres y madres de familia para que sus hijos e hijas recibieran apoyo académico.
- Algunos docentes manifestaban la impotencia de no poder brindar atención adecuada a sus alumnos y alumnas con rezago académico y apoyar en algunos casos emocionalmente a los alumnos y alumnas. Lo que hoy algunos docentes reportaron que les ha funcionado es permitir un espacio para la expresión de inquietudes y estados de ánimo, brindar un espacio para el diálogo donde se puedan sentir escuchados, validados y aceptados, permite fortalecer el vínculo que fomentará esa personalidad resiliente tanto en ellos como en nosotros mismos.
- Algunos directivos abordaron la dificultad inicial para brindar capacitación a los docentes en el uso de la tecnología, crear redes de comunicación con los Padres de familia y elaborar horarios de tutorías virtuales para los alumnos con dificultades académicas lo que al final tuvo como resultado la creación de círculos de aprendizaje y capacitación de ayuda socioemocional para los docentes y en algunos casos para los alumnos y alumnas más vulnerables al encierro.

Probablemente existan más dificultades que se fueron convirtiendo en desafíos y hoy por hoy han logrado mantener el sentido de compromiso y de pertenencia a una nueva mirada educativa, donde se han logrado adquirir habilidades no solo para mejorar la práctica educativa sino para superar la adversidad que ha implicado para muchos vivir la realidad de la pandemia. Para finalizar quisiera desde este espacio agradecer a todos y cada uno de los docentes que aportaron sus experiencias y me permitieron entrar en el espacio (virtual) de

sus hogares y lograron darse cuenta que para potencializar su resiliencia es necesario mirarse a sí mismos y a los otros con amabilidad, paciencia y amor incondicional; que a pesar del exceso de carga administrativa después de sus clases virtuales (calificar tareas, trabajos y actividades elaboradas durante el día) como docentes que ser resilientes es un proceso de co-construcción con todos y cada uno de los actores educativos; y a nombre de todos los padres y madres de familia que vivimos la experiencia de construir el aprendizaje durante este tiempo de pandemia quiero dar las gracias a todos los docentes que han brindado a sus alumnos y alumnas un espacio de esperanza para seguir; un gran número de pacientes jóvenes que solicita la atención psicológica refiere que sus maestros y maestras no han dejado de enviar tareas, algunos más que otros; pero que también han tenido espacios donde precisamente son sus maestros y maestras quienes les han dado palabras de aliento y espacios de escucha empática de manera constante durante todo el ciclo escolar; desde mi experiencia como docente puedo compartir que el trabajo ha sido arduo que adaptarse a las nuevas formas de socializar el conocimiento implica un compromiso y un desafío tanto a nivel curricular como a nivel vocacional y puedo confesar que en muchas ocasiones intentaba “tirar la toalla” como decimos aquí en México, pero llegado el momento conectar la cámara, abrir el enlace y ver que se comenzaban a conectar, escucharlos saludarme y saludarse entre ellos y ellas; preguntarse cómo les había ido con tal tarea, incluso hacer alguna broma o algún comentario sobre lo que habían vivido durante esa semana; parte de la tarea como docente para fomentar la resiliencia en mis alumnos y alumnas era escuchar de forma empática que en ocasiones si bien se sentían sobrepasados con las actividades al conseguir concluir las y hacer una devolución positiva respecto al logro realizado y compartirlo en el grupo se fomenta, sostiene y genera en ese espacio “virtual” una comunidad educativa resiliente; pero que para construir esa comunidad también implicaba ayudarlos a visibilizar que a pesar de la dificultad que representaba para muchos de los docentes conectarnos desde casa y buscar un espacio para poder “agarrar señal”, que también al igual que ellos y ellas al escucharlos decir que se encontraban muy preocupados por alguno de sus familiares, como docentes también vivimos esa situación con nuestros propios familiares, parejas o padres; que el 100% del pago de los servicios de internet corría por cuenta nosotros, que el 80% de los docentes tenemos doble función (impartir la clase y apoyar a nuestros hijos e hijas en el cumplimiento de las tareas académicas) o que incluso algunos nos veíamos forzados a buscar otras fuentes de ingreso para ayudar en la economía familiar y que a pesar de todas esas dificultades como docentes compartir con nuestros alumnos y alumnas que logramos sobreponernos y seguir avanzando y construyendo nuevas formas de convertir las dificultades en desafíos para enseñar,

compartir y construir aprendizaje; y son precisamente esas vivencias las que confirman que toda crisis se convierte en una oportunidad de crecimiento y mejora personal; que son esas situaciones adversas las que nos permiten evolucionar y transformarnos positivamente en una persona con capacidad de convertir *positivamente el mundo que le rodea*.

Después de un poco más de un año de pandemia nos vimos en la necesidad que buscar alternativas para seguir con la educación en México, incluso en los momentos de mayor incertidumbre y preocupación logramos dominar muchos de esas dificultades y convertirlas en desafíos, ahora en el horizonte próximo, se ha puesto en consideración el regreso a las clases presenciales, así que nos veremos de nuevo impuestos a afrontar nuevos retos, nuevos protocolos para mantener la distancia, modificaciones en los horarios de los docentes y en las rutinas familiares; nuevas dificultades enfrentarán los docentes, los padres y madres de familia, los y las alumnas, y donde todos los profesionales de salud mental también nos veremos en la necesidad de buscar nuevas formas de intervención y de ayuda. Es momento de fomentar y trabajar desde la corresponsabilidad y la interdisciplinariedad pues aún nos quedan muchas rutas que recorrer como sociedad que se recupera de las adversidades y como docentes reconocer que somos resilientes es mirar con esperanza y optimismo que juntos podemos ser comunidades resilientes hoy para construir y sostener la educación en tiempos de pandemia.

Referências

Denis, S y Hendrick S. *Familias, psicosis, institución y corresponsabilidad*. I Congreso Mundial sobre resiliencia. De la investigación a la práctica. París, junio de 2012. Compilación publicada en coordinación por Cyrulnik B y Anaut Marie, (2018). Resiliencia y adaptación. La familia y la escuela como tutores de resiliencia. pp. 23-44. Gedisa.

Day, C. y Qing, G. (2015). *Educadores Resilientes, Escuelas Resilientes*. Narcea.

García-Vesga, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), pp. 63-77. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2013000100003

Gobierno del Estado de Jalisco. (2020, 15 marzo). *A diferencia de la decisión que tomó el Gobierno de México, en Jalisco las clases en educación básica se suspenden a partir del próximo martes 17 de marzo* [Comunicado de prensa]. Recuperado de <https://www.jalisco.gob.mx/>. <https://www.jalisco.gob.mx/es/prensa/noticias/102604>

Gobierno del Estado de Jalisco. (16 de marzo, 2020a). *Anuncia SE medidas tras la suspensión de clases para evitar la propagación del COVID-19 en Jalisco*. [Comunicado de prensa]. Recuperado de <https://www.jalisco.gob.mx/es/prensa/noticias/102614>

Moctezuma B, E. (2020, 16 marzo). *DOF - Diario Oficial de la Federación*. Secretaría de Gobernación. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5589479&fecha=16/03/2020

Organización Panamericana de la Salud. (2020, 11 marzo). OPS/OMS | *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

Raimundi, María Julia y Molina, María Fernanda y Gimenez, Mariel y Minichiello, Claudia (2014).

¿Qué es un desafío? Estudio cualitativo de su significado subjetivo en adolescentes de Buenos Aires. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (2), 521-534. [Fecha de Consulta 22 de abril de 2021]. ISSN: 1692-715X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77331488001>

Uriarte, J de D (2006). Construir la resiliencia en la escuela. *Construyendo resiliencia en la escuela*.

Revista de psicodidáctica. 11 (1), pp. 7-24. Disponible en https://www.academia.edu/32295719/Construir_la_resiliencia_en_la_escuela



SEÑALES DE ADVERTENCIA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

José Edir Paixão de Sousa

Ceará, Brasil

1 INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO

El período pandémico del COVID-19 ya ha presentado más de 2 millones y medio de muertes en todo el mundo. Desafortunadamente, hasta febrero de 2021, la situación sigue siendo crítica para muchos países. El Japón, por ejemplo, tuvo más muertes por suicidio en el mes de octubre de 2020 que muertes por COVID-19 contadas desde enero hasta final de noviembre del mismo año 2020.

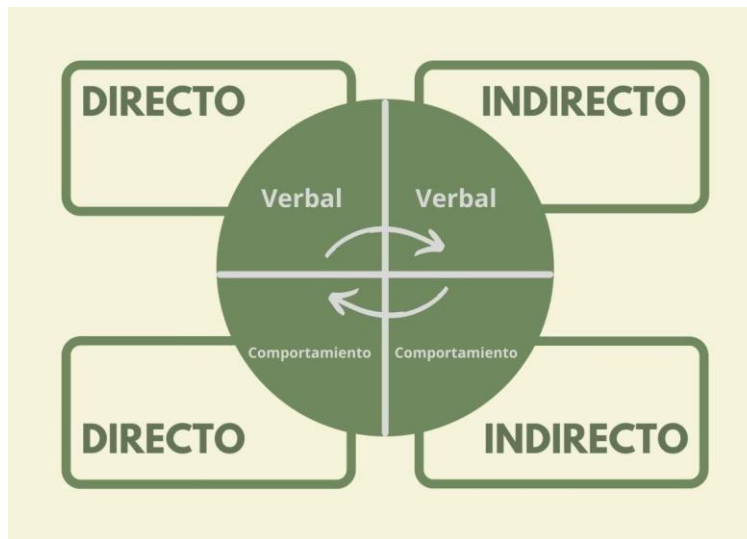
En este escenario de pérdidas, recuerdos dolorosos, duelos y limitación del movimiento, impedimento de los rituales funerarios, soledad e incertidumbre, podemos ver que la ansiedad, los sentimientos de impotencia y desesperanza son dificultades presentes en la vida de muchas personas.

Por lo tanto, se espera que el aumento del sufrimiento pueda dar lugar a enfermedades mentales. Así, como consecuencia de estas enfermedades mentales y también interacción con los sufrimientos emocionales, colapsos sociales e intrapersonales, entre otros, es posible encontrar situaciones de suicidio relacionadas con el período pandémico del COVID-19.

Así, muchas personas no tienen conocimiento sobre cómo identificar riesgo de suicidio en otras personas de su familia, trabajo y campos de convivencia social. El sufrimiento está al lado, pero para alguien que no tiene experiencia o entrenamiento es muy difícil o imposible actuar de forma preventiva.

De esta manera, es importante saber que muchas personas en crisis suicida dan señales de advertencia antes de intentarlo. Estas señales suelen ser señales verbales directas o indirectas y señales de comportamientos directos o indirectos. Aun así, estos signos pueden comenzar verbalmente y luego convertirse en comportamiento y viceversa, además, también pueden coexistir.

2 SEÑALES DE ADVERTENCIA PARA SUICIDIO



Fuente: realizado por el autor.

A continuación, intentaré expresar algunas de las señales, siendo necesario saber que las maneras de comunicación en suicidio pueden variar en muchas otras formas y posibilidades. Estas señales son algunos ejemplos, sin embargo no debemos desconocer que, muchos otros tipos pueden ser asociados también a las ideas suicidas.

Tabla 1

Señales verbales

SENALES VERBALES	
Directas	Indirectas
Quiero morir.	Quiero dormir para siempre.
Yo prefiero estar muerto.	Quiero desaparecer.
Me mato.	No soporto nada más.
Mato esta persona y después me mato.	Soy una carga, la gente sería más feliz sin mí.

Nota: realizado por el autor.

Tabla 2

SENALES DE COMPORTAMIENTO	
Directas	Indirectas
Marcas de autolesión.	Entrega de efectos (objetos) personales.
Exposición física directa, voluntaria e inminente al riesgo de muerte.	Descuido con la seguridad física. Por ejemplo: nadar en el mar peligroso sin chaleco salva-vidas.
Con la intención de suicidarse de verdad.	Cambio repentino de comportamiento sin una explicación plausible. Por ejemplo: una persona pacífica se vuelve agresiva rápidamente.
Abuso desproporcionado y desenfrenado de alcohol o productos químicos.	Actitudes de desidia. Por ejemplo: una persona deja copias de testamento para varios parientes, mismo sin estar enfermo.

Nota: realizado por el autor.

Una vez identificadas las señales, la víctima necesita de cuidados mentales y físicos con profesionales de la salud mental. Es importante enfatizar que cuando estamos en la misma casa conviviendo con una persona con intentos de suicidio, debe haber una doble atención. Algunos cuidados a tener en cuenta conviviendo junto a personas con ideas suicidas pueden ser:

- Poner red de protección en todas las ventanas. Principalmente cuando se vive en un edificio.
- Evitar la utilización de venenos y pesticidas, y evitar que estos queden al alcance de personas con pensamientos suicidas. Si es necesario el uso de medicamentos, la persona debe ser acompañada a tomar los medicamentos en la cantidad correcta.
- Reemplazar cuchillos y cubiertos por otros de origen y forma más segura, menos letal.
- Tener siempre una copia de la llave de la habitación de la persona que atraviesa las crisis, ya que en situación de emergencia será posible acceder a la misma con más facilidad en caso de que esté encerrada. Es ideal que la habitación de la persona que atraviesa estas crisis no tenga puerta o la misma esté siempre abierta.
- Nunca subestimar las amenazas de suicidio.
- Priorizar la escucha y el diálogo, pero si las cosas se ponen difíciles con riesgo de muerte, se recomienda llamar a los equipos de emergencia. Siempre que sea

necesario se recomienda ayuda profesional para el tratamiento de personas en crisis suicida.

- Informar sobre las líneas de vida (ayuda) telefónicas o de internet para la persona con pensamientos suicidas.
- Programar eventos futuros con víctima.
- Evitar juzgamiento y comparaciones.
- Eliminar cuerdas y otros objetos que pueden ser usados potencialmente como instrumentos de suicidio.
- Preguntar de manera respetuosa a una persona que muestra/expresa señales de suicidio, si el/ella está pensando en hacerse daño.

Estas son algunas recomendaciones generales, pero se debe tener en cuenta que cada persona de acuerdo a su situación, posee características específicas las cuales deben ser tenidas en cuenta, procurando llevar adelante las medidas de prevención del suicidio indicadas.

Como sugerencia sobre formas de escucha, de diálogo y de posible negociación con personas en crisis suicida, recomendamos la lectura de los capítulos “negociación pura en intentos de suicidio” e “intervención basada en la escucha y en el diálogo (BED)” del libro de “Psicología de la Emergencia”(Año 2020), con coordinación de Diego Núñez.

Mientras se intenta eliminar o reducir el riesgo ambiental de consumación del suicidio por parte de un familiar, también es necesario trabajar con la triada de la vida: demostración de compasión/empatía creación de esperanza y fortalecimiento de conexión (con uno mismo, con los demás y con el mundo).

La pandemia no tiene fecha para terminar ni ser controlada, por eso, es necesario que cada uno de nosotros tenga paciencia y esté apoyando a las personas que lo/a rodean, siempre que sea posible.

Por otro lado, cuando nos encontramos en una situación difícil, no debemos dudar en buscar, pedir y recibir ayuda. La solidaridad es una base fundamental en la lucha contra la pandemia y contra el suicidio.

Referências

Asociación Brasileña de Psiquiatría (ABP) (2014). *Suicidio: informar para prevenir*. CFM/ABP. Batista, M. H., Diógenes, S. da S., Barreira Filho, E. B. (org.) (2020). *Trabalho em tempos de Covid-19: orientações para a saúde e segurança*. Imprensa Universitária/Edições UFC. Recuperado de http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/53354/3/2020_liv_mhbatista.pdf

Bhardwaj, N. (2020, dic 11). Japón, más muertes por suicidio en octubre que de covid-19 en 2020.

Insider. Recuperado 15 de mayo de 2020, de <https://www.insider.com/japan-more-suicide-deaths-in-october-than-from-covid-19-in-2020>

Núñez, D. (2020). *Psicología de la emergencia*. Recuperado de <http://www.periodicojudicial.gov.ar/wp-content/uploads/2020/12/LIBRO-DE-PSICOLOGIA-DE-LA-EMERGENCIA.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Recuperado de <https://covid19.who.int/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-suicidio-imperativo-global>

Shneidman, E. (1996). *La mente suicida*. Oxford University Press.



EMOCINESIS-PROPULSORES EMOCIONALES CONDUCTUALES

Sus beneficios en tiempos de COVID-19

Diego Núñez

Buenos Aires, Argentina

“Lo que no mata, fortalece” “That which does not kill us makes us stronger”

Friedrich Nietzsche

1 INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO

Estos son los primeros resultados de esta investigación que vengo realizando desde hace varios años y que brinda en esta pandemia rendimientos favorables en este proceso, demostrándolos sólidos y prometedores en su aplicación, junto a las personas que se desempeñan en las diferentes áreas de emergencias, salud, educación, servicios sociales y seguridad en Argentina y países extranjeros, aún mas hoy aplicados/as a intervenir en esta Pandemia de Coronavirus COVID 19. Estos frutos no habrían visto la luz hoy en día de no ser por el silencioso y ensordecedor grito que vienen expresando los diferentes equipos de Alta Exposición y Emergencias, de toda américa latina y me atrevo a expresar, de diferentes partes del mundo también. Quienes vienen sosteniendo una solicitud que al día de hoy no se supo oír, comprender, ni es contenida; esta no es ni más ni menos que la del aprendizaje de técnicas y entrenamiento mental y conductual para poder afrontar diferentes instancias que se desprenden de las labores que desarrollan, y no solo la posibilidad de aceptación pasiva de asistencia con mirada patogénica (enfermedad) por parte de profesionales de la salud no especializados en estas áreas, en un “intento de contención” hacia el personal interviniente, el cual funciona a modo de placebo, o en el no tan mejor de los casos, profesionales que se han formado solo en lo teórico en asistencia a personal interviniente y víctimas, pero carentes de práctica salutogénica sustentable y formación en emergencias, lo cual es más que un requisito necesario, ya que brinda el plus adecuado de conocimiento, y evidencia la posibilidad de una respuesta apropiada, ya que unos de los mayores riesgos que he observado y aún sucede al día de hoy, es que confundan los diagnósticos; diagnosticar lo que no es. Esto se debe a que realizan intervenciones desde la patogénesis, algo injusto al ser estas situaciones generadas en espacios fuera del ámbito clínico; observar desde la enfermedad las reacciones

esperables y naturales del personal interviniente, cuando debe ser desde la salutogénesis, ni más ni menos que la prevención, puesta en práctica desde técnicas específicas tanto mentales como corporales y conductuales, ya que el personal interviniente necesita prevención en su trabajo diario, dado que sus respuestas son naturales y esperables por el tipo de tareas que desarrollan y los contextos donde las realizan, y no precisan de una mirada patológica (enfermedad) sobreentendiendo que por haber intervenido en situaciones críticas podría prevalecer o prevalece en ellos/as algún tipo de problema (patología). A razón de esto, es que el personal debe formarse activamente y de manera preventiva en estas técnicas autoaplicables que los acompañarán y ayudarán a afrontar y posteriormente autoregularse en sus conductas, y también reorganizarse desde lo emocional.

2 EMOCINESIS Ó PROPULSORES EMOCIONALES

2.1 DOSIS Y RESPUESTA

Para adentrarnos en este tipo de formación debemos ahondar como primera instancia en lo que he concebido y denominado bajo el término EMOCINESIS (propulsores conductuales), un término que refiere al entrenamiento por hormesis afectado principalmente por un constructo emocional. Debemos comenzar con el estudio de la HORMESIS, entendiendo a la misma como aspecto de aplicación y recurso de entrenamiento en los ámbitos de equipos de respuestas a las emergencias y crisis, en la preparación desde el estímulo conductual, para que el Personal Interviniente pueda brindar su mejor respuesta y logre adaptarse a condiciones diversas en las diferentes intervenciones en emergencias y situaciones críticas. Este entrenamiento a base de técnicas contenedoras de pequeñas dosis subletales de estímulos estresantes, genera que se activen procesos de respuestas adaptativas a las diferentes situaciones de estrés que se debe atravesar o enfrentar. A este concepto de respuesta se la denomina HORMESIS, y siempre está presente en las actividades que se desprenden de una emergencia. A la HORMESIS se la puede definir como; “Proceso por el cual la exposición a una dosis baja de un agente químico o bien un factor ambiental, que es dañino a dosis altas, induce una respuesta adaptativa y/o un efecto benéfico en la célula o el organismo”. En el caso del Personal de ámbitos de emergencias, seguridad, respuestas inmediatas y alta exposición, los agentes horméticos basales por excelencia a tener en cuenta en la formación y práctica es la actividad física y la alimentación. Pero focalizando en primera instancia en la actividad física, esta es la que ofrece una respuesta adaptativa

benéfica y adecuada al organismo, preparándolo de esta manera para enfrentar altas dosis de estrés que puede recibir y/o atravesar en diferentes ámbitos de intervención, otorgando también otro beneficio como es el manejo del estrés, o su autoregulación, en este caso por medio de técnicas de boxeo, práctica deportiva ideal, ya que reúne actividades y técnicas de varias disciplinas físicas en una. Su la defensa, el equilibrio, la tolerancia, la resistencia, siendo además uno de los deportes de perfil conductual y psicológico por excelencia. Práctica deportiva desde su técnica, ideal para la salud y el bienestar de quienes se desempeñan en ámbitos de respuesta inmediata en emergencias, crisis, seguridad y diferentes Interventores/as sociales.

Por lo tanto la actividad física en dosis de moderada intensidad programada generará un efecto hormético que brindará una mejor resiliencia a nuestro organismo aumentando la producción de serotonina, dopamina, GABA y NPY, que participan todas en varios procesos fisiológicos como lo son la regulación del apetito, los procesos cognitivos, el equilibrio energético adaptativo (homeostasis energética. Para comprender el alcance y considerar la importancia del entrenamiento hormético, debemos incorporar todas las funciones que lo incluyen. Una de estas es la homeostasis. El término homeostasis deriva del griego “homos”, cuyo significado es “similar, y de la palabra “estasis” que significa “estabilidad”. En este caso al hablar de homeostasis energética, me refiero a el mantenimiento de la ecuanimidad como constancia energética) y el ritmo circadiano, regulador natural de cambios físicos, mentales y de comportamientos que experimenta el cuerpo en un ciclo de 24 horas, cuya sede reguladora se encuentra en nuestro cerebro y es el hipotálamo. Todo este proceso también es fundamental en relación a la respuesta al estrés. Otras funciones a considerar son la de los neurotransmisores en este tipo de preparación. Con respecto a estos está presente la serotonina; neurotransmisor cuyo nombre científico es 5-HT (5-hidroxitriptamina), y es producida en el cerebro, tracto gastrointestinal e intestinos. Nuestro organismo genera serotonina por medio de las células que usan la enzima triptófano hidroxilasa. El triptófano es un aminoácido esencial que el organismo obtiene por medio de los alimentos para la producción de serotonina. Desempeña un rol fundamental en el equilibrio de los estados de ánimo, emociones, apetito y funciones autonómicas, que son aquellas que se relacionan de manera directa al SNA – Sistema Nervioso Autónomo, que es el que regula el equilibrio – HOMEOSTASIS – de nuestro organismo, de manera directa a las funciones del sistema nervioso simpático, que es el que brinda la respuesta a los cambios en el entorno, cuya respuesta ecuánime es del tipo “lucha o huida” ante una amenaza, la cual también podemos denominar como reacción o réplica a la situación de estrés, y como

antagónico al sistema nervioso parasimpático, que es el que establece y administra las funciones fisiológicas de nuestro organismo tales como, la digestión y el descanso entre otras. El incremento en su producción y acumulación en exceso puede generar síntomas perceptibles y observables del tipo físicos y cognitivos; P/E: percibirse desorientado/a, perder el conocimiento, alteración del ritmo cardíaco, temblores corporales, rigidez corporal, fiebre alta con mucha sudoración, entre otros. Esto puede generarse a través de sobremedicación o automedicación excesiva con antidepresivos (inhibidores), medicamentos para el dolor de cabeza, resfríos, del tipo analgésicos, drogas ilegales y en la administración de litio, utilizado para alteraciones en el estado de ánimo como así también para el desorden bipolar, y también en el consumo de ciertos tipos de alimentos del tipo suplementarios herbales, muy promocionados hoy en día en y para dietas y también como energizantes naturales para actividades físicas. Como así también la contracara es que llevando adelante una mala alimentación y una ausencia o falta de ejercicios, generará que nuestro nivel de serotonina comience a descender, lo cual puede generar trastornos en la salud del tipo sentimientos no positivos ansiedad, depresión, falta de energía, alteración en el sueño, apatía y bajo deseo sexual entre otros.

El otro neurotransmisor protagonista es la dopamina. La misma se produce en las neuronas dopaminérgicas formando una cadena de procedimientos de neurotransmisores que se origina en la parte compacta de la sustancia negra, el área tegmental ventral (VTA) y el núcleo arqueado del hipotálamo. Realiza su desempeño en las funciones de la memoria, el aprendizaje, la motivación y también media el placer en el cerebro secretándose en las recompensas ante estímulos placenteros en conductas como la alimentación, el sexo y las drogas. Las investigaciones han demostrado que esto se relacionaría ante todo con la motivación o deseo wanting – querer, que con el placer liking - gustar. La dopamina contribuye a la memoria a corto plazo, la atención, el aprendizaje y la concentración. Por el contrario, los desórdenes de la dopamina impactan negativamente alterando estas funciones neurocognitivas, asociándose estos niveles bajos de dopamina al déficit de atención y dificultad en la memoria, la apatía, el insomnio y la anhedonia. Esta última como síntoma y/o perturbación de la sensación como pérdida de placer expresando también disminución del interés y entusiasmo por las actividades que suele realizar y las posibles también. Como contracara la hiperactivación se relaciona a mayores niveles de dopamina. Finalmente para comprender la importancia del proceso de la HORMESIS como preparación en lo mental y físico para el acondicionamiento y disposición salutogénica en los estímulos de nuestras conductas, para el entrenamiento de los Equipos de Primera Respuesta, focalizamos en el

GABA y el NPY. ¿Qué es el GABA y cuál es su función? El GABA (ácido gamma-aminobutírico), al igual que la serotonina y la dopamina, es un neurotransmisor. También es un aminoácido no proteico que se encuentra en altas concentraciones en el sistema nervioso central de los mamíferos; en el caso de los humanos sobre todo en el cerebro y posee una acción relajante y antiestrés. Como neurotransmisor o neuromediador es del tipo inhibitor, logrando esta función, al unirse a receptores GABAérgicos, los cuales son medios-canales donde se transmiten valores que como efecto y consecuencia impactan positivamente en las respuestas de conductas y diferentes estados emocionales de diversas situaciones. Los receptores GABAérgicos según últimas investigaciones se desprenden en receptores GABA(A), GABA(B) y GABA(C). Los receptores GABA(A) y GABA(B) que son los de nuestro interés en este caso, generan acción inhibitor, pero es el receptor GABA(B) el que inhibe la recaptación de otros neurotransmisores (heteroreceptores), o sea, la liberación de la acción estimulante de neurotransmisores excitatorios como el glutamato monosódico, también conocido como GMS, aditivo E-621 o sabor unami (Potenciador y armonizador de sabores. Sal sódica del ácido glutámico). El ácido glutámico es un aminoácido no esencial vital en el cerebro humano tan relacionado en funciones importantes como el aprendizaje y la memoria. Si bien, no hay evidencia científica más allá de testimonios que vincule al glutamato monosódico con afecciones, existen porciones poblacionales sensibles a su consumo. Es por esto que desde muchos sectores se anima a no realizarlo. El ácido glutámico es el resultado de un proceso químico con un alto contenido de sodio, grasas y químicos que puede llegar a afectar nuestro estrés homeostático. Esta es la evidencia en relación directa con el GABA y como se relacionan ambos en el sistema nervioso e inciden desde su ecuanimidad en reacciones emocionales y conductuales de manera directa en el estrés. Finalmente el NPY tiene por función la regulación y balance energético, y en el caso de la HORMESIS inducida por medio de dosis subletales de estrés, este regulador adquiere gran importancia en tanto la regulación del apetito, aporte y gasto calórico. Ante situaciones agudas de estrés que comprometan la disponibilidad de energía tanto el sistema nervioso como el gastrointestinal, ajustarán sus funciones para evitar el sobrepeso o la pérdida en demasía de este. En tanto si también se encontraran disminuidas las reservas de nutrientes se regulará el gasto energético para preservar de esta manera las condiciones de salud y así mantener una homeostasis equilibrada junto a la acción del estrés alostático “(alo = cambio; estasis = estabilidad). Adaptarse al cambio. Establecer un nuevo orden” (Campillo Alvarez, J. E., . El Mono Estresado. 2012). Adaptando así los depósitos y valores de energía.

Estas breves y necesarias definiciones como recurso pedagógico y técnico para la comprensión de las diferentes funciones en nuestro organismo frente a situaciones estresantes, nos redirigen, como ya lo he nombrado, al necesario entrenamiento mediante pequeñas dosis subletales de estrés, las cuales no generarán daño al organismo, pero por medio de los agentes horméticos lo prepararán para tolerar situaciones de alto impacto brindándole condiciones adaptativas.

Mucho del posible malestar como estrés residual que podemos acarrear luego de las intervenciones que realizamos como Personal Interviniente; “Son consecuencia de la discrepancia entre el diseño evolutivo de nuestro organismo y el uso que de él hacemos. La forma de nuestro cuerpo, la estructura de los huesos, el mecanismo de contracción de los músculos, el funcionamiento de los órganos digestivos, la manera en que los riñones forman la orina, la circulación de la sangre, la actividad del cerebro, el metabolismo, los enzimas que trabajan afanosos dentro de las células, el calcio que se acumula en los huesos, los procesos para metabolizar la glucosa, y por supuesto, los mecanismos que constituyen la respuesta fisiológica llamada estrés, todo ello es consecuencia de millones de años de evolución biológica; es el resultado de este proceso complejo que permite el cambio y la diversificación de los organismos a través del tiempo.

La historia de los tres mil millones de años de evolución biológica está escrita en nuestros genes. Toda esta información se encuentra codificada en una molécula singular denominada ácido desoxirribonucleico (ADN), que contiene alrededor de tres mil millones de letras que se llaman nucleótidos. Todo este texto molecular sirve como un manual de instrucciones para construir un ser humano y regular su funcionamiento. Esta información está agrupada en unos treinta mil capítulos, o genes, cada uno de los cuales contiene la información completa para fabricar una determinada proteína.

Esta proteína puede ser una enzima que cataliza las reacciones bioquímicas, una hormona que regula los complicados procesos que nos hacen vivir y reproducirnos, un transportador que se encarga de llevar las diferentes sustancias de una parte a otra de las células o del organismo, un anticuerpo que nos defiende de cualquier amenaza o un receptor capaz de recoger la información que interesa para la supervivencia.

Cualquier función en nuestro organismo está controlada o sucede porque interviene una determinada proteína fabricada según los planos contenidos en un gen. Es decir, si a lo largo de la evolución de nuestra especie apareció una determinada característica morfológica o una nueva función, ello solo pudo haber ocurrido si previamente se hubiera introducido

en nuestro genoma la información necesaria para fabricar la proteína que permitía que tal función fuera posible. El genoma es como un libro al que se vá añadiendo continuamente párrafos, con una cadencia de miles de años. Ya que el propósito fundamental de los genes es almacenar la información acerca de las estructuras y de las funciones de cada ser vivo, cada nueva propiedad adquirida en el transcurso de la evolución requirió un nuevo gen (instrucciones) para codificar esa información. Los nuevos genes (mutaciones) que aparecieron fortuitamente en algún momento de nuestra evolución y que resultaron beneficiosos para el individuo y para la especie se fueron incorporando al genoma del siguiente ser en la escala evolutiva”.

2 TÉCNICA DE LOS DOS OBJETIVOS

2.1 PROPULSOR DE PREACONDICIONAMIENTO CONDUCTUAL - EMOCIONAL

Esta es una técnica de integración y focalización, en la cual se trabaja desde los cinco sentidos. Todas las noches antes de ir a descansar, debés anotar en papel dos objetivos para realizar y cumplir al otro día. No deben ser ni menos de dos objetivos, ni más que dos objetivos. Claramente deben ser objetivos posibles, alcanzables y realizables. En lo inmediato objetivos simples, ya que a nuestro cerebro no le interesa la magnitud de los objetivos, sino que los objetivos sean logrados, él solo tomará eso; el objetivo logrado y en caso contrario, el objetivo no logrado, lo que será no salutogénico para esta práctica. Al plasmar por escrito dos objetivos en un papel estamos comenzando a activar todos los sentidos en el mismo. El visual al observar lo que hago. El auditivo ya que el objetivo que me propongo puede generar recuerdo de sonidos o relacionarlos con alguno del momento. El kinestésico ya que desde lo motor al mover mi mano o alguna otra parte del cuerpo al escribirlos contacto con los mismos. El olfativo y gustativo, ya que al igual que con el auditivo, lo puedo relacionar a algún recuerdo, como así también o algún sabor o aroma del momento. Una vez seleccionados y redactados los dos objetivos, la única condición es realizarlos si o si, en algún momento del otro día. Nos retiraremos a descansar con los dos objetivos incorporados en nuestro cerebro, y este estará esperando al otro día para obtener la respuesta de; objetivos cumplidos. En caso de que esto no sucediera así, la información que recibirá será “objetivos no cumplidos”, lo que generará una sensación contraria a la buscada. También el hecho de cumplir uno solo de los dos objetivos elegidos generará la misma sensación. Al elegir realizar

esta técnica en apariencia tan simple pero de resultados de cambios tan potentes, nos estamos comprometiendo con procesos de cambios internos y conductuales muy fuertes, los cuales nos aportarán cambios muy significativos. Esta técnica debe ser aplicada diariamente y de manera ininterrumpida a lo largo de 90 días consecutivos, para que nuestra mente se impregne de este nuevo proceso de avanzar hacia diferentes objetivos de manera presente y concreta.

2.2 TÉCNICA DE FOCALIZACIÓN COGNITIVA E INTEGRACIÓN

- Diálogo empático integrativo sin utilizar las palabras “POR QUÉ”, como generador preventivo de integración de los sentidos, focalizando en el momento presente como beneficio ante la desestabilización por disociación en personas que atraviesan situaciones críticas.

Observo al día de hoy aún, que las palabras “por qué”, tanto en la formulación de preguntas como utilizadas en una conversación junto a cualquier tipo de víctimas o personas damnificadas por alguna situación crítica, tiende a la disociación, dado que las palabras “por qué”, no sólo brinda como resultado la interpretación (lo no concreto o real), sino también que; “El problema con los pensamientos es que la mente realiza aquello para lo que fue diseñada a través de la evolución; categorizar – predecir – explorar – comparar – preocuparse – juzgar - interpretar –. Brinda apreciaciones y valoraciones a modo defensivo, que mayoritariamente no tienen que ver con lo real, sino con el modo y proceso interpretativo al cual estamos acostumbrados a accionar en nuestro día a día, de acuerdo a la información que recibimos de nuestro cerebro. Recordemos que este proceso tan inadecuado actualmente, fue generado hace millones de años atrás, momento en el cual era utilizado como parte de la defensa dadas las contingencias de supervivencia de ese entonces; categorizar – predecir – explorar – comparar – preocuparse – juzgar - interpretar para sobrevivir. Pero en la actualidad tan inadecuado como sistema de respuesta y adaptación. Es por estas razones que con esta Técnica de Focalización, suprimiendo las palabras “¿Por qué?, y/o porque” tanto en el modo interrogativo como en el modo conversación, y reemplazándolas con “lenguaje cognitivo”, aún en sus diferentes formas de preguntas, obtendremos la posibilidad de comunicarnos de manera focalizada y presente proporcionándole a nuestro cerebro la posibilidad de que integre en lo real y concreto. La utilización de esta técnica como práctica diaria al hablar, y junto a diferentes tipos de víctimas y personas damnificadas por situaciones críticas y quienes trabajen junto a estas, ofrece la posibilidad de integrar los sentidos, tomar

contacto con los hechos de manera concreta y real, y focalizar en el momento presente, sin la tentativa de “tener que buscar” una respuesta, como acción automática defensiva. Ese inadecuado proceso que aún hoy ejecuta nuestro cerebro y nos genera tanto estrés, no solo a nivel orgánico – fisiológico y ambiental, sino también mental; “El hecho de recordar una y otra vez los sucesos estresantes, magnificándolos incluso, es una característica exclusiva de los seres humanos. El cerebro nos aporta ventajas extraordinarias de supervivencia, pero también es responsable de muchos problemas de salud aportados por el Estrés”.

Brindémosle la posibilidad a nuestro cerebro de que se ejercite y obtenga los beneficios junto a esta técnica.

- Lo defensivo : “...tendemos y consideramos nuestros pensamientos como si fueran una verdad inobjetable...y pueden tener efectos devastadores...”
- Lo integrador : “...mirar hacia el pensamiento en lugar de hacerlo desde el pensamiento...”

Lenguaje Cognitivo

¿Cómo utilizarlo?

Reemplazando el modo “¿Por qué?”, “¡Por qué!”, “...porque...”, “...por que...”; fonéticamente y en la escritura, al integrarlo en una conversación como introducción a la exclamación e interrogación y como causa, razón y/o motivo de; y sustituyendo a estos por el lenguaje cognitivo, también fonéticamente y por medio de la escritura : como interacción entre lo funcional y experiencial desde su relación con la realidad y el lenguaje, sucediendo esto dada la capacidad integradora en la cognición humana.

No establece el lenguaje una capacidad cognitiva autónoma, sino que este va a depender de otros medios de relación entre los cuales destacan los cognitivos de conceptualización, categorización, percepción, sensoexperienciales y su adecuación en la aprehensión, figura y símbolo de la realidad circundante como un fenómeno cognitivo y perceptivo integrado y relacional. El lenguaje cognitivo permite así la relación integrativa funcional en cuanto el lenguaje con la experiencia y el presente.

3 APLICAR EL LENGUAJE COGNITIVO

¿Cómo hacerlo?...de la siguiente manera: Al mantener una conversación o al escribir, reemplazando el modo “¿Por qué?”, “¡Por qué!”, “...porque...”, “...por que...” Y en su lugar utilizar el lenguaje cognitivo en sus siguientes modos... Modo interrogativo: ¿Cómo...?, ¿Quién...?, ¿Cuándo...?, ¿Dónde...?, y ¿Qué...? Modo conversación: ...Cómo..., ...Quién..., ...Cuándo..., ...Dónde..., y...Qué...

Referencias

Barrows, C. H., Kokkonen, G.C. (1982). Dietary restriction and life extension, biological mechanisms. In: Moment GB, (ed.) *Nutritional approaches to aging research* (pp. 219-43). CRC Press Inc.

Baskin, D. G., Blevin, J. E., Schwartz, M. W. (2001). How the brain regulates food intake and body weight: The role of leptin. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 14, 1417-1429.

Beglinger, C., Degen, I., Matzinger, D., D'Amato, M., Drewe, J. (2001). Loxiglumide, a CCK-A receptor antagonist, stimulates calorie intake and hunger feelings in humans. *Am J Physiol.* 280, 1149-1154.

Bettler, B., Kaupmann, K., Mosbacher, J., Gassmann, M. (2004). Molecular Structure and Physiological Functions of GABAB Receptors. *Physiol*, 84, 835-867.

Bollan, K., King, D., Robertson, L. et al. (2003). GABAA receptor composition is determined by distinct assembly signals within α and β subunits. *J Biol Chem.* 278(7), 4747-4755.

Brandt, K., Christensen, J. Hansen-Moller, S.L. Hansen, J. Haraldsdottir & L. Jespersen (2004) Trends Food Sci. *Technol.* 15, 384-93.

Brunello, N. & Ragacni, G. (1998). Rationale for the development of noradrenaline reuptake inhibitors. *Hum Psychopharmacol*, 13(supl 1), S13-S20.

Campillo Álvarez, J. E. (2012). *El mono estresado*. Crítica.

Dimri, G.P., Basile, G., Acosta, M., et al. (1995). A biomarker that identifies senescent human cells in culture and in ageing skin in vivo. *Proc Natl Acad Sci USA*, 92, 9362-7.

Hayes, S. C. (2013). *Get Out of Your Mind and Into Your Life*. ReadHowYouWant

Hall, J. E. & Guyton, A.C. (2006). *Textbook of Medical Physiology*. (11a edición). Elsevier.

Heilbronn, L. K., Ravussin, E. (2003). Calorie restriction and aging: review of the literature and implications for studies in humans. *Am J Clin Nutr.*, 73, 361-9.

Hilferty, et al. (2012). *Semántica cognitiva. Lingüística cognitiva*. Anthropos.

Kraft, A. D., Johnson, D. A., Johnson, J. A. (2004). Nuclear factor E2-related factor 2-dependent antioxidant response element activation by tertbutylhydroquinone and sulforaphane occurring preferentially in astrocytes conditions neurons against oxidative insult. *J Neuroscience*, 24, 1101- 12.

Maldonado, R. (2012). *La gramática cognitiva. Lingüística cognitiva*. Anthropos.

Mattson, M. P. & Cheng, A. (2006) Neurohormetic phytochemicals: Low-dose toxins that induce adaptive neuronal stress responses. *Trends Neurosci*. 29, 632-39.

Nakazato, M., Murakami, N., Date, Y., Kojima, M., Matsuo, H. (2001). A role for ghrelin in the central regulation of feeding. *Nature*, 409, 194-8.

Rang, H. P. (2003). *Pharmacology*. Churchill Livingstone.

Sahu, A. (2003). Leptin signaling in the hypothalamus: emphasis on energy homeostasis and leptin resistance. *Front Neuroendocrinol*, 24, 225-53.

Tanaka, M. et al. (2000). Noradrenaline systems in the hypothalamus, amygdala and locus coeruleus are involved in the provocation of anxiety: basic studies.

Verdich, C., Flint, A., Gutzwiller, J. P., Naslund, E., Beglinger, C., Hellstrom, P. M. (2001). A meta-analysis of the effect of glucagon-like peptide-1 (7-36) amide on ad libitum energy intake in humans. *J Clin Endocrinol Metab*, 86, 4382-9.



COMO LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN PRIMERA LINEA PUEDEN ENFRENTARSE AL DESGASTE PSICOLÓGICO QUE SUPONE LA CRISIS DE LA COVID-19

Natalia Lorenzo Ruiz
Madrid, España

1 INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO

Nos encontramos en medio de una pandemia mundial, donde los profesionales de primera línea (sanitarios, fuerzas y cuerpos de seguridad, bomberos, etc.) están siendo los medios más valiosos para afrontar esta crisis. ¿Qué importancia cobra la Psicología de Emergencias en este escenario?

La situación vivida durante estos últimos meses, en situación de pandemia a nivel mundial, suponía que, aunque los días se sucedían de una forma más o menos regular en lo que a situaciones de emergencias se refiere, sin embargo, no acabábamos de acostumbrarnos a una excepcionalidad que entendíamos como necesaria, pero ante la que nos costaba situarnos.

Atravesamos momentos de incertidumbre, duda, miedo, desazón, y mucha sobrecarga de trabajo... No son momentos fáciles para ninguno. No hay manual o protocolo de actuación escrito que valga, porque no hay precedentes de una situación como esta.

Pero desde la Psicología de Emergencias sabemos que los profesionales que intervienen en este tipo de situaciones críticas tienen que estar atendidos de forma adecuada aún en estas excepcionales circunstancias de alarma sanitaria. Lo necesitan y se lo merecen.

Todos debemos cuidar de nosotros mismos para poder seguir ayudando a los demás. No es una opción: es una obligación.

2 SITUACIONES MÁS COMUNES

En situaciones excepcionales es normal sentir emociones difíciles que puedan generarnos malestar psicológico.

Pero es necesario tener siempre presente que no existe una única manera de enfrentarse o reaccionar a estas experiencias.

Las personas pueden reaccionar de diferentes formas para soportar la situación. No existe un único modo universal de reaccionar. Si bien, lo más habitual es:

- Dificultad para concentrarse y tomar decisiones.
- Bloqueos (“mente en blanco”) y dificultad para retener información.
- Somatizaciones: cefaleas, contracturas musculares, problemas digestivos.
- Sentimientos que generan malestar: miedo, impotencia, inseguridad, irritabilidad, rabia, tristeza, culpa por “no poder hacer más”.
- Sensación de incredulidad.
- Deseo de evitar la situación crítica o, por el contrario, sobreimplicación.
- Pensamientos y conversaciones recurrentes sobre la situación dentro y fuera del ámbito laboral.

Los factores que generan vulnerabilidad en los profesionales pueden ser relacionados con la propia persona o con la situación.

En cuanto a los factores personales, desde la propia personalidad del profesional hasta la situación familiar que presenta puede influir en su malestar psicológico.

Recordemos que no sólo está expuesto a intervenir en una crisis mundial, sino que cuando llega a su casa se encuentra confinado como el resto de las personas. Esta doble vertiente hace que no siempre encuentre un lugar tranquilo en el que descansar y desconectar.

Por otro lado, tenemos los factores de la situación: desde la propia exposición al riesgo hasta los tiempos de trabajo. Tanto el contacto próximo con el peligro como la inseguridad, los turnos largos, las reacciones de otras personas, los medios de comunicación... todos estos factores pueden generar una gran frustración y una sensación de injusticia e incertidumbre.

3 REACCIONES NORMALES

Se trata de reacciones lógicas de supervivencia, reacciones completamente esperables y normales, pero que pueden hacer que la gente se sienta desbordada y con la sensación de haber perdido el control de sus vidas. Tan normal es derrumbarse emocionalmente como no hacerlo, tan normal es querer desahogarse como no querer hablar de ello.

Estas reacciones son el modo normal en que el organismo trata de enfrentarse a esta situación nueva y extraña, son reacciones adaptativas que intentan proteger al profesional y poner orden en este caos repentino.

Todas ellas son respuestas normales ante situaciones de este tipo. Pero igual de cierto es que hay respuestas o formas de afrontar esta crisis que, mantenidas en el tiempo, pueden desgastar nuestros propios recursos psíquicos y emocionales, y terminar dañándonos.

Aún no conocemos qué consecuencias psicopatológicas pueden derivar de esta crisis en concreto, pero por experiencias previas podemos suponer que nos encontraremos con Trastornos por Estrés Agudo, Trastornos por Estrés Post- Traumático, Ansiedad y Depresión.

3 PREVENIR

De cara a evitar estos problemas, o intentar paliarlos, se pueden llevar a cabo una serie de pautas para poder llevar mejor estas situaciones especiales. Por ejemplo, antes del turno de trabajo el profesional puede:

- Informarse sobre la situación y los cambios, pero teniendo en cuenta que la sobreinformación puede generar ansiedad.
- Cuidarse y cuidar su salud, ocio, familia, alimentación y sueño. Gestionar su tiempo. Monitorizar tu propio estado de salud tanto física como mental.
- Para ayudar a otros es necesario estar sano.
- No hablar todo el día de este tema y ocupar el resto del día con otras actividades. Planificar un horario de trabajo razonable para evitar el

agotamiento. ¡No olvidar los descansos! (tanto entre los distintos turnos como dentro del propio turno).

- Utilizar el humor, disminuye los efectos adversos del estrés.

También se pueden hacer cosas valiosas durante el desarrollo del trabajo, en emergencias o en las tareas excepcionales que se han tenido que desarrollar en apoyo a la ciudadanía. Es recomendable:

- Centrarse en sus funciones o tareas. Focalizar la atención en ellas (ayudará a no dejarse llevar por las emociones). Es normal tener pensamientos intrusivos.
- Anticipatorios, preocupaciones, ... pero hay que evitar engancharse a ellos.
- Parar y sentir los sentimientos, emociones, reacciones. Observar los pensamientos y valorar si se puede seguir trabajando correctamente o si se tiene que hacer un “parón” y descansar.
- Entre diferentes tareas estresantes, se debe hacer una pequeña pausa y, si se necesita, practicar algún ejercicio sencillo de respiración.
- Cuidar el compañerismo: Si se identifica en algún profesional alguna alteración, debemos acompañarle fuera de la situación, ayudarle o buscar ayuda. Reforzar las tareas difíciles o estresantes de los compañeros de forma adecuada.
- No sobre-implicarse. Trabajar con objetivos. Intentar mantener unas expectativas realistas.
- No presionarse ni exigirse más de lo que se pueda alcanzar.

4 REGRESAR A CASA

Una vez que se acaba de trabajar y se quita esa coraza emocional protectora tan necesaria para desempeñar nuestra labor es cuando pueden aparecer todas esas reacciones de las que hemos hablado de manera más intensificada.

Por ello, es necesario:

Facilitar el desahogo emocional. Dedicar un tiempo a expresar pensamientos, emociones y compartirlos. Normalizar reacciones y favorecer la recuperación.

- Buscar la compañía de otras personas y entornos con los que compartir otros temas.
- Cuidarse. Respetar los turnos de descanso y recuperar energía física y mental. Realizar las rutinas cotidianas. Gestionar y organizar el tiempo para poder hacer las actividades normales sin prisa. Intentar comer de forma saludable, hacer ejercicio y dormir suficientes horas. Planificar actividades gratificantes, ejercicio, relajación, pilates, yoga.... No automedicarse. Evitar o reducir al máximo el consumo de alcohol, nicotina y cafeína.
- Tomarse un descanso de la cobertura mediática de la COVID-19.
- Identificar qué estrategias han servido para afrontar y/o superar situaciones pasadas.
- Intentar reconocer y valorar qué cosas se han hecho bien a lo largo de cada día (tanto en el trabajo como fuera de él) y ser comprensivo con las propias limitaciones y la de los compañeros.
- Ser consciente de toda la ayuda que se ha prestado durante la jornada, evitando la culpa bloqueante, revisando las decisiones tomadas de manera constructiva. Es importante que no nos olvidemos que somos humanos. Por mucha formación que tengamos, por mucho entrenamiento.
- Experiencia, somos humanos y, por tanto, nos podemos ver afectados.
- Emocionalmente de la misma manera que el resto de las personas. Cuidar de nosotros mismos puede implicar pedir ayuda si se siente abrumado por la situación.

5 AYUDA PROFESIONAL

La mayoría de estas reacciones van a ser pasajeras y la mayoría de las personas irán superando la situación de modo que estas reacciones desaparecerán, el sufrimiento irá disminuyendo y sus vidas volverán a desarrollarse con normalidad.

Pero, en ocasiones, algunas personas necesitan ayuda para superar estas vivencias.

Ese puede ser el caso si después de varias semanas las reacciones no van disminuyendo y/o el profesional:

- Continúa con nervios, tensión y con ansiedad la mayor parte del tiempo.
- No puede hacerse cargo de las obligaciones cotidianas o del trabajo.
- Bebe demasiado o ha comenzado a consumir otras drogas.
- No se consigue dormir sin pastillas.
- Sufre sobresaltos.
- No puede dejar de pensar en el suceso.
- Continúa teniendo pesadillas relacionadas con lo que pasó.
- No puede controlar la aparición de imágenes en su cabeza sobre los hechos.
- Se siente aturdido, confundido.
- Le cuesta aceptar qué ha ocurrido.
- Se enfada continuamente con las personas de su entorno.
- Se encuentra triste y no disfruta de las actividades o compañías que antes le hacían disfrutar. No encuentra sentido a la vida y ha perdido la esperanza.
- Se comporta de forma muy distinta a como lo hacía antes.
- Su sufrimiento va en aumento.
- Se siente incapaz de sentir.
- Se siente culpable.
- Sus emociones de rabia, ira, impotencia, odio o rencor van en aumento.
- No puede hablar de lo ocurrido con las personas más cercanas.

En las situaciones diversas y complicadas que se dan en los trabajos de emergencias siempre, pero ahora más que nunca, lo importante somos las personas.

Es probable que esta situación que estamos viviendo se alargue algo más en el tiempo, o vuelva a repetirse con mayor o menor intensidad. No lo sabemos. Y probablemente tampoco lo sepan quienes en su momento deban de decidirlo. No perdamos el ánimo y el buen humor. Que estas situaciones no nos roben la alegría y la esperanza, a pesar de que atravesemos malos momentos. No caigamos en la tentación del desánimo y la apatía. Esto pasará. Es seguro. Pasará. Quizá más pronto de lo que pensamos, aunque no tan rápido como quisiéramos. Y ojalá que cuando pase, cuando quede atrás esta pesadilla, nos permita encontrarnos a nosotros mismos y a los demás de otra manera, cambiados, renovados interiormente, mejores personas, más humanos. Hay quien dice que esta crisis nos ayudará a caer en la cuenta y valorar como se debe lo que es lo realmente esencial en la vida.

Referencias

Lorenzo, N. (2020). Cómo enfrentarse al desgaste psicológico que supone la crisis de la COVID-19. *Emergencia 112 Magazine*, 32(2020), 32-36.



¿QUÉ ESPERAMOS LOS QUE ESPERAMOS?

Florencia Rosa Cafarelli
Buenos Aires, Argentina

*A Mabe, por su presencia y cobijo, un puerto donde encallar.
A todos aquellos que, a pesar del paso del tiempo, resisten en las trincheras.*

1 VIVIR EN CUARENTENA

Cuidar el detalle, respetar la construcción social, aconsejar con sabiduría, asistir con respeto, comprender las decisiones individuales y grupales es parte de lo que ofrecemos y mostramos. Primordialmente respetar a todos aquellos que vemos en esta espera una razón, un aporte, una esperanza al final del camino. ¿Qué esperamos los que esperamos, ante esta situación que estamos atravesando de la pandemia del Coronavirus COVID-19?

Palabras pobres en significado para tanto sacrificio y coraje, que nos atraviesa a todos. Cada uno desde el lugar y rol que ocupa, siempre con la convicción de que hay que seguir trabajando, ocupándose y respirando. Diversas serán las reacciones y sentimientos que iremos transitando y es importante comprender que éstas son normales ya que esta situación inesperada, ambigua y compleja nos lleva a replantearnos innumerables aspectos del plano interno y externo de nuestra vida. Intentar redimensionar esta pandemia y encontrar el sentido desde cualquier punto, es una utopía, pero no bajar los brazos es parte de la apuesta diaria. Reconocerse finito ante tanta inmensidad y poderío, sería el aprendizaje más grande que podríamos adquirir.

Esperar para continuar y para seguir viviendo. Esperamos los cambios de las estaciones y los cambios que vive la naturaleza, esperamos que maduren las frutas, esperamos que las orugas se conviertan en mariposas, esperamos que la enfermedad pase, esperamos que el dolor disminuya, esperamos aprender y graduarnos, esperamos irnos de vacaciones, esperamos que llegue el ascensor, esperamos que se caliente el agua para el café, esperamos la llegada del tren, esperamos nuestro cumpleaños, esperamos y seguimos esperando. Intentamos de mil maneras bajar la ansiedad de intentar agilizar estos momentos de espera, pero solo es un intento vago y una ilusión que creemos lograr. Definitivamente, hay que esperar y ¿qué hacemos con esto? ¿Qué podemos sacar de positivo cuando esto sucede?

Cada etapa es tan necesaria como la anterior y que sería de la mariposa, que sería del invierno sin el verano, que sería de la empatía sin el dolor, que sería de la muerte sin la vida. Respetar estos tiempos es tan necesario y responsable de nuestra parte, para que cada objeto, persona o situación, se prepare lo suficiente para cumplir con su tarea; para finalizar con éxito su paso por la vida. Esto me recuerda inexorablemente la espera de veinte años que transitó Penélope, aguardando al regreso del marido de la guerra. ¿Qué hubiera sido la historia que hoy conocemos, si Charles Darwin no hubiera publicado generosamente después de veinte años “El origen de las especies”? ¿Qué sería de nuestra memoria si Eugenia Unger con 13 años, la niña de pijamas a rayas que sobrevivió al Holocausto, no nos hubiera relatado parte de nuestra historia setenta años después?

Aquello donde el tiempo no se cumple, se pierde. El que espera, imagina lo que se viene. Porque lo que se viene es parte de lo construido individual y colectivamente, aquello socialmente instaurado por cada ser de este planeta. Somos, definitivamente, y nos merecemos lo que construimos.

Somos pura y absoluta ambigüedad. Estamos presentes y ausentes en cada momento de nuestra vida. Elegimos donde estar y no estar en el mismo instante. Al iniciarse la pandemia, estábamos inmersos en el desconcierto y cada uno de nosotros se aferró a lo conocido, a la cotidianeidad, a lo habitual, a la rutina. Era necesario aprender, aceptar, sacrificarse, moverse. Nos aterra encontrarnos “inmóviles”. La sensación de improductividad nos produce pavor. Sin embargo, aquellos que no han podido tomarse un descanso, añoran hacerlo y envidian a quienes si tuvimos la oportunidad de guardarnos. Para aquellos que hicimos y hacemos la cuarentena, quisiéramos poder volver al engranaje que nos da identidad. Sabemos que la inconformidad también forma parte de esta movida, pero nos reconocemos así, absolutamente disconformes.

Para esperar, es necesario reconocerse. Comprender el espacio personal, familiar, laboral y cultural que ha ido cambiando inevitablemente día a día.

Nada es como era hace unos instantes y aceptar esta mutación forma parte del crecimiento individual. Comprender nuestros propios límites nos habilita a elegir qué camino seguir, y no todos podemos darnos el lujo de hacer frente a nuestro destino, porque no todos conocemos hasta donde llegar sin arriesgar demasiado. Esperar es aceptarse sin condicionamiento ni culpa.

Esperar es dejar morir lo que debe mutar. Somos la especie que anticipa la muerte. Es la única espera que sabemos tiene su fin, la única, pero sin embargo podemos seguir

viviendo y evitamos cuestionarla. La vida corre a la muerte, la risa al llanto, la vacuna al virus, el calor al frío. Según la Real Academia Española (2021) la palabra “esperar” significa:

- “Tener esperanza de conseguir lo que se desea.
- Creer que ha de suceder algo, especialmente si es favorable.
- Permanecer en sitio adonde se cree que ha de ir alguien o en donde se presume que ha de ocurrir algo.
- No comenzar a actuar hasta que suceda algo.” (Real Academia Española, s.f., definición 1, 2, 3 y 4)

Porque esperar significa tener esperanza de que algo favorable pueda suceder. Esperar significa dar paso a que una cosa se transforme en otra mucho mejor. Esperar un abrazo o un beso apasionado, esperar que llegue una carta o un mail que nos informe esa noticia esperada, esperar conseguir ese puesto anhelado, esperar a que nos llamen para abordar y viajar a ese lugar de ensueño. Esperar es generar calor, generar deseo, generar escalofrío, generar proyectos. Esperar es proyectar. Esperar es dolor y alegría al mismo tiempo. Esperar es algo que estamos imaginando, pero con el tiempo con fuerza y deseo, es posible que se convierta en realidad. Esperar es arriesgarse por aquello en que creemos. Durante este tiempo y el que sigue, habrá sentimientos que no serán posibles evitar y que irán apareciendo sin tiempo y en todo momento. No hay un orden, pero tampoco uno desplaza a otro pudiendo convivir entre ellos. Por ejemplo, el miedo, ¿Seguimos temiéndole al virus, a enfermarnos, al dolor y al sufrimiento? Nos hemos preguntado. ¿A qué le tendremos miedo en un futuro?: A enfermarnos, a enfermar a nuestros seres queridos, a no tener recursos para enfrentar las consecuencias económicas, a perder la libertad, a morir. Al aburrimiento: ¿Ahora qué hago? Hice todo lo que debía. Mis responsabilidades en la casa, mis actividades de ocio y teletrabajo. No tengo nada más para hacer. ¡Me aburro! A la tristeza: me invaden sentimientos de tristeza por la situación en general. Si estoy solo o sola, es mucho más difícil. Estoy triste porque no puedo ver a mis contactos, amigos y pareja. A la soledad: por la falta de vinculación con otros. Por no poder relacionarme como estaba acostumbrada, acostumbrado. Por las actividades que ya no puedo hacer.

También pensamos qué sucedería si me pasa algo. Estoy sola o solo, quien se va a enterar y a ayudarme. Al encierro: me siento encerrado y agobiado. Los espacios me aprisionan. No puedo respirar. A la ansiedad: me encuentro viviendo conductas y no paro de pensar para huir de la realidad. cosas que siempre quise. Por otro lado, me siento frustrado

por todo lo que no voy a poder hacer. Puedo finalmente hacer lo que siempre quise, pero quiero que se termine pronto. Al enojo: por todo lo que está sucediendo, por las conductas irresponsables de otros. Por las medidas que se están tomando o no se han tomado. Me enojo por las injusticias que se están viviendo y por las que vendrán. A la ambivalencia: por un lado, me siento aliviado porque puedo estar en casa, descansar y hacer todo lo que siempre tengo pendiente; y por el otro, quiero que se termine y quiero volver a mi vida de antes. A la desorganización: debo reorganizarme nuevamente porque las estructuras han cambiado. Los contratos se deben modificar por otros, ya que la organización debe ser otra.

Todas estas sensaciones y sentimientos, como he mencionado, son normales y una vez que esta situación haya pasado, debemos reorganizarnos nuevamente. Si estos sentimientos persisten, significa que no hemos podido readaptarnos a la realidad y debemos buscar la causa. La causa por la cual siento esto no está más, por lo cual, lo que siento debería pasar.

Esperar es soltar. El ser humano tiene esa falsa sensación de control. De querer manejarlo todo, pero qué sucede cuando ese control se nos va de las manos. Creemos que, porque pactamos un horario, un lugar, cerramos un encuentro, le ponemos moño al regalo o firmamos un documento, estamos teniendo el verdadero control de la situación. Esperar es encuentro y despedida. Esperar es perder el control.

Primero y principalmente deberíamos reducir la hiperintención de control. ¿Qué es esto? Deberíamos tener una actitud de pasividad. Dejar que las cosas pasen como se presentan. No intentar detenerlas porque las cosas van a pasar igual. Por ejemplo: si quiero toser o estornudar, es agotador pensar en que podemos detener nuestro sistema fisiológico. Intentar detener esa reacción inevitable, autónoma del cuerpo, es imposible y agotadora. Pensemos en situaciones donde se nos haya acelerado el corazón, donde se eleva el ritmo cardiaco, traspiramos frío, se acelera el pulso, etc. Todas estas reacciones del cuerpo no podemos frenarlas, son involuntarias. La opción, en este caso, es empezar a pensar qué situaciones me llevan a ellas. De esta forma, las haremos presentes, las veremos y podremos trabajar sobre ellas.

Por tal motivo, les doy algunas recomendaciones que me sirvieron para transitar los momentos de cansancio, agobio y tensión:

- Ponerse metas realistas. Nos ayudará al reordenamiento emocional y al cerebro que es posible realizar metas y cumplirlas. Por ejemplo: quiero pintar una pared de mi casa, pero no dispongo de pintura ni dónde comprarla. Por lo consiguiente, me frustro. Vayamos a metas reales y posibles en estos tiempos tan complejos.
- Disponer de rutinas que nos ordenen, ya sea de ocio (actividades recreativas, lúdicas, artísticas etc.), de responsabilidad (teletrabajo, orden de la casa, etc.), de autocuidado (aseo, alimentación).
- Mantener las horas de sueño para ayudar al sistema inmunológico a reponerse de los momentos exigentes del día.
- Mantener el contacto con familiares y amigos utilizando la tecnología. Enviar una carta virtual, conectarme por teléfono, video llamada. Tener presente nuestra red de apoyo emocional, nos sostiene: Ser considerado con uno mismo y con los otros.
- Fomentar la paciencia, ya que estamos pasando más horas y más experiencias en casa que antes. Que las conductas sean adaptativas y flexibles. Estamos transitando una situación de por si compleja, como para agregar tensiones.

Si tenían ayuda profesional, mantener la terapia sea cual sea la modalidad.

1. Mantener los rituales y creencias.
2. No pausar el corazón. Dejarlo fluir.
3. Tener claridad en el aquí y ahora, toda la que sea posible.

En estos tiempos, seguramente hemos aprendido muchas cosas y también hemos perdido. A los duelos los debemos transitar, sea cual sea la perdida, porque son fuente de aprendizaje. Esperar también trae consigo dolor. Una frase que resume estos momentos dolorosos de pérdidas y abandonos es ¿Por qué duele? y, duele porque te amo y ahora que no te tengo, duelo.

Esperar es doler por lo que no tenemos. Esperar es seguir viviendo. Esperar es mantenerse cuerdo.

Referencias

Real Academia Española. (s.f.). Esperar. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 10 de mayo de 2021, de <https://dle.rae.es/esperar?m=form>



DE LOS RECONOCIMIENTOS AL INCUMPLIMIENTO DE NORMAS

El desgaste emocional del personal sanitario ante las nuevas olas del COVID-19 y la relajación del cumplimiento de normas de protección

Dr. Alfredo Guijarro Olivares

Altarejos, España

“Presiento que tras la noche vendrá la noche más larga, quiero que no me abandones, amor mío, al alba, al alba, al alba”.

“Al alba”. Luis Eduardo Aute.

Una pandemia no es algo que ocurra todos los días. Siendo cierto lo anteriormente expuesto, es necesario tener una previsión y unos planes de contingencia, que ayuden a paliar las consecuencias negativas de las posibles amenazas. Estos planes deben recoger una serie de aspectos, entre los que destacan por su importancia el material y el personal necesario para hacer frente a la situación. Así como las normas para protegerlos durante el desempeño de sus funciones, de los riesgos por exposición directa a dicha amenaza.

En esta ocasión me centrare en una serie de lecciones identificadas (problemas detectados), haciendo para cada una de ellas una propuesta, que intente hacer frente a los problemas detectados y minimice el impacto negativo en el personal interviniente. Durante esta pandemia se ha puesto el foco como principales luchadores contra este virus, fundamentalmente en los profesionales sanitarios; siendo cierta esta afirmación, no es menos cierto que hay otros muchos profesionales, que probablemente no han tenido la misma atención y sin embargo también son fundamentales a la hora de tener una resolución más efectiva y rápida de esta crisis.

En un segundo grupo identificable tenemos presentes a Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Fuerzas Armadas, Protección Civil, Personal de Limpieza, etc. Pero hay otros grupos que son más difíciles de identificar, pero igual de necesarios, como pueden ser repartidores, trabajadores del comercio de materias básicas, agricultores, ganaderos, transportistas y muchos más que seguro se me olvidan, pero que han hecho un gran esfuerzo personal, para minimizar los efectos negativos de esta situación.

Todos ellos han recibido o debieron recibir su aplauso y su reconocimiento, sin duda merecido y necesario para seguir luchando duro, exponiéndose a un posible contagio; con el objetivo de que nadie quede desasistido, olvidado o relegado.

Insisto aplauso más que merecido, pero que mejor aplauso que el cumplimiento de las normas dictadas para mitigar y reducir el contagio, que mejor aplauso que usar mascarillas adecuadas y de forma adecuada, que mejor aplauso que incrementar las medidas de higiene personal, que mejor aplauso que quedarnos en casa y salir solo lo estrictamente necesario, que mejor aplauso que participar en la vacunación y no negar lo evidente “que nos enfrentamos a una pandemia, algo que no sucedía desde 1918”, que mejor aplauso que esperar pacientemente nuestro turno para recibir las medidas personales de contención de la enfermedad. Cumpliendo lo anterior ellos se verían recompensados, reconocidos, entendidos y comprendidos; en su duro día a día contar la covid19.

Todo esto es obvio, pero seguimos sin verlo, ni tomarlo como realmente se merece, como un peligro real y tangible. Aun así, me voy a centrar más sobre los problemas del primer grupo de trabajadores: los sanitarios, aunque seguramente esta reflexión se puede hacer extensible al resto de luchadores contra el COVID-19.

La primera lección identificada (problema) al que se enfrentan estos profesionales, es la alta carga de trabajo; en esta ocasión, tercera ola, siendo el incremento de trabajo importante en sí mismo, hay otro aspecto que lo hace todavía más grave y alarmante: ya se han expuesto a una situación similar, al menos en dos olas de contagios previas; ya saben lo que se les viene encima; que se van a ver desbordados por los ingresos, que van a tener que volver a hacer triage para asignar ingresos y camas UCI, es decir van a tener que decidir quién vive y quién no, pues esto es en esencia lo que se decide al asignar una cama UCI, cuando hay varias personas que necesitan esa misma cama; que van a tener que doblar, pues ellos no son inmunes y terminan contagiándose también; teniendo que cubrir a compañeros contagiados o enfermos de otras patologías, pues siguen estando presentes otras enfermedades, amplificadas en algunas ocasiones por los efectos de esta pandemia; quemados anímicamente, como ocurrió en anteriores olas, de las que no han tenido tiempo de recuperarse y así un largo etcétera, entre el que hay que resaltar la incomprensión de un sector de la población, que se toma esto, cuando menos, como algo no muy grave, o como una invención de los “poderes ocultos”.

Pero insisto el desgaste es cada vez mayor, porque la situación lejos de doblarse y reconducirse, cada vez es más grave; por ejemplo con la aparición de nuevas cepas, con un índice de contagio mayor, de una mayor presencia y aparición de movimientos negacionistas,

que echan más leña al fuego; de los que no quieren plegarse a las normas y las transgreden continuamente, en un acto de egoísmo y sin razón supremo; de los que haciendo uso de su cargo público se saltan todas las prioridades y se vacunan antes que los propios sanitarios, que son los que están en primera línea; del mercadeo injusto de las farmacéuticas, haciendo caja, otro sector que está más pendiente de su cuenta de rendimiento, que de su labor social, estos sí que son poderes oscuros.

Además, ahora ya no hay aplausos, la sociedad también está dando signos de agotamiento social, “fatiga de pandemia”; que se está extendiendo y de forma más rápida que la propia pandemia, impulsada sin duda alguna por el panorama poco alentador y carente prácticamente de refuerzos positivos; sobre todo lleno de injusticias y desigualdades sociales.

En tiempos de normalidad los profesionales de sanidad en plantilla se ajustan a la baja, en algunos casos incluso se suprimieron o no se contrataron más profesionales de especialidades ahora necesarias, la especialización se tratará más adelante.

El ajuste siempre hacia mínimos, produce que cuando hay alguna causa excepcional, que necesita una mayor atención y un mayor número de profesionales dedicados a su resolución, no haya disponibles un número de profesionales necesarios y haya que suplirlos detrayendo personal de otros servicios o recargando de trabajo al escaso personal de ese servicio; los descansos se reducen o simplemente desaparecen, hay que doblar y en algunas ocasiones, el volver a casa se hace inviable, pernoctando o descansando en los propios centros o en hoteles habilitados a tal efecto.

La solución es clara más contratación, pero puede ocurrir que como se descuidó la formación de algunas especialidades, ahora no haya personal especializado en el mercado laboral; es una consecuencia de los recortes, los profesionales buscan su especialización en aquellas áreas que van a tener más salida laboral. Es la pescadilla que se muerde la cola.

Y esto nos lleva a un segundo punto problemático, el desempeñando de funciones por profesionales que no tienen la adecuada formación, pero sin duda alguna es lo mejor de lo que se dispone en ese momento. Como decía anteriormente, al descuidar las especialidades que no tienen un uso frecuente, o simplemente no son rentables económicamente, nos deja desprotegidos para momentos excepcionales, pero la propia excepcionalidad hace que estos recursos no se tengan en cuenta y los efectos sin duda alguna son catastróficos.

Es necesario invertir más en formación continuada, dando facilidades para que esta formación sea atractiva y se vea como un trampolín para la proyección profesional, no como una obligación laboral más. Partiendo de la implementación de una formación básica, como

podiera ser el protocolo de puesta del equipo EPI y como quitárselo con seguridad; algo básico que debe hacerse antes de la pandemia, no durante la misma pandemia, la previsión es esencial.

Hay que dar formación básica y refrescarla continuamente, pero también hay que formar equipos altamente cualificados, para que desarrollen sus funciones en situaciones excepcionales, y esto también hay que realizarlo antes de que ocurra un evento excepcional con gran peligrosidad; no durante la propia pandemia, con cursos monográficos de una o dos horas; que parece más un acto por cubrir el expediente, que realmente algo pensado buscando una utilidad real, practica y acorde con ese momento.

La carga y exigencia emocional en la realización de sus funciones, unido a factores singulares de los profesionales de la sanidad, como pueden ser el desempeño de la tarea y el desempeño rol, ente otros factores; hace que el sanitario, directamente no pida ayuda asistencial emocional o la difiera hasta que los efectos ya son incapacitantes. Aunque este aspecto no es excluyente de estos profesionales, ya que también se manifiesta en otros profesionales que trabajan en situaciones muy próximas al límite (policías, militares, bomberos, etc.).

Hay que ser conscientes de que todos tenemos un punto de ruptura psíquica y que este no es inamovible, sino que va fluctuando en función de la situación que rodea al profesional y su propia historia personal previa.

Al referirme al desempeño de la tarea, me refiero a que la propia tarea nos absorbe tanto cuando estamos inmersos en ella, que no somos consciente de percibir los signos, señales y síntomas de agotamiento, aquí habría que introducir la figura del coordinador de equipo, que debería estar atento a estos aspectos de su equipo para regular los tiempos de activación y de descanso; pero ocurre que este coordinador por la propia premura de tiempo y escasez de personal, probablemente esté haciendo la misma función que su equipo, desatendiendo las de control y coordinación. Como vemos los problemas, aunque se pueden compartimentar, al final están interrelacionados.

El desempeño de rol es otra barrera que nos hace aguantar más de lo que debiéramos y diferir o no pedir ayuda:

“Es para lo que me he estado preparando, lo que he estudiado, lo que me gusta; es por lo que me pagan, como me voy a quejare e ir al psicólogo, si me quejo es que no soy un buen profesional, que no valgo para esto”.

Este tipo de razonamiento y otros similares, impide muchas veces al profesional, acercarse a los servicios de salud laboral a pedir ayuda, cuando realmente lo necesita, en su

lugar sigue haciendo frente a situaciones límite, con una sobre carga emocional añadida. Insisto antes que profesionales somos personas y las personas, todas las personas, tienen un punto de ruptura psíquica, y además este punto es fluctuante. Por este motivo la atención psicológica para estos profesionales debe ser proactiva y no dejarlo a demanda del propio profesional, con un teléfono de ayuda expuesto en un tablón de anuncios. Este es uno de los puntos que fundamenta, que haya una especialidad en Psicología en Emergencias. Estamos hablando de reacciones normales en profesionales normales, ante situaciones excepcionales, que además se prolongan en el tiempo; no hay patología, pero sí una necesidad de prevención, para que no termine apareciendo una enfermedad o síndrome emocional, como por desgracia estamos viendo en las circunstancias actuales.

Estos profesionales viven además con otra carga, si cabe más sibilina, pero mucho más potente; el miedo al contagio, no solo por ellos, si no sobre todo por sus familias, porque sean ellos el vehículo transmisor de la enfermedad, el que lleve la muerte a su hogar. Esta es una carga emocional que mantiene en un estado de ambivalencia a los profesionales, que en algunas ocasiones les lleva a tomar medidas de autoconfinamiento, a pernoctar en hoteles próximos a su puesto de trabajo, que prestan este servicio a estos profesionales.

Esta circunstancia se añade a la paleta de estímulos negativos, el no poder estar con los suyos, probablemente cuando más los necesitan, cuando ellos necesitan un apoyo, una mirada de complicidad, una sonrisa, un comentario inocente de sus hijos, en definitiva, un lugar de refugio, lo que tradicionalmente se llama el descanso del guerrero, en lugar de todo esto y en estas circunstancias, el descanso se hace en un lugar anónimo y en la más estricta soledad.

Es una prioridad inexcusable, para la resolución de la pandemia, dotar de más material y más adecuado a las circunstancias a las que se van a enfrentar; de más pruebas diagnósticas, que, si es importante en general, es aún más importante para los profesionales que están interviniendo en la lucha contra esta pandemia. Además, estas pruebas tienen que tener una periodicidad establecida y un protocolo para hacerlas de forma excepcional cuando las circunstancias lo aconsejen.

No vale con hacer unas analíticas y olvidarse, ellos están continuamente en contacto con personas y material contaminado, les debemos, además de la gratitud por su labor, un mínimo de seguridad, para minimizar un posible foco de contagio, que seguramente con la carga emocional que conlleva reste eficacia a su labor.

No quiero extenderme más, pero hay un aspecto que también hay que tener en cuenta en estas circunstancias la utilización torticera y sin escrúpulos, con fines políticos o la

propia politización de los técnicos, de forma voluntaria o impuesta. Es un tema cuando menos escabroso y de difícil delimitación, salvo en casos manifiestamente claros; la labor de un técnico, en la rama que sea, dentro de una emergencia se debe circunscribir a su estatus técnico, sin entrar en necesidades o conveniencias políticas. La mayoría de las veces esta utilización es impuesta y sin conocimiento del propio técnico, pero hay en otros casos, que es buscada por el interesado, que después da el salto a la política, pero en esta transición ha dejado a su especialidad claramente en evidencia, al no ajustarse a criterios técnicos, si no a necesidad política. El daño ya está hecho y luego es difícil de reconducir.

Por este motivo los profesionales deben ceñirse únicamente a su función técnica y no entrar en conveniencias coyunturales, que luego pueden originar un problema mayor. Es necesaria la profesionalización de estos trabajadores y ceñirse escrupulosamente a su labor técnica; además si se hace así, luego seguramente les revierta un crédito mucho mayor cuando manifiesten su entrada en política. Sin embargo, si su labor se hubiera visto sesgada políticamente, siempre sería una rémora que le lastraría y acompañaría durante su carrera política.

“Aire aire

no hay perfume que valga si falta el aire aire aire...

de qué sirve que huela a jardines el viento si falta el aliento

que atrapa la flor...” “Aire, aire”. Luis Eduardo Aute.



EL ACOMPAÑANTE TERAPEUTICO EN EL ÁMBITO DE LA JUSTICIA

Reinventarnos en tiempos de COVID-19

Leticia Márquez

San Luis, Argentina

Teniendo en cuenta la manera de pensar el trabajo terapéutico y diseñar abordajes con un modelo interdisciplinario. Tuvimos que reinventarnos en este tiempo de pandemia, algo que no se tenía previsto que nos sucediera.

Mediante el decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 297/2020 el Poder Ejecutivo de la Nación Argentina, decretó el aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) para todo el territorio nacional que luego fue prorrogado por los Decretos Nro. 325/2020 y 355/2020 obligando a todas las personas a permanecer en sus residencias y estableciendo la prohibición de circular libremente, motivado por la declaración de coronavirus como una pandemia realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con fecha 11 de marzo de 2020, la Emergencia Sanitaria ampliada por decreto N° 260/20 y su modificatorio, y el avance epidemiológico del COVID-19.

Por su parte el poder Judicial de la Provincia de San Luis adhirió a lo dispuesto por el Poder Ejecutivo de la Nación mediante “PROTOCOLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE JUSTICIA

DURANTE LA PANDEMIA POR VIRUS COVID-19” en el Poder Judicial, aprobado por Acuerdo N° 247/2020 y demás ampliaciones por Protocolos Específicos (Acuerdos N° 277/2020, 284/2020, 285/2020 y 298/2020).

Por ello el accionar al que veníamos realizando debió modificarse. En el caso de las revinculaciones las entrevistas debieron llevarse a cabo de manera presencial en casos de extrema necesidad. Y cuando se pasó a fase 2 del aislamiento con permiso de circulación.

Las visitas se programaron vía virtual, es importante acatar que las medidas ordenadas por el gobierno nacional no se incurren en el delito establecido en la Ley N° 24270 que es el que se configura cuando un padre conviviente obstruye al otro o a sus familiares el contacto con el menor, ya que este contacto se realiza de modo excepcional y por el tiempo que dure el ASPO mediante medios electrónicos.

Se buscó nuevas formas de ejercer la responsabilidad parental haciendo uso de la tecnología y adaptándose al contexto social actual debiendo garantizar los progenitores que se encuentren al cuidado de los hijos al contacto con otro progenitor y/o familiar hasta el levantamiento de la cuarentena, de manera frecuente y a través de las redes sociales, llamados telefónicos vídeo llamadas y/o mensajería telefónica, en cumplimiento con los art. N° 652, y 654 del Código Civil y Comercial de la Nación, sin ser considerado esto como una vulneración de la responsabilidad parental.

Caso A

MADRE: Independiente: por una situación con drogas fue detenida a principio de marzo del 2020, 4 hijos, 2 de una relación anterior y 2 con el progenitor a quien se les fue entregado por esta situación especial.

PADRE: Comerciante: su actual esposa con antecedentes de neumonía con la cual tiene dos hijos más pequeños que J y A.

HIJOS: J de 12 años y A de 10 años.

Se realizó un primer encuentro presencial supervisado, los niños no veían a su madre desde hacía 5 meses, al verla se abrazaron a ella entre risas y llanto. La niña rogaba volver con su mamá, el niño se mostró más neutral, por lo que estaban dadas las condiciones para que se comenzara con el régimen comunicacional.

Luego del encuentro la Jueza decidió que debían realizarse vídeo llamadas por un lapso de 2 semanas y se me afectó para la supervisión de esos encuentros virtuales.

Las llamadas se realizaban de 19 a 20 h y yo llamaba después de las 20 h y los niños me comentaban lo que hablaban con su mamá.

Como así también hablaba con cada uno de los progenitores por posibles inconvenientes que surgieran en cada llamado.

Quiero destacar que las videollamadas y contacto telefónico con los progenitores no se limitaban a los horarios pre establecidos, de modo tal que las solicitudes de ambos se hacían llegar a la Jueza y actuamos como puente de comunicación.

Casos de abuso de menores

Se visitaron dos domicilios de niñas que habían sido víctimas de abuso una niña de 9 años abusada por su padrastro y otra niña de 12 años abusada por su progenitor. En ambos casos hubo que acercarse al domicilio, a fin de cumplir con el requerimiento judicial, teniendo en cuenta el Protocolo de Medidas de Prevención e Higiene del Poder Judicial de San Luis, en el marco de la pandemia de coronavirus (COVID-19), dispuesto por Acuerdo N° 211/2020.

Si bien se pudo ingresar al domicilio, una vez adentro se cumplió con el distanciamiento y con el uso de barbijo, en ambas ocasiones se dejó alcohol en gel y alcohol en aerosol.

Pudimos también verificar la visita del personal docente ya que no se contaba con computadoras para realizar las tareas escolares, sino con cartillas entregadas por los docentes.

Una vez realizada la entrevista en el domicilio, el seguimiento se realizó vía telefónica y a través de vídeo llamadas, lo que permitió acercarnos luego del develamiento de la denuncia y posterior entrevista en Cámara Gesell.

Casos de suicidios

En tiempos de pandemia también se nos afectó en dos oportunidades:

- **Primer caso:** un demorado en la Comisaría con ideas suicidas.

Llevando a cabo el mismo protocolo de actuación, nos acercamos a la comisaría donde no contaba con un lugar para encontrarme con el demorado, y que no se encontraba en buenas condiciones de higiene, celdas frías, oscuras y húmedas. Los detenidos comen si la familia les trae algo, al igual que los elementos de higiene.

El hecho de que alguien se acercara a preguntar cómo se sentía, se pudo reflexionar los hechos que lo habían llevado a estar en esa situación.

Fueron dos entrevistas, en la segunda se le acerco elementos de higiene y alcohol en gel.

En este caso M., había actuado por emoción violenta lo que fue considerado por el Sr. Juez, fue procesado pero dejado en libertad con tratamiento psicológico y psiquiátrico hasta el momento del juicio.

- **Segundo caso:** N., de 17 años tomó la decisión de quitarse la vida, lograron revivirlo y ahora se encontraba en el domicilio de su noviecita.

Nos encontramos en la puerta del domicilio, había sido visitado por la Lic. en trabajo social y no cooperó mucho con ella, sin embargo, ante mi llegada, salió a la puerta y accedió a conversar conmigo, contó porqué había tomado esa decisión, pudimos entablar un diálogo contenedor, que le permitió, al menos en esa oportunidad, entender que necesitaba ayuda profesional.

Se logró contactar la red familiar y se consiguió la admisión en salud mental para comenzar el tratamiento psicológico.

En estos casos es actuar con inmediatez, al estar todos los profesionales en estado de alerta ante casos como éstos, trabajar en red dispara acciones que en otros momentos los trámites burocráticos consiguen sólo acentuar el problema.

En el último caso el hecho de no poder acceder al contacto físico fue lo que más me costó controlar.

Referencias

Acuerdo 346/2016, de 18 de agosto para la Creación del Departamento de acompañamiento terapéutico. *Poder Judicial de la Provincia de San Luis*, de 18 de agosto de 2016.

<https://www.justiciasanluis.gov.ar/wp-content/uploads/Documentos/Administrativa/SinCategoria/ACUERDO/2016/08/18/ACUERDO-346-2016.pdf>

Acuerdo 361/2018, de 13 de junio para la aprobación del reglamento del departamento de acompañante terapéutico. *Poder Judicial de la Provincia de San Luis*, de 13 de junio de 2018.

<https://www.justiciasanluis.gov.ar/wp-content/uploads/Documentos/Administrativa/SinCategoria/ACUERDO/2018/06/13/Acuerdo-361.pdf>

Acuerdo 585/2020, de 10 de diciembre para las recomendaciones para Magistrados, Secretarios y Profesionales del Cuerpo Profesional Forense: observancia de las pautas de intervención pericial. *Poder Judicial de la Provincia de San Luis*, de 10 de diciembre de 2020.

<https://www.justiciasanluis.gov.ar/wp-content/uploads/Documentos/Administrativa/SinCategoria/ACUERDO/2020/12/10/Acuerdo-585.pdf>



PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EMOCIONALES (PAPE)

Red de contención y escucha en tiempos de coronavirus COVID-19

Leticia Márquez

San Luis, Argentina

En San Luis, cuando se dispuso el ASPO, para aquellas personas que venían desde el exterior de la provincia, debían pasar el aislamiento en las residencias de la facultad de la Universidad de La Punta (ULP) de la ciudad de La Punta.

Por lo que se me solicitó presentar un proyecto de contención telefónica. Así nació “Red de contención y escucha en tiempo de coronavirus COVID-19”.

Les resumo un poco de qué se trata.

Cuando hablamos de Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales, nos referimos a la ayuda e inmediata intervención que se les ofrece ante la urgencia a víctimas y personas afectadas, empleando diferentes estrategias para así ofrecer la mejor contención. Al verse superada en sus capacidades de resolución, la persona experimenta tal estado de tensión que la inhabilita en la búsqueda de posibles soluciones.

Si bien los protocolos provinciales, muchas veces no son fácilmente aceptados, son necesarios para controlar que esta pandemia no sature ni colapse el sistema de salud.

Como dije anteriormente es el caso de ciudadanos que deben volver a la provincia, que una vez ingresados deben guardar la cuarentena correspondiente para evitar la posible propagación del virus.

Las distintas fases del aislamiento provocan condiciones de extrema vulnerabilidad, es por ello que presentamos nuestro proyecto de contención emocional en este estado de emergencia. (<http://www.periodicojudicial.gov.ar>)

Este proyecto puede llevarse a cabo presencialmente, pero en este caso lo adapté al contacto telefónico fundamentalmente.

“Oír es percibir las vibraciones del sonido. Oír es pasivo. Escuchar es la capacidad de captar, atender e interpretar la totalidad del mensaje del interlocutor a través del comunicado verbal, el tono de la voz y el lenguaje corporal. Escuchar es deducir, comprender y dar sentido a lo que se oye”.

Objetivos generales

- Escuchar, apoyar y orientar a las personas que se encuentran aisladas en las residencias de la ULP

Objetivos específicos a ciudadanos

- Dar soporte y ayuda con inmediata
- Prevenir situaciones más complejas.
- Proponer estrategias para autocontrol.

Objetivos específicos al personal

- Promover en el personal profesional la capacitación, el autocuidado y el autoconocimiento de sus posibilidades emocionales/ psicológicas, mediante entrenamiento permanente.
- Introducir en los principales conceptos relacionados con las situaciones de crisis, y la identificación de las reacciones psicológicas, emocionales y corporales adaptativas propias del personal interviniente en ellas, así como el de las víctimas involucradas.
- Otorgar técnicas específicas e instrumentos teóricos prácticos que permitan la detección de emociones observables en el rostro, cuerpo y conductas de personas que no pueden expresar sus sentimientos verbalmente debido a lo disruptivo de la situación que viven.
- Proporcionar técnicas de contención vía telefónica.

Es por esto que las intervenciones que se realicen van a tender al restablecimiento del equilibrio emocional.

Ante estas situaciones los pape persiguieran los objetivos

- Brindar protección y seguridad, así como también aliviar inmediatamente, o a corto plazo, síntomas de estrés, previniendo de este modo la aparición de futuras reacciones.
- Dar apoyo a la persona en el mismo momento en que lo requiere, permite aliviar su desorganización emocional, ya que su ansiedad no permanecerá estática sino

muy por el contrario dada la tensión por la crisis se encontrará en constante cambio.

Visto este artículo es evidente que los Técnicos en Acompañamiento Terapéutico como agentes de la salud no estamos ajenos a participar, intervenir, colaborar e integrar equipos de emergencias como los comités de crisis, ante situaciones y amenazas en donde esté en juego la salud física y mental de una sociedad.

Comparto palabras del Lic. Esp. Diego Núñez (2020):

Los Acompañantes Terapéuticos son profesionales que más allá del conocimiento per sé adquirido a través de su profesión, poseen otro conocimiento práctico, que es la experiencia. Como el trabajar constantemente y de manera aguda con los cinco sentidos. Es por esto que nombro a los Acompañantes Terapéuticos como personas y profesionales de salud precisos para esta área. Veámoslo de esta manera:

En una situación crítica, sea cual fuera, los A.T. poseen todas las opciones para trabajar junto a una víctima, un grupo de víctimas, familiares y allegados de las víctimas, y lo que es más importante, brindar prevención primaria, secundaria y terciaria a los equipos que intervienen.

¿Cómo nos comunicamos?

La intervención telefónica el lenguaje y el paralenguaje

- El trato debe ser de “Usted”.
- Llamarlo por el nombre.
- Usar tono cordial, suave.
- Tiempo de habla mínimo.
- Hablar pausado.

Accionar y características del articulador y/o Comunicador

- ◆ Capacidad para practicar la escucha activa.
- ◆ No interrumpir.
- ◆ Evitar desvaríos.
- ◆ Respuestas concretas.
- ◆ Evitar juicios de valor.
- ◆ Evitar involucrarse en el conflicto personal.
- ◆ Demostrar interés.
- ◆ Amabilidad.
- ◆ Respeto.
- ◆ Tolerancia.
- ◆ Paciencia.
- ◆ Sugerir pautas.
- ◆ Informar.
- ◆ Demostrar confianza.
- ◆ Destacar fortalezas del interlocutor.

Identificar ante la escucha voluntaria e intencionada

- El mensaje, ¿qué dice?: Es la información.
- Los sentimientos, ¿qué siente?: Son sus emociones.
- Las necesidades, ¿qué quiere?: La función del Acompañante Terapéutico (proveer).
- Las preguntas pueden ser cerradas, focalizando un tema redirigiéndolos.

- Preguntas abiertas: desarrollar un tema – descomprimir.
- Dar entender que asumir, procesar y afrontar una situación como lo que está viviendo es lícito, es normal, y hacerle entender que tiene que darse el tiempo para internacionalizar todo esto a fin de ir recuperando el equilibrio.

Reacciones y estados emocionales

- Tristeza.
- Hostilidad: enfado por las consecuencias de la situación, estar encerrados/as.
- Miedo al contagio o preocupación por que otras personas se contagien.
- Ansiedad por la situación o preocupación por el trabajo, el futuro.
- Retraimiento o sentimientos de soledad.
- Culpa: por no haber evitado la situación actual.

Conclusión

El rasgo definitorio de esta profesión es la dimensión intersubjetiva en la que se juega una responsabilidad ética y un posicionamiento profesional, esto requiere que quienes la forman se decidan a ejercerla y trabajar en este espacio con una vocación asistencial altamente comprometida con el otro, como así también con el equipo al que se integran.

Junto a la vocación asistencial debe haber también madurez para compartir y planificar la tarea en un equipo multi o interdisciplinario y a la vez autonomía y sentido de la operatividad para asistir y acompañar al justiciable en un momento difícil, requiriendo decisiones rápidas, precisas y a veces, inesperadas.

Durante los acompañamientos se puede decir que prevaleció una importante transferencia poblada de afectos, límites y vivencias, que determinaban en gran medida un crecimiento y una riqueza en la interacción con el otro, sin perder la asimetría y la distancia operativa que el caso requería.

De esta forma se pudo entender y comprender conductas, actitudes y estados emocionales de ellos, así como también poner en práctica la reinención de técnicas y estrategias.

No me han faltado penas ni dificultades, tampoco alegrías, tristezas y satisfacciones, como suceden en todo acontecer humano, la terapia, el acompañamiento, la contención, la escucha en el abordaje en el ámbito judicial es ardua, difícil, compleja, pero también es apasionante y gratificante. Sin duda que hay momentos muy difíciles e impactantes, que no siempre son fáciles de superar, lo más duro es ver llorar a un niño, no es algo sencillo de observar personal ni profesionalmente, pero si es importante saber afrontar cada momento.

Por último, acompañar a quienes transitan situaciones complejas, especialmente en niños y adolescentes, en momentos como este, lo tomamos como un deber profesional y un privilegio como persona.

Referencias

Colegio Oficial de Psicología de Navarra (2020). *Atención psicológica telefónica COVID-19*. Recuperado de <http://www.colpsinavarra.org/sites/default/files/imagenes/atencion-psicologica-covid.pdf>



PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS Y APOYO PSICOLÓGICO A LOS BOMBEROS DE AMAPÁ EN LA CRISIS DE COVID-19

Alline Mayra da Silva Silva, Lúcia Maria Sena de Almeida y Sheila do Socorro dos Santos
Flexa

Amapá, Brasil

La existencia humana está impregnada de situaciones placenteras y tantas otras que causan dolor, disgusto y angustia. Cada ser humano lleva consigo dos pilares existenciales y subjetivos: vulnerabilidad y resiliencia, que les permite experimentar de forma muy personal cada una de las situaciones vividas de una manera menos o más intensa, según sus valores, sus creencias, experiencias pasadas, su contexto, su momento histórico, sociocultural y el fenómeno que se presenta, exigiendo a la persona que se enfrente a una confrontación, una nueva forma de (re) actuar y establecer nuevas estrategias para la crisis que se presenta.

Por lo tanto, las diversas crisis a las que se enfrenta el individuo a lo largo de su desarrollo lo invitan a reflexionar sobre el día a día constante que se presenta: vida, muerte, vulnerabilidad- resiliencia, dolor-sufrimiento, experiencia - (re)significado.

Costa (2014) advierte que, en esencia, el sufrimiento es inherente al ser humano, pero la forma de ponerse ante la situación, la lente y el peso que cada uno ofrece a la percepción de la realidad y sus adversidades descubren nuestras huellas existenciales únicas.

A pesar del sufrimiento que atraviesa el ser humano desde su nacimiento, lo que lo lanza a la angustia de la autopreservación y la dependencia esencial del otro para realizar funciones que sostengan esta supervivencia, no hay reglas o fórmulas básicas para reducir la comprensión y complejidad del fenómeno experimentado. Aunque la situación es democrática, la experiencia es individual, polisémica en matices, contextos, idiomas, sentidos, relaciones y estructuraciones.

Son las situaciones de descontento las que entran en conflicto con el bienestar bio psíquico humano. Son situaciones límite que desestabilizan al ser, a menudo dejando a la persona sin piso, como si estuviera suelto en el aire, en completa impotencia, ante un conflicto, de crisis. Y, por otro lado, también son estas situaciones que pueden permitir

ajustes creativos, nuevas formas de pensar, planificar y actuar para contener el sufrimiento o incluso transformarlo, como una forma de autopreservación y supervivencia de la especie.

Por naturaleza, el ser humano depende del otro, se hace sociable no sólo por vivir en la sociedad, sino porque es en la sociedad donde también se identifica como pertinente, como un sujeto constituido: la familia, núcleo de identidad funcional – de trabajo y legado a esta y a las próximas generaciones.

En este escenario, en diciembre de 2019 la ciudad de Wuhan en Hubei - China, acusó el primer brote de una nueva forma de coronavirus, SARS-CoV2 o COVID-19.

Debido a su alto potencial de contagio a través de gotas expulsadas por los infectados al hablar, toser o estornudar, el contacto con superficies contaminadas seguido del contacto directo con la boca, los ojos y/o la nariz o incluso, al mantenerse el virus suspendido en el aire, la rápida propagación del mismo no se contuvo extendiéndose dentro y fuera de China.

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la situación como Una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) y el 11 de marzo, después de los debates y pruebas estadísticas y sanitarias en todo el mundo, se declaró efectivamente la situación pandémica (Freitas, 2020).

Entonces, se estableció una nueva crisis, no individual, sino colectiva, de proporciones sociodemográficas incalculables y descaro ágil y devastador.

Lo desconocido aqueja a la humanidad y exige una nueva organización y mejora, ya que crea un colapso repentino de lo que entonces se consideraba un riesgo, la sensación ilusoria y autoprotección de seguridad y estabilidad sobre la vida.

En vista de este panorama, han surgido desafíos que afectan la rutina y la salud mental de las personas. Así, las directrices mundiales para el uso de máscaras, el distanciamiento social y la utilización de alcohol invadieron la vida cotidiana, causando en poco tiempo la necesidad de cambios de comportamiento en el espectro individual y colectivo, un giro inesperado que desorganizó la zona de confort de la humanidad misma.

La situación pandémica exigida en su revolución social de que cada uno se haga responsable y coparticipe en el cuidado de los demás: vuelve al principio de dependencia del otro para garantizar la propia supervivencia, al igual que la edad temprana.

Los mecanismos que conducen a esto ganan una nueva puesta: antes, el pecho de la madre, ahora la máscara orofacial. De la calidez y la mirada atenta entre madre-bebé, al distanciamiento que protege la conexión redescubierta en los puntos de visión que comunican, las corrientes tecnológicas para apoyar el dolor del luto, la unión de creencias y fe para atenuar el duelo, las ausencias tan presentes, los mecanismos de defensa en el

sufrimiento impregnado de los familiares y las relaciones de afecto de los más de 400 mil muertos, sólo en Brasil.

Así, los profesionales de la seguridad pública (Bomberos, Policía y Fuerzas Armadas) y sanidad (médicos, psicólogos, enfermeros, socorristas y otros), expuestos a un alto nivel de estrés, experimentan diariamente diferentes situaciones y la confrontación con la finitud humana al tener que lidiar con su propio sufrimiento ante situaciones impactantes. Ahora se encuentran inmersos en una vida cotidiana en la que asumen papeles ambiguos: la ayuda a los necesitados y el riesgo para la propia familia - la que ama, pero también es vulnerable a los riesgos de la vida que ahora cuidan llena de todas las propiedades emocionales, psíquicas, físicas y sociales que componen la vida, implicando inestabilidades e incertidumbres; dos categorías que no se detuvieron. Ellos/as no tenían la opción de "quedarse en casa", y hoy muestran signos de agotamiento necesitando apoyo biopsicosocial.

En este momento, cuando la pandemia de coronavirus se ha experimentado en todo el mundo durante más de 20 meses, el sufrimiento humano en Brasil crece a medida que aumenta la vulnerabilidad humana y los riesgos de contaminación se enfrentan a dificultades políticas, técnicas, económicas y sociales para hacer frente a las pérdidas diarias de conocidos, amigos, familiares o incluso alguien rescatado.

Dentro de la experiencia del Cuerpo Militar de Bomberos de Amapá, el Centro de Salud - compuesto por las siguientes categorías: Médico Dental, Fisioterapia, Enfermería, Servicio Social, Farmacia y Psicología - también fue desafiado a crear estrategias y adaptaciones para la continuidad de la atención ambulatoria a las fuerzas armadas y sus dependientes/beneficiarios.

Hoy en día, el Cuerpo Militar de Bomberos cuenta con un número de 1.570 miembros, entre activos y la reserva, todos ellos como público objetivo del Centro de Salud. Los miembros activos se distribuyen entre la capital Macapá, los municipios de Santana, Porto Grande, Laranjal do Jari, Vitória do Jari, Oiapoque, y otras unidades de la Federación que integran la Fuerza Nacional y están a disposición de cargos públicos de carácter militar o no.

Los frentes de los bomberos militares son múltiples: atención prehospitalaria, lucha contra incendios urbanos y forestales, búsqueda y rescate aéreo por tierra y agua, acciones de defensa civil, protección del patrimonio y fronteras.

Según el Oficio del Cuadro de Salud, se destaca la actuación del equipo de Psicología compuesto por 4 psicólogos a los efectos de este texto, 3 Militares y 1 Civil.

El profesional de Psicología, en este contexto: brinda apoyo psicológico al otro ante la crisis, comprendiendo y acompañando su dolor, habilitando espacios asistenciales a los cuidadores que actúan en todo momento en la prevención durante el fenómeno de crisis y en la posvención, estableciendo apoyo psicológico a los afectados. Por lo cual para ello también tiene que estar estable emocionalmente para afrontar estas situaciones de fuerte impacto.

En este escenario, se reinventó la Sección de Psicología ante el compromiso ético de prestar asistencia en situaciones de calamidad generando nuevas directrices sobre la prestación de servicios, normas sanitarias, bioseguridad y demanda urgente. Los profesionales se insertaron en el E-Psi del Consejo Federal de Psicología y desarrollaron un sistema de atención en la modalidad online que permanece activo hasta la actualidad.

La atención presencial anterior en un entorno tradicional del entorno terapéutico, se transformó al acceso remoto a través de un enlace para solicitar atención y contacto directo entre paciente y psicólogo, con un tiempo de respuesta de hasta 48 horas.

Además, los casos críticos siguieron con la atención presencial siguiendo todo el protocolo de seguridad, de modo que militares y dependientes tenían acceso continuo a servicios de atención psicológica, orientación y asesoramiento, evaluación de la salud, apoyo a la comunicación de malas noticias y muerte. También derivaciones a la red de atención multiprofesional dentro y fuera del Centro de Salud, principalmente al Sistema Unificado de Salud brasileño (SUS), universal, integral y gratuito.

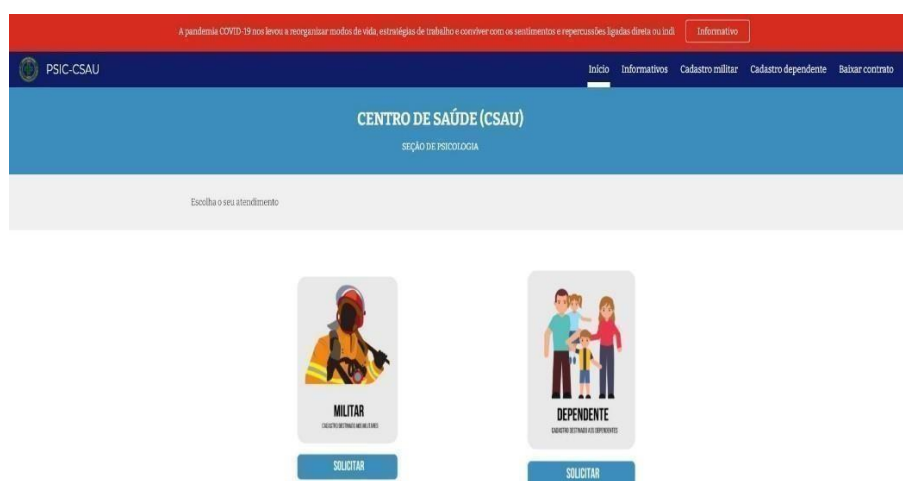


Imagen 1. Página Web Centro de Salud.

Las siguientes cifras muestran el diseño accesible y simplificado para registrar la solicitud de atención al personal militar y dependientes, así como el acceso a las condiciones contractuales de asistencia psicológica para adultos y menores.

Links úteis



Imagen 2. Links de utilidad.

El control y visibilidad del contenido de las solicitudes es el acceso exclusivo de los profesionales de la Sección de Psicología que añaden actividades privadas a la especialidad, más tareas administrativas. La atención también tiene una modalidad rotatoria ininterrumpida y semanal entre los profesionales.

Según Lopes & Barbosa (2020) ayudar a profesiones como los Bomberos donde su eje central tiene el propósito de salvaguardar vidas en situaciones de emergencia, utilizando una postura empática y compasiva que requiere un costoso gasto energético e inversión psíquica con importantes reverberaciones para la salud de los trabajadores. En este sentido, aunque los estudios en Calidad de Vida Profesional se han ido profundizando desde la década de 1990, la categoría bombero aún posee pocas relaciones entre variables como: actividad profesional y calidad de vida, satisfacción y fatiga compasiva.

El apoyo social en el trabajo son recursos materiales y psicológicos disponibles para los trabajadores a través de sus redes sociales dentro del entorno organizacional y están en línea sobre tres aspectos:

1) apoyo emocional; en los lazos afectivos establecidos con los compañeros de trabajo junto a rutinas de comunicación y sociabilidad con interés empático; 2) soporte informativo; a través del conocimiento de datos útiles para la resolución de problemas dentro y fuera del eje de trabajo; 3) apoyo instrumental; ayuda material o práctica, desde una base física o jurídica, que permitan el cese de las necesidades emergentes en el trabajo. Junto a esto analizamos la percepción de autoeficacia entendida como juicio personal sobre la

capacidad de planificar y ejecutar acciones para el correcto desempeño de la tarea, en este caso laboral (Lopes & Barbosa, 2020).

Chambel (2016) explica que para el Observatorio Europeo de Las Condiciones de Trabajo el concepto de salud y bienestar en el trabajo supera el espacio físico de la actividad laboral, elevando el mismo a un factor no sólo económico, sino de apoyo a la gestión de la vida personal y familiar, evaluado por factores como: niveles de autorrealización, bienestar físico y mental y motivación para la tarea.

En este sentido, lo que se identificó en esta encuesta es que el nuevo costo impuesto por la pandemia (alcohol, máscara y distanciamiento) brindó un nuevo nivel a las redes sociales, recursos tecnológicos, redes afectivas transfiguradas y apoyo laboral cara a cara. Se han desarrollado fuertes niveles de exigencias de sintomatología reactiva al estrés experimentado de manera continua – dentro y fuera de la vida - quejas ansiosas, labilidad del humor y miedo, entrelazado con el luto real y simbólico impactado por el distanciamiento , que contribuyó a una mayor sensación de impotencia y fragilidad además de la alteración de tradiciones y ritos tales como: funerales sin velatorio, despedidas cubiertas por ataúdes sellados generando dudas imaginarias a gran escala. En consecuencia, existe en este contexto el miedo a la infección y ahora también a la reinfección con nuevas variantes, la exposición continua y los riesgos para ellos y sus familias. El plan de inmunización para las fuerzas armadas está en curso, pero en cualquier caso los miembros de la familia todavía están esperando a que esta etapa avance.

Estos datos corroboran los señalados por Chen *et al.* , 2020 y Liu *et al.* 2020 *apud* Cruz *et al.* (2020, p. 01) que ya demostró que:

En el corto período de tiempo en el que la pandemia se expandió, hubo un aumento en la prevalencia de trastornos mentales comunes (CMD), especialmente fatiga y agresividad, estrés agudo, episodios de pánico, la manifestación de predictores de estrés postraumático (TEPT), depresión y ansiedad, y no sólo en profesionales sino en la población en general, asociándose esto con la exposición constante de noticias sobre la enfermedad en las redes sociales.

Si por un lado los variados recursos tecnológicos permitieron que el apoyo social, familiar y profesional fuera más cercano y accesible en su rápida velocidad y capacidad ilimitada para transmitir información, también hubo cantidades significativas de contenido falso, lo que contribuyó a inculcar sentimientos de miedo, inseguridad, histeria colectiva y refuerzo a las diversas repercusiones emocionales negativas de la pandemia, haciéndose eco en una mayor vulnerabilidad, pérdida de calidad de vida y desesperanza en parte de la población (Cruz *et al.*, 2020).

Los aspectos del trabajo hicieron reforzar el significado de dar rienda suelta a la condición limitada de la función más allá del estigma social del "héroe", observando vulnerabilidades y actuando sobre indicios de satisfacción y autorrealización. Así, distinguir planes saludables en la vida cotidiana interpersonal, fueron ejes de apoyo psicoemocional proporcionados a profesionales asistidos también como medidas preventivas de orientación y atención médica consigo mismos y otros, evidenciando el papel del bombero también como agente de contención de la pandemia y el apoyo al dolor proceso de duelo involucrados en diferentes facetas en este contexto (Jackson Filho *et al.*,2020).

El equilibrio que no se equilibra entre la falta de conciencia colectiva de los que todavía se agrupan (niegan la existencia y el poder letal del virus) y aquellos que preservan la atención y viven el bucle de perseguirse a sí mismos con números desoladores de infectados, muertes y monitoreo de personas que enfrentan largos, costosos y letárgicos procesos de rehabilitación.

En última instancia, la pandemia sigue su curso y las fuerzas de seguridad pública, profesionales de la salud, científicos y otros involucrados en actividades esenciales o relacionadas con la contención del COVID en Brasil y en el mundo, se centran en hacer esfuerzos para articular y adaptar estrategias que promuevan el bienestar, los sentimientos de esperanza, la seguridad y el rescate de la calidad de vida de la población. Sin embargo, este compromiso debe ser de todos en la percepción del riesgo y la conciencia de su papel en el mundo, junto a una mirada más allá del narcisismo y la inmediatez desenfrenada por placeres efímeros que en parte sustanciales también son desproporcionados y prescindibles frente a riesgos y exposiciones inconscientes.

Referencias

Chambel, M. J. (Org.) (2016). *Psicología da saúde ocupacional*. Pactor.

Costa, I. I. (Org.) (2014). *Sufrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade*. Editora Universidade de Brasília.

Cruz, R. M., Borges-Andrade, J. E., Moscon, D. C. B., Micheletto, M. R. D., Esteves, G. G. L., Delben, P. B., Queiroga, F. & Carlotto, P. A. C. (2020). COVID-19: emergência e impactos na saúde e no trabalho. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 20(2), I-III. DOI: <https://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.2.editorial>

Freitas, V.S. (2020). A saúde dos bombeiros militares no combate a COVID-19 no Brasil. *Pubsaúde*, 4, a083. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude4.a083>

Jackson Filho, J. M., Assunção, A. Á., Algranti, E., Garcia, E. G., Saito, C. A., Maeno, M. (2020).

A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369ED0000120>

Lopes, H. L. & Barbosa, S. C. (2020). Qualidade de Vida Profissional: o que mantém o bem-estar psíquico de bombeiros?. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 20(2), 1002-1010. <https://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.2.18277>



COVID-19 LA RESPUESTA A LA EMERGENCIA EN UN CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

Héctor Diego Medina

Buenos Aires, Argentina

En el mes de diciembre de 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue informada sobre la presencia de un número importante de casos de neumonía en la ciudad china de Wuhan y sus autoridades procedieron a su identificación señalando que la misma era una nueva cepa de Coronavirus. El mismo organismo la reconoció como pandemia el 11 de marzo de 2020. A partir de allí la historia del mundo cambió.

Con la típica mirada crítica, superadora, por demás optimista (rozando el ninguneo), sobre la situación que se estaba viviendo del otro lado del mundo, no reparábamos más que en bromas, memes y frases burlonas sobre lo que acontecía y nos parecía lejano. Desde la máxima autoridad nacional en materia de Salud y hasta el último Aspirante recién inscripto escuchamos opiniones poco agradadas respecto a lo que seguramente no iba a pasar. Y pasó. Se descartaron y minimizaron acciones de todo tipo, confiados absurdamente en que nada iba a pasar.

La República Argentina ha vivido pandemias provocadas por muchas enfermedades, y en sintonía varias de ellas con las mundiales que causaron estragos de diversa índole: Viruela, Tifus, Peste Bubónica, Cólera, Fiebre Amarilla, Poliomiélitis, diversas gripes, hasta llegaren el comienzo del siglo XXI con la presencia de la Gripe A o H1N1. Y la resultante es que poco, muy poco o nada se ha aprendido en lo general para la respuesta a la emergencia, pero tenga en cuenta el lector que esta mirada corresponde a la de un Servidor Público y no al de un Profesional de la Salud, y por ello remito la observación referirme a la realidad que hemos vivido como respondedores de emergencias.

El efecto de acción y reacción en los niveles que hacen a la respuesta de los Bomberos Voluntarios fue tardío. No busco culpables, todo lo contrario, todos nosotros como integrantes de una sociedad no teníamos ni consideramos posibilidad de sufrir la pandemia tal cual como nos golpeó. Desde ahí a llegar al corazón del desempeño para la respuesta a la Emergencia dentro del marco de una pandemia nos puso en un constante cúmulo de análisis y comparaciones entre entidades del mismo fin en todo nuestro país,

países vecinos, y hasta sobre aquellos que, si bien nos superan en equipamiento, desarrollo y análisis de gestión de riesgos, desarrollan funciones en el viejo continente. Pero eso no alcanzaba para tener una somera idea de cómo continuar.

Resulta importante que le relate al lector como es la vida cotidiana del Bombero Voluntario en la República Argentina. Los Cuerpos de Bomberos se encuentran compuestos por mujeres y hombres que, luego de sus actividades laborales, de estudio e inclusive de aquellas familiares, asisten al Cuartel para cumplir con su Servicio. Este servicio involucra: Capacitarse en un lapso no menor a dos horas semanales, cumplimentar Guardias con permanencia en el cuartel (esto es relativo a cada cuartel) estimadas de seis a ocho horas y el resto de actividades que tengan asignadas en lo que hace al mantenimiento general del mismo. A todo esto, se le debe sumar el tiempo promedio por respuesta a cualquier emergencia que, aun siendo la de una Falsa Alarma o Falso aviso, insume no menos de treinta minutos desde su despacho hasta su retorno. El rango etario resulta un factor determinante en la capacidad de tiempo en la prestación de servicio, entre los 18 y 25 años los jóvenes Bomberos tienen mayor posibilidad de cumplimiento que aquellos entre los 25 años en adelante por la carga laboral, constitución familiar y demás. Sin embargo, nada bueno puede resultar de la mayor vocación de servicio si mínimamente no se encuentra organizada y disciplinada para la respuesta a la emergencia o para el mantenimiento diario de una infraestructura humana y material tan grande e importante.

Pero en definitiva a los Bomberos nos gusta salir a las emergencias, nos gusta ser libres, sentir el viento en la cara, disfrutar la sirena que nos ensordece, ser eficientes y eficaces. El COVID-19 no solo iba a complicar esta cuestión, sino que además iba a complicar otras cuestiones que hacen a lo personal como integrantes de una sociedad, como profesionales, como trabajadoras y trabajadores y como estudiantes. Empezamos a apreciar que todo se iba complicando.

El COVID-19 comenzaba a afectar al mundo, no solo con la muerte o el padecimiento de la enfermedad, también lo hacía con nuestros intereses dentro de la sociedad ya sean económicos, políticos, religiosos, de diversa índole. Nos afectó como consumidores, protagonistas, espectadores, emprendedores, deudos y finalmente como Servidores Públicos.

Elaborar un plan a partir del primer registro oficial de una persona infectada con COVID en nuestro país, a principios del mes de marzo de 2020, y dentro de la Institución no fue sencillo. Primero debimos procesar el caudal informativo de diversas fuentes que explicaban desde la composición del virus hasta las primeras medidas para evitar un contagio. A todo ello le debimos sumar la inmediata demanda de material de protección biológica tales

como guantes, barbijos, ropa de protección, antiparras. Comenzaban a aparecer los esbozos de algunas de las entidades que nuclean a los cuerpos de Bomberos respecto a ciertas medidas, pero no había un panorama claro de desenvolvimiento. Empezamos a considerar todos los aspectos que hacen al desempeño global dentro del Cuerpo de Bomberos con el equipamiento y con el Servicio. Evaluamos la continuidad de las guardias de prevención con permanencia en la Institución, los protocolos de ingreso, de egreso, de higiene, de mantenimiento, la mirada estaba enfocada a determinar cómo nos íbamos a desenvolver dentro de la Institución, cómo íbamos a responder a cada tipo de emergencia. Establecimos lugares de descontaminación, de equipamiento, el número de integrantes de las distintas dotaciones. La escala de consideraciones para las cuestiones de minimización de riesgos iba creciendo muy rápido.

El 8 de marzo de 2020 se registró la primera muerte producto de la enfermedad en nuestro país. El tiempo apremiaba. Comenzaban los rumores de la imposición de una cuarentena, término duro, como todo aquello que consideramos duro los argentinos cuando debemos responder a un ordenamiento, de acuerdo a la historia igual de turbia. El control y la disciplina no es lo que nos destaca como sociedad. Debemos reconocerlo, nos estaba costando llevar adelante un orden para estar preparados ante la emergencia. Estábamos apasionados en la resolución inmediata para un problema dinámico que excedió la capacidad de respuesta de países con mejor oportunidad y capacidad de respuesta, previsores, innovadores, desarrolladores de planes, analistas, observadores. Hay un dicho popular que reza “lo atamos con alambre”. Es casi una oración, de la religión de la improvisación a la que se suele hacer mucho culto en nuestro país. El avance del COVID-19 iba disponiendo del ingenio y de la velocidad para resolver muchas circunstancias en corto tiempo.

Aquí vuelvo a recordarle al lector que el Bombero Voluntario utiliza el tiempo disponible para cumplir con su servicio con todo lo que ello implica. Este es un punto fundamental en el relato y en la composición final de la organización para afrontar el avance de la pandemia. ¿Cómo se puede explicar que un Servidor Público, con obligaciones laborales (y los riesgos que la pandemia traía), con las obligaciones familiares y las de cualquier otro contexto tenga la mente despejada y dispuesta a trabajar contra reloj para formalizar un instrumento que abarque la respuesta a la emergencia? Fue dable observar como todo el personal en distinto grado jerárquico buscaba información, intentaba transmitirla con la convicción de la fuente, la viralizaba, esperaba respuesta, formaba discusiones, se manifestaba descontento si no era escuchado, si no se le respondía, se manifestaba en oposición a lo que se pudiese resolver porque su parecer su resolución era la más apropiada.

Todos querían dirigir, orientar y llegamos al dictamen del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (para que la palabra cuarentena no tenga un efecto de mala recepción en la población).

Finalmente ocurrió el orden y los aspectos más importantes tuvieron que resolverse para el cumplimiento habitual, para la respuesta a la emergencia, para las comunicaciones y allí se observaron dos cuestiones que hacen al integrante de un cuerpo en su condición de persona. Primero: tuvimos que considerar que varios integrantes no tenían un ingreso económico habitual, que tenían trabajos temporales, que aquellos que tenían trabajo efectivo iban a sufrir un descenso de actividad y por ende de haberes. Segundo: por primera vez en años la asistencia a lo que consideramos nuestro segundo hogar iba a estar restringida, la asistencia a las intervenciones igual y además condicionada de sobremanera sobre la jerarquía operativa que reinaba al responder a una emergencia porque el Servicio de Asistencia Médica tenía prioridad por sobre el Servicio de Bomberos, excepto en las cuestiones de Incendio y otras emergencias que por su naturaleza son de competencia propia de nuestro Servicio.

Tuvimos una mirada muy particular sobre el Recurso Humano, nos estábamos viendo atados de pies y manos. Tuvimos que adaptarnos.

Pero volvimos a primar al Servicio: La asistencia al cuartel se encontraba vedada, salvo por cuestiones de emergencia. Las guardias con permanencia a pernoctar se suspendieron en la permanencia y el personal asistió únicamente al control de funcionamiento de unidades, materiales y equipos, a su puesta marcha y controles propios de la maquinaria. Las actividades administrativas se hallaban suspendidas. En el caso de tener que concurrir al cuartel no se podía superar el cupo de ocho personas cumpliendo distanciamiento social y la presencia debía estar estrictamente justificada y con conocimiento del Oficial de Servicio. Se tomaron las medidas preventivas de higiene al ingreso al Cuartel. Si se realizaba una convocatoria con Alarma Externa la primera unidad que arribaba al lugar al brindar un panorama de lo ocurrido inmediatamente debía indicar que se libere al personal que se hallaba en espera para que se retire a su domicilio a excepción que fuera necesaria otra dotación. Fueron suspendidas las capacitaciones y se modificaron las comunicaciones. Se dispuso el conteo de personal en distintas franjas horarias para determinar a quién convocar en caso de aquellas situaciones que sin ser urgencia o emergencia se pudieran responder con una dotación mínima.

En esa necesidad de responder a la emergencia también se trató de repartir el tan ansiado botín de volver a subir a una unidad. Pocos días pasados del aislamiento generaron

la simpatía del ocio, pero luego la cuestión fue opuesta y supimos que el personal tenía la necesidad de acudir al cuartel, aunque mas no sea a barrer. No se pudo.

En el análisis estratégico de la operatividad del Cuartel, y producto de la cuarentena, las estadísticas de intervenciones descendieron drásticamente, en todas las intervenciones habituales que atiende el cuartel al que pertenezco, Incendios Estructurales, Colisiones de vehículos, Auxilios de personas y prevenciones de diversa índole. Eso implicó que se tuvieran que modificar los protocolos de recepción y despacho de emergencias. El Cuartelero o telefonista comenzó a tener un papel más preponderante en este aspecto porque la normalidad o el día a día no pone en evidencia los errores habituales, resultan imperceptibles, pero estar expuestos a una constante y tensa calma podría provocar el desgano y la falta de atención a las labores fundamentales como primer respondedor en la emergencia. Tuvimos que articular un nuevo sistema de comunicaciones aprovechando todos los recursos disponibles. Se fue configurando una nueva modalidad de Servicio aquella destinada a: soportar la reducción de intervenciones de manera drástica, reducir la asistencia del Cuerpo de Bomberos al Cuartel y a las actividades esenciales tales como la Capacitación, el mantenimiento de Recursos Materiales, el mantenimiento edilicio y las cuestiones administrativas.

Cuando tenemos arraigado el concepto de Servicio, cuando la gimnasia del día a día es ir al cuartel y esperar el sonido de una Alarma, cuando la camaradería diaria se ve coartada por un evento inesperado, uno puede permanecer en suspenso no más de dos o tres días. La pandemia detuvo la marcha de todo lo que implica para cada Bombero Voluntario disfrutar del Ser como tal. La pandemia fuera del Orden Disciplinario dijo hasta acá y esto es lo que vas a hacer y en poco tiempo nos transformó en leones enjaulados. De la libertad de acudir a una convocatoria con una Alarma Aérea pasamos a depender a ser convocados pura y exclusivamente a un reducido grupo de mujeres y hombres deseando que fuera nuestro número de Legajo (con el que nos identificamos radialmente) y así poder descargar tensiones. Ha ocurrido que muchas veces convocaban con más regularidad a unos que a otros y teníamos que observar y hacer observar esa cuestión al personal de operadores que alternaran al personal, que no se reiteraran las convocatorias. Necesitábamos ser seres sociales como Bomberos, con nuestros pares, con nuestros cofrades, camaradas, compañeros, la definición que prefiera. Necesitábamos ser Bomberos y la pandemia poco permitió.

En el plano de la conducción del Cuerpo fue necesario ampliar la mirada comprendiendo lo que otras Instituciones afines o no comenzaron a considerar: que el

Recurso Humano cambie, aunque mas no sea en un diez por ciento el modo de pensar en el Servicio y eso implicó que por diversos mensajes le recordemos al personal debían cuidarse, cuidar a sus familias y así poder estar listos si era necesaria su presencia. Parece redundante lo mencionado pero la Institución a la que pertenezco integra una región conformada por doce cuarteles y en todos se empezaron a registrar licencias médicas por haber contraído COVID-19. En muchos otros, de distintos lugares de la provincia, se registraron contagios masivos y así el servicio, aún con pocas intervenciones, presentaba un alto grado de deficiencia.

La Dirección de Defensa Civil de la Provincia de Buenos Aires, por medio del Cuerpo de Bomberos de la Policía de la provincia llevó a cabo una reunión significativa respecto a la metodología de respuesta a las intervenciones que impliquen un riesgo de exposición al COVID-19, y cuando esperábamos recomendaciones técnicas innovadoras el mensaje puntual fue: Hay que cuidar al personal, calculando el peor escenario, cuidar al personal porque si ellos no se cuidan no se puede prestar el servicio. El concepto fue concreto, cerrado y verticalista, no influyó en nada el tono con el que fue emitido dado que con ese sistema nos organizamos, pero el mensaje fue claro para el cuidado del Recurso Humano, tener especial consideración con el personal. Claramente se tuvo que ampliar la visión sobre el día a día y lo que impedía en el Cuerpo de Bomberos la pandemia, mantenerlos activos y alertas para la situación que se presente, pero también ayudarlos a comprender la situación y a considerar las ideas que proponían, no todas eran viables porque la pasión supera a la razón y también era necesario explicar en detalle sin tener que pasar a ser de Superior a Subalterno, pero sí de camarada a camarada. Sin mentir, sin disuadir porque la realidad exponía claramente lo que se podía o no se podía llevar adelante y resultaba necesario que cada integrante del Cuerpo supiera que estábamos a la par. Que estábamos viviendo lo mismo, las mismas incertidumbres, pero eso no podía impedir que desarrolláramos nuevas formas para estar atentos al momento que algún vecino nos necesitara. Y Creo que lo fueron descubriendo en razón de los cambios, al notar por medios masivos de comunicación que muchas personas debieron adaptarse al trabajo Home Office, por ejemplo, o al cambio de modalidad de atención al público, ahí observé que comprendieron que esta nueva realidad implicaba cambios drásticos y que no arriesgaban su condición de servidor Público.

Con el correr del tiempo, de la pandemia y de las medidas que implicaban el levantamiento de restricciones entraron a jugar dentro de las consideraciones todo aquello en lo que tendríamos que innovar al volver a lo que consideramos una vida normal. Todo

ello formaba un proceso lento de transformación y aceptación. Ya habíamos ayudado a comprender las circunstancias y consecuencias sobre nuestra particular vida de servicio, pero todo no concluía allí. Parecía que volveríamos al cauce habitual pero los efectos de la primera ola nos obligaron a reestructurar los parámetros de conducta y hábitos, seguíamos aprendiendo a caminar, pero en otro terreno.

Hoy estoy convencido luego de haber recibido los conocimientos, justamente en tiempo de pandemia, que los respondedores en todas las áreas de emergencias han pasado por todos los niveles de víctimas en lo que respecta a los Primeros Auxilios Psicológicos y emocionales. En mayor o en menor proporción todos hemos pasado por las clasificaciones que hoy consideran los profesionales de la salud emocional. Todos hemos tenido un camarada que ha padecido la enfermedad, o que la sufrió personalmente con todos sus síntomas o complicaciones que sumaba a patologías preexistentes; hemos escuchado la preocupación de aquellos con quienes convive; quizás lo hemos derivado, trasladado o estuvimos encargados en algún seguimiento virtual de su situación; hemos colaborado con otras personas aun sin conocerlas; fuimos espectadores de un sinnúmero de situaciones adversas en lo cotidiano. ¿Cómo procesamos tanta información, tanta imagen desgarradora, tanta incertidumbre, tanto aspecto negativo? ¿Cómo transformamos tanta situación adversa en respuesta positiva? Desde la ignorancia total en esta materia podría simplificar la respuesta “somos así, Bomberos Voluntarios, hay que salir adelante y ayudar” parece tosco, cerrado, básico, poco ordenado; quizás lo primero que aprendimos como Aspirantes es que si queríamos pertenecer teníamos que tener muy en claro que nadie nos llamó, nadie nos obligó, que la elección tiene costos, y que había que hacer de todo. Consignas básicas y verticalistas. Pero no esperábamos una pandemia.

Seguramente este evento confirma en los Servicios de respuesta a la Emergencia que los respondedores deben encontrarse preparados ética, emocional, intelectual y físicamente aptos para llevar su misión con éxito. Que no alcanzan los cursos reiterados y los métodos para responder si no hay un trabajo previo respecto a nuestras capacidades emocionales para afrontar situaciones inesperadas. Y siguiendo una misma línea de consideraciones: asumir el cambio en el comportamiento social del ser humano. La pandemia sigue evidenciando los extremos de lo peor o lo mejor en nuestro comportamiento y el Bombero Voluntario no ha sido ajeno a ello.

Finalmente quería referirme a esta nueva etapa a la que se denomina segunda ola, y es en base a la experiencia, a las consideraciones sobre aquello en lo que se puede mejorar, en lo que podemos poner a funcionar sobre otros aspectos que no lo han hecho. A visualizar

en el seno de cada Cuerpo que debemos reconstruirnos en todos los planos que hacen a la prestación del Servicio y fundamentalmente, a aquel que corresponde al Recurso Humano, teniendo una mirada más amplia que no caiga en la sobreprotección, pero si en la contención, en la empatía, en la verdadera cofradía sin perder de vista la organización, la disciplina y el objeto de nuestra misión como Bomberos Voluntarios. Todo ello, sin dudas, camino a la profesionalización sobre el Concepto del Bombero Voluntario y a sortear esta adversidad con la misma pasión que lo han hecho tantos antes que nosotros, pero con la mirada puesta en la superación y en el cuidado de mujeres y hombres que integran los servicios de Respuesta a las Emergencias.



UN BOMBERO CUENTA

Carlos Alberto Cardona Ruiz

Medellín, Colombia

¿Cómo vivimos la pandemia en un cuartel de bomberos?

Si bien se tenía conocimiento de que en otros países se escuchaba sobre una enfermedad que estaba afectando la sociedad en general, no imaginábamos en ningún momento que dicha enfermedad tan conocida en la actualidad alcanzaría un nivel tan crítico a nivel mundial, sorpresiva fue nuestra reacción al enterarnos de que a través de los medios locales de comunicación se mencionaba “Llega un pandemia”, nosotros, el personal que trabajamos en los cuarteles de bomberos al igual que muchas personas más, pensábamos que dicha pandemia no llegaría a nuestras ciudades. En el momento en el que la pandemia llegó a nuestra ciudad, ningún miembro de nuestro personal creía realmente que esto estuviera pasando, nos negábamos rotundamente a creer que algo tan increíblemente grave como una pandemia estuviera ocurriendo, no obstante en el momento en el que nos dimos cuenta de que la situación era real, comenzamos a sentir temor, ya que nuestros compañeros comenzaron a presentar síntomas y varios fueron incapacitados, el estrés de estar en todo momento con un tapabocas, dejar de lado las costumbres de saludar de mano a la comunidad y a los mismos compañeros, todas estas nuevas situación inmersas en nuestro contexto, crearon grandes afectaciones a nivel psicológica en nosotros, pues ya para nosotros salir a las calles a atender una emergencia no era como antes, algunos de nuestro personal sentían miedo, sentían angustia, un dolor inmenso al ver las calles completamente vacías, sin las personas que normalmente salían a hacer sus actividades cotidianas.

En el instante en el que fallece el primer bombero en el país, para nosotros significo un choque emocional increíble, no queríamos asumir que en el contexto de nosotros los bomberos, este virus ya estaba presente, todo esto desencadeno una serie de precauciones ya que todas las atenciones que hacíamos, las desarrollábamos con mucho amor pero a su vez con temor, sentíamos el miedo constante de contagiarnos y pensar que algo malo nos podría pasar a nosotros o a nuestros seres queridos, incluso aun el miedo persiste. Hemos visto de manera significativa el incremento de los intentos de suicidio desde el inicio del mes de Julio

del año 2020 hasta la actualidad, incluso se ha convertido en una de las principales atenciones a las que acudimos todos los departamentos de bomberos. Actualmente Colombia está enfrentando varias coyunturas a nivel social, económico y médico, una de los principales problemas del que todo mundo habla en la actualidad es sobre las protestas que se han venido presentando desde el pasado 28 de Abril 2021 hasta la fecha en algunos municipios, esto también genera un gran impacto a nivel psicológico para el cuerpo de bomberos.

El distanciamiento social también ha venido afectando al cuerpo de bomberos en torno a las relaciones interpersonales en el ámbito laboral, las interacciones sociales son un eje fundamental para el departamentos ya que se convive con los compañeros en algunas ocasiones durante 24 horas seguidas, y el distanciamiento social establece ciertas restricciones con respecto a las interacciones sociales, no obstante nosotros como personas que prestan un servicio a la comunidad sabemos la importancia que simboliza el acatar estas medidas, a pensar del estrés que este genere, nosotros debemos de tener cierta distancia con la ciudadanía a la que le brindamos nuestro servicio siguiendo la reglamentación establecida llevando a cabo la desinfección de los implementos y el lavado de manos. Antes de la pandemia, nosotros éramos un departamento muy unido, pero nos hemos visto en la obligación de acatar las normas de distanciamiento y digamos que ese vínculo de hermandad ha ido desapareciendo, ahora cada uno es por su lado, esta situación ha simbolizado una gran carga emocional dentro de las labores del departamento de bomberos, estas cargas desembocan en estrés, desmotivación y la añoranza de no poder hacer las actividades de la misma forma en que las hacíamos anteriormente.

Como departamento de bomberos hemos llevado a cabo actividades para sobrellevar la situación que está afectando a todo el mundo y adaptarnos a la llamada “nueva realidad”, desarrollamos actividades que nos generen mayor estabilidad emocional, como por ejemplo el Yoga, lo empleamos al salir del turno, tratamos de enfocarnos lo más que podemos para despejar la mente; también desarrollamos ejercicio físico y finalmente, llevamos a cabo terapias telefónicas con profesionales del área de la salud mental. Con la implementación de estas actividades se puede generar un fortalecimiento mental y emocional, además se nos ofrece apoyo psicológico en el momento en el que lo necesitemos, se nos aconseja buscar los medios necesarios para poder salir del estrés que este momento de pandemia nos ha generado.

El COVID-19 ha puesto en jaque a todos los organismos de socorro, por decirlo de alguna manera, ya que nadie tiene certeza del nivel de afectación que el virus pueda generarle a cada bombero, es muy triste para nosotros ver como algunos de nuestros

compañeros han perdido la batalla contra este virus sin mencionar la baja regulación que hay con respecto a la salud mental del personal del departamento, no hay ningún encargado de la salud mental de manera profesional, en ocasiones nos sentimos cargados de miles de emociones y sentimientos que nos dejan las emergencias y realmente no tenemos con quien quitarnos ese peso de encima.

El llamado acá es para que los organismos de primera respuesta, se interesen por el fortalecimiento de los departamentos en salud mental para los organismos de socorro, desde acá podemos comenzar a construir algo realmente bueno y útil para nuestros cuerpos de bomberos, en la actualidad se tiene conocimiento de los grandes avances en el ámbito de salud mental para los organismos de socorro y creo que hoy en día se puede decir que se pueden hacer cosas gigantescas para fortalecer nuestra labor, los bomberos del mundo queremos fortalecernos con respecto a todas las actividades que desarrollamos y a los desastres a los que asistimos, y es imperativo llevar a cabo capacitaciones enfatizando dichas actividades que realizamos, como incendios, rescates, atenciones médicas, no obstante es importante resaltar la importancia de la salud mental del cuerpo de bomberos, ya que las personas que posiblemente resultaran más afectadas serán nuestras familias por nuestras afectaciones mentales y emocionales, a su vez el rendimiento en la atención de situaciones podría verse afectado de igual manera. Por eso es necesario comenzar a gestionar desde este mismo momento nuestras emociones y comenzar a hacer las tres variaciones que previamente he mencionado.



CONSERVACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA DESAFIOS Y EXPERIENCIAS TRANSFORMADORAS

Ariel Lisandro Rodriguez Albertani

Chubut, Argentina

Contexto

Todo comenzó a mediados de marzo del año 2020, para ser más específico, el domingo 15, alrededor de las 16 horas con un llamado del presidente de la Administración de Parques Nacionales, explicando que en las próximas horas habría una comunicación formal oficial donde, por indicación de las máximas autoridades se llevaría adelante el cierre de las Áreas Protegidas del País (AP). Recuerdo que estábamos reunidos con familia y amigos en uno de los Campings del Parque Nacional Los Alerces (PNLA), a unos 200 metros de la Villa Futalaufquen, sede administrativa del Área Protegida y residencia de muchos de nosotros.

Para aquellos conocedores de la geografía nacional, notarán que estamos ubicados en Patagonia Norte, próximos a la ciudad de Esquel y la localidad de Trevelin, provincia de Chubut, fines del verano y con una temporada como hacía rato que no había en la región, marcada en los últimos veranos por algún evento no deseado como la caída de ceniza del Volcán Chaiten allá por el 2008, Floración de caña colihue (chusquea culeou), en el 2012 y el consecuente aumento de roedores, producto de la disponibilidad de alimento (semillas) que trae aparejado el aumento del riesgo de contraer Hanta Virus, luego vinieron los grandes incendios del 2015 y 2016 que afectaron al área protegida y la región, todo en un marco socioeconómico complejo que viene golpeando fuertemente las economías regionales.

En este contexto, con un fin de temporada realmente positivo en relación a las anteriores, nos encontramos, al 15 de marzo de 2020, con un parque rebosante de visitantes, áreas de acampe y sectores de uso público a pleno, con un excelente clima y una gran cantidad de reservas confirmadas para los fines de semana santa y carnaval, fechas estas que cerrarían la temporada

La notificación esperada

Pasaron un par de horas del llamado telefónico, y llegó el comunicado formal que se esperaba pero que nadie quería. Entrada la tarde, y puestos previamente en conocimiento de lo que podía ocurrir al equipo de conducción del Área Protegida, los convoqué a una reunión de carácter urgente para llevar adelante el operativo de comunicación y posterior cierre del Área Protegida, entendiéndolo que había un alto grado de incertidumbres más que de certezas y que las decisiones operativas y de gestión dependían del equipo de trabajo conductor, al menos hasta tanto se recibieran instrucciones más precisas desde la Administración Central.

Es necesario aclarar, que los parques nacionales como Alerces, son clasificados como de “complejidad 1”, no solo por su superficie o extensión, sino por lo complejo que son en relación al uso público (concesiones, permisionarios, guías y prestadores de servicios turísticos en general), las poblaciones (Pioneros residentes dentro del AP), infraestructura asociada al organismo, la cantidad de personal con el que cuenta (105) y por sobre todo, una villa dentro del Área Protegida (residencia de gran parte del personal y pobladores). Todo esto, administrado de manera similar a un municipio, por lo que cualquier decisión que se toma, afecta a un gran número de actores sociales, no solo locales y propios del área, sino también a las comunidades vecinas, como Esquel, Trevelin y Cholilacon quienes trabajamos en conjunto en muy diversos temas relacionados a la conservación y al desarrollo sostenible.

Luego de varias horas de trabajo conjunto del equipo de conducción, el que se encuentra conformado por quien suscribe, los Coordinadores de Administración y RRHH, de Uso Público y Conservación, más los Jefes de Departamentos de Guardaparques, de Incendios, comunicaciones y emergencias y la responsable de comunicación del AP, se delinearon las primeras acciones para el día siguiente, todas relacionadas a la comunicación, interna y externa, a la organización laboral del personal que se afectaría para el cierre del Área Protegida, que como se mencionó, se encontraba con un gran número de visitantes en cada uno de los servicios, familias (visitantes y locales) que se verían directamente afectados en varios sentidos.

Y los Parques se cerraron

Así fue como los Parques y Reservas Nacionales se cerraron al uso público en Argentina, por primera vez en la historia asociado a una Pandemia que golpeó duro a todos.

Los primeros pasos, llenos de incertidumbres y temores por lo desconocido, debieron ir transformándose en decisiones netamente operativas y de seguridad, no solo para el personal, sino también para la comunidad residente, empleados y pobladores, sobre todo estos últimos, donde muchos de ellos desarrollan una economía de subsistencia que se vio severamente afectada por la falta de ingresos, sumado al cierre general de servicios en las comunidades y que por ende, tampoco podían llevar adelante la provisión de productos básicos, al tiempo que no podían acceder a subsidios establecidos por el Estado, no solo por la falta de movilidad, sino por la falta de acceso a los sistemas informáticos y la falta de “ventanilla” en los bancos ya que comenzaron a cerrarse al público.

Desde lo social, se llevó adelante una tarea titánica de asistencia por parte de la División Pobladores, quien junto a los Guardaparques distribuidos en el territorio acompañaron a cada poblador desde lo técnico para poder acceder a los distintos programas de asistencia nacional, hasta para la distribución de recursos, donde en varias oportunidades debimos recurrir a la colaboración de los municipios, en particular a la localidad de Trevelin, con quienes pudimos coordinar un sinnúmero de tareas para abordar cada problemática surgida.

Para todo esto, gran parte del personal del Parque Nacional, reside en las localidades de Esquel y Trevelin y en menor medida en Cholila, por lo que se decide (con el acompañamiento del Organismo) que ese personal no concurra al trabajo, con el fin de evitar la exposición y posible transmisión del virus, por lo que se redujo sustancialmente la capacidad de recursos humanos para dar respuesta a las distintas necesidades del AP. Esto llevó a la definición de establecer que los Guardaparques fueran personal esencial, al igual que el personal brigadista, de esta manera y de forma organizada en grupos reducidos y por turnos, (solo con los residentes dentro del AP) se llevó adelante el cierre del Parque Nacional Los Alerces, con controles permanentes en sus tres portadas y asistencia a prestadores y pobladores.

Desde lo netamente administrativo y de gestión, el personal residente, que conforma el equipo de conducción del Parque, nunca dejó de prestar servicios, lo que hizo posible la elaboración de protocolos y organización para la seguridad del personal, y estos, fortalecidos por el trabajo conjunto con el Centro de Operaciones de Emergencia (COE) de la ciudad de Esquel, del cual somos parte, llevó cierta tranquilidad al personal operativo.

Desde lo operativo, como guardaparque y compañero de quienes debieron llevar adelante la tarea de mayor exposición, puedo decir del temor y la incertidumbre, que han estado presentes en todo momento, aún más durante los primeros meses donde los protocolos de seguridad aprobados no se sabía a ciencia cierta si eran efectivos. Sobre el trabajo con el compañero durante una jornada y la proximidad entre estos, por ejemplo en un vehículo; cuan riesgoso podía ser. Los controles en las portadas y la atención de terceros, a pesar del uso de elementos de protección, también generaba un grado de ansiedad y desconfianza que costo muchísimo revertir.

Algo muy importante para destacar sobre las condiciones en las cuales desarrollamos nuestra vida en lo cotidiano, es que vivimos rodeados de naturaleza, aislados de las grandes urbes y con las características propias de las “burbujas” establecidas recientemente en distintos órdenes. Cada uno de nosotros y nuestra familia, vivimos todo este tiempo en estas grandes burbujas, las que han permitido transcurrir una pandemia de una manera muy diferente de aquellos residentes de las grandes urbes, somos conscientes de ello y las medidas de protección básicamente se adoptan cuando se “baja al pueblo” a realizar el aprovisionamiento de víveres y realización de trámites que a distancia no se pueden realizar, luego regresamos a nuestra “burbuja” diaria, que es amplia, donde nos encontramos con nuestro vecino, que se encuentra en la misma situación, por lo que se adoptan medidas un poco más relajadas de seguridad, estableciéndose desde el inicio el no compartir el mate entre algunas otras. Nuestros hijos por ejemplo podría decir que no han sufrido el encierro o la falta de encuentros de juegos entre vecinos, salvo a los inicios, donde el temor y desconfianza estaban por encima de todo.

La apertura

Llega la primavera del 2020 y con ella, la necesidad de abrir los parques nacionales, sobre todo en aquellas regiones donde los COEMs funcionaron bien y permitieron tener un cierto control sobre la situación pandémica. El Parque Nacional los Alerces fue uno de ellos, y junto al Parque Nacional Lanín abrieron sus puertas a locales, antes que ninguno, en

sectores y por etapas, bajo estrictos protocolos evaluados por las áreas pertinentes de Salud (provincial – COE) lo que permitió “descomprimir” los problemas asociados al encierro en cada uno de los habitantes vecinos, permitiéndoles el contacto nuevamente con la naturaleza, “curadora de todo mal”. Se puede decir que a partir de ese momento, fue increíble el grado de aceptación y de visitas de locales al Área Protegida, demostrando esa necesidad de contactarse con el mundo natural, de reencontrarse con las actividades recreativas como el senderismo, la náutica y la pesca, actividades contemplativas y espirituales como solo puede vivirse en un entorno tan único como lo es el bosque y sus lagos cordilleranos, dentro de un área “segura” (protocolos y controles) como los es un Parque Nacional, que trabajó intensamente con su personal para darle esa oportunidad a cada visitante y su grupo familiar.

Para finalizar, puedo decir que esta pandemia nos afectó, como a todos, en distintos grados o niveles, puedo decir también que el hecho de ser el único organismo del estado nacional que administra territorio (con habitantes dentro en gran parte de las AP) y acostumbrados al abordaje y respuesta ante eventos no deseados de gran magnitud, pudimos responder inicialmente de manera organizada, obviamente que con las incertidumbres que tuvimos todos, pero se trabajó rápidamente en la organización de la respuesta, en la elaboración de protocolos, su aplicación y seguimiento, con los recursos disponibles internos locales y en la conformación de los COEMs locales para el trabajo coordinado y conjunto.

Pudimos observar como la naturaleza es resiliente y se recupera ante la ausencia de los impactos de origen antrópicos de baja escala, también pudimos observar esa resiliencia en las comunidades con la apertura del parque y como han puesto en valor a la naturaleza que los rodea, teniendo como desafío saber aprovechar esta oportunidad en favor de la conservación, en demostrar la necesidad de cambiar los modos de consumo de la sociedad local y regional, para poder relacionarnos con nuestro entorno natural de una manera amigable y sostenible, desde un lugar distinto, de igual a igual con ella y no como en los últimos decenios donde estamos por encima de todo, reemplazar el antropocentrismo por el Biocentrismo como meta, cambiando la ruta actual que nos lleva a la sistemática pérdida de biodiversidad.



ABORDAJE DE LA COVID-19 POR BRIGADAS VOLUNTARIAS EN FASE 1 Y 2 EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ, BOLIVIA

Dr. Carlos Oliver Llanos Valencia

La Paz, Bolivia

Introducción

Bolivia hasta el 10 de marzo era el último país en sumarse a la lista de naciones de América Latina que registraban sus primeros casos del nuevo coronavirus.

El ministro de Salud en Bolivia, Dr. Aníbal Cruz, anunciaba el 11 de marzo 2 casos confirmados de COVID-19, se trataba de dos mujeres que estuvieron en Italia y fueron puestas en aislamiento con el tratamiento correspondiente, informaba el ministro en conferencia de prensa.

Para el 13 de marzo, El gobierno promulga el Decreto Supremo 4190 que dispone la suspensión de vuelos directos desde y hacia Europa, el mismo día se confirman 7 casos positivos de coronavirus por contagio local en Oruro y se registran las primeras aprehensiones en la ciudad de La Paz a personas que especulaban con los precios de artículos para la prevención de contagios de la enfermedad.

El 14 de marzo confirmaban primer caso de contagio en Cochabamba. Al día siguiente 15, se confirma un nuevo caso de contagio importado en la ciudad de Santa Cruz, además, se ampliaba la restricción del acceso a Bolivia de viajeros provenientes del área Schengen, además del Reino Unido, Irlanda e Irán.

El día 16 mediante Decreto Supremo 4192 se establecen medidas de prevención y contención para la emergencia nacional contra el brote de Coronavirus (COVID-19) en todo el territorio nacional.

El mismo día la alcaldía de Oruro determina asumir medidas de restricción de circulación y toque de queda, asumiendo misma conducta Potosí, Cochabamba, Tarija y Chuquisaca hasta el 31 de marzo.

Para el día 17 mediante Decreto Supremo 4196 se declara emergencia sanitaria nacional y cuarentena en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, contra el brote del Coronavirus (COVID- 19), informándose además de un nuevo caso confirmado de contagio importado en Santa Cruz.

En fecha 19 se incrementan en 5 nuevos casos confirmados de contagio local: 2 en Santa Cruz, 1 en Cochabamba, 1 en Oruro y 1 en La Paz. El primer caso positivo en la ciudad de La Paz, trataba de una mujer de 31 años que llegó de Madrid, España, con escala en Colombia, desde su arribo se encontraba aislada y desde la confirmación de la enfermedad en tratamiento domiciliario.

La preparación – Fase 1

El 11 de febrero 2020, el Área de Emergencias y Desastres del SEDES La Paz en coordinación con el Área de Enfermedades Emergentes y Remergentes inician las actividades establecidas por el COE Salud el 5 de febrero para personal de salud pre hospitalario (Médicos, Enfermeros y conductores) mediante el recordatorio sobre colocado y retiro del EPP, estandarización de conocimientos sobre SARS CoV2 y abordaje emocional básico, consientes que la primera respuesta al arribo de personas altamente sospechosas estaría a cargo de ésta área. En una semana se logró realizar esta actividad abarcando a todos los servicios de emergencias públicos (red de ambulancias), esta maratónica capacitación también llegó a la Brigada de Asistencia Médica en Emergencias BAME y Equipo de Asistencia Médica en Emergencias EAMD-DMAT.

Como parte de la preparación el 20 de febrero se realiza un Simulacro de Emergencias Sanitaria en el Aeropuerto Internacional de El Alto, evidenciándose un posible problema dentro el sistema hospitalario, el personal había sido notificado del simulacro y aun así se carecía de lineamientos de atención internos que orientaran al personal de turno a tomar conductas y decisiones oportunas frente al COVID-19.

A partir de esta fecha el EAMD realiza prácticas internas para el colocado y retiro del EPP en sus reuniones, y es a partir de la fecha que se solicita a los hospitales del sistema que incluyan en sus planes, las estrategias para abordar la crisis que se avecina, dirigido tanto a las personas internadas como al personal dependiente de sus instituciones esperando que el trabajo multidisciplinario interno logre abordar oportuna y eficientemente la crisis mundial que iniciaba.



Foto 1: Reunión del EAMD – DMAT y práctica para el colocado y retiro del EPP. Fuente: EAMD DMAT Bolivia.
Tomada por el autor.

Para el 13 de marzo se presentan los resultados obtenidos en el COE de Salud Ampliado hasta ese momento en la fase 1. Ante reportes de países vecinos fronterizos de casos positivos para COVID y precautelando la salud mental de la población y personal de salud, el SEDES La Paz instruye reducir el número de visitas en los hospitales (tanto personas como horarios), solicitar el uso de barbijo para ingreso a los hospitales, socializar sus planes de emergencia y evaluar internamente su aplicación ante el incremento brusco de la demanda y finalmente se instruye realizar actividades de orientación sobre el COVID direccionado a la prevención, uso de EPP identificación y notificación de los casos, en este caso y evidenciando que ningún hospital asumió de oficio la tarea, se decide establecer una alianza operativa entre la BAME del SEDES La Paz y el EAMD-DMAT. Se solicitó ayuda a otros grupos voluntarios locales reconocidos, sin embargo, la respuesta de rechazo hizo ver que el problema lo asumían unos pocos y no todos, parecía que las emergencias tanto pre hospitalarias y hospitalarias se habían limitado al manejo del trauma donde todos creen tener más capacidad que otros.

Se utilizó un sistema de abordaje simultáneo tipo paraguas donde todos se dirigían de un mismo punto a los diferentes hospitales para las capacitaciones, esto permitió abarcar un buen número de establecimientos de Salud en simultáneo difundiendo la misma información con el mismo material audiovisual, incluyendo en cada sesión el abordaje estándar de los casos sospechosos. Concluida esta tarea, la primera brigada COVID se

estableció con 18 personas capacitadas en toma de muestra e identificación de casos sospechosos.

Operaciones – Fase 2

Si bien el caso 1 llega al municipio de La Paz el 19 de marzo, las operaciones de la brigada en si inician el 21 de marzo ante la llegada de repatriados de diferentes países vía terrestre, lo que significaba desplegar simultáneamente a los brigadistas a diferentes puntos y hacer seguimiento de los casos confirmados y sospechosos en cuanto a su aislamiento domiciliario toda vez que la cuarentena rígida se decretaba el mismo día de la llegada de los primeros repatriados.

83 personas ingresaron ese primer día, en aquel entonces la fuente más confiable eran los reportes y documentos publicados en revistas científicas de origen europeo. Es así que estas 18 personas divididas en grupos de 6 por día, realizaban el trabajo de tomar muestras a vivos y fallecidos, control de repatriados y seguimiento a asilados en el municipio de La Paz y El Alto reforzado por un grupo discontinuo mínimo de profesionales de la salud (4 personas día) que apoyaban en las tomas de muestras en los municipios de La Paz y El Alto.



Foto 2: Llegada de repatriados al Hotel aislamiento Jhon Wesley, La Paz Bolivia. Fuente: EAMD – DMAT

Bolivia

Estas primeras 83 personas fueron aisladas de acuerdo a su parentesco en hoteles del centro de la ciudad, resguardando el nombre de los mismos para evitar posibles protestas o aglomeración de la prensa. La información sobre COVID no era clara y se habían registrado las protestas en la ciudad de El Alto ante la insinuación de convertir el Centro de Salud de Chacaltaya en centro COVID días antes de ingresar en cuarentena rígida, en esa oportunidad las personas que vivían cerca al mencionado centro hicieron conocer que agredirían a los que llegaran a ese centro sean sospechosos o confirmados, siendo que esta actitud fue replicada en otros distritos del municipio posterior a esa nota de prensa.

Entre el 22 de marzo y 12 de abril cada día (24/7), médicos y enfermeras de la BAME del SEDES La Paz y del EAMD-DMAT (voluntarios) se desplazaban a los hoteles de aislamiento para controlar diariamente a las personas aisladas, facilitándoles además medicación inmediata de ser necesario. En total se revisó y controló a 115 repatriados en 4 hoteles, concluido el aislamiento se trasladaba a las personas hasta su domicilio para percatar la dirección referida. Los vehículos del SEDES no abastecían por lo que el personal debía transportarse de un hotel a otro caminando, entre calles vacías, lluvia, sol y viento de la temporada.

El 24 de marzo, se registró un evento singular, un grupo de repatriados habían llegado al municipio de La Paz sin informar al SEDES La Paz sobre su arribo, la BAME fue designada a hacer el control de los repatriados aislados temporalmente en un centro comunal de la zona sur al llamado del municipio que no disponía de personal para esa labor, los vecinos enterados que habían repatriados cerca a sus domicilios se agruparon y pidieron que los mismos se fueran con amenaza de hacerlo por la fuerza si la policía no los sacaba del lugar. 32 personas se revisaron y se determinó la evacuación de los mismos a un hotel de aislamiento, ante la falta de coordinación y discreción del municipio para manejar el evento el SEDES asume el liderazgo y con ayuda de los buses municipales se traslada a las personas impidiendo el paso de la prensa que seguía los buses, como táctica para evitar nuevas protestas en los hoteles de aislamiento. Ésta fue la primera vez que los buses municipales de servicio público fueron utilizados para traslado de personas sospechosas de COVID, esta primera experiencia sirvió al municipio para establecer los lineamientos que debían cumplirse una vez retomada la normalidad para tránsito de los buses.

El 26 de marzo por la madrugada, llegaban vía terrestre 33 personas desde Chile resguardados por policías y militares, su revisión se realizó en el Coliseo Cerrado de la ciudad de La Paz, esta también fue la primera vez que se utilizaba este recinto para realizar controles

y registro a los repatriados y sospechosos de COVID, este escenario serviría posteriormente para poder realizar mismas acciones e incluso tomas de muestra y vacunación a la población.



Foto 3. Control y revisión de repatriados en el Coliseo Cerrado Julio Boreli, La Paz Bolivia.

Fuente: EAMD – DMAT Bolivia

En base a las primeras experiencias los miembros de la brigada aportaron para poder mejorar la respuesta y acortar los tiempos de control sin alterar la calidad de atención, el 28 de marzo vía aérea por la noche llegaban de Brasil 25 personas, los hoteles de aislamiento se encontraban en su máxima capacidad y muchos hoteles negaban poder recibir a los recién llegados, ante esta situación los repatriados fueron revisados en el mismo aeropuerto y se dispuso de buses para trasladarlos a sus viviendas previa firma de un compromiso de aislamiento domiciliario y notificación inmediata en caso de presentar alguna signos sintomatología relacionada al COVID, apoyados en la imagen militar para que las personas sientan el compromiso de cumplir con lo firmado. Concluida esta revisión el traslado de la brigada fue inmediato al centro de salud Chacaltaya en la ciudad de El Alto, sector crítico por la amenaza previa, este centro ya había recibido amenazas por parte de los vecinos, en coordinación con la policía y militares se acordó una caravana de seguridad paralela al minibús que los transportaba, sin sirenas ni destelladores para no alarmar a los vecinos, su arribo al centro de salud fue inmediato y una vez cerrada la puerta militares y policías se retiraban para no levantar sospechas. Se lograron revisar a un número reducido de 12 personas, grupo especial porque en este se encontraban menores de 5 años y lactantes, revisados y firmados los compromisos abordaron el bus que los trasladaría a sus domicilios para el aislamiento correspondiente. Hasta la fecha los vecinos de ese sector no se enteraron de esa operación realizada a días de su reclamo y amenaza.



Foto 4. Control y Revisión de repatriados, Centro de Salud Chacaltaya, El Alto Bolivia. Fuente EAMD – DMAT

Posteriormente se realizaron otras operaciones en diferentes puntos de la ciudad con ayuda de militares y policías, no registrándose amenazas ni otras situaciones que pudieran poner en riesgo a los repatriados y brigadistas.

Experiencias rescatadas

Entre el 21 de marzo y el 12 de abril la respuesta estuvo a cargo de estas 18 personas en base a un Sistema de Comando de Incidentes en vista que esta respuesta sería corta y acabaría una vez se cuente con los recursos para poder hacer compras y contrataciones, rescatándose para los siguientes meses la estructura de pares para las brigadas, medidas de protección para las tomas de muestra (alcohol, lentes protectores y protectores faciales), sistema de diagnóstico presuntivo mediante pruebas de olfato y gusto con vinagre durante la toma de muestra ante la falta de celeridad en los resultados de PCR, el municipio de La Paz realizó un contrato con uno de los hoteles más grandes de la ciudad para aislar a personas con algún tipo de comorbilidad positivas a COVID-19 con el mismo sistema de control diario empleado por la brigada COVID, misma acción tomada por otros municipios en otros departamentos del país, por último se pretendió llevar la estructura de esta brigada a otros departamentos a la cabeza del ministerio de salud similar a un tour para formación de brigadas, sin embargo con el cambio de autoridades en el ministerio de salud y dirección del SEDES La Paz se designaron a profesionales que no participaron de la respuesta inicial logrando apoyar solamente al departamento del Beni entre los 9 que conforman el Estado Plurinacional de Bolivia.

A diferencia de las otras fases, en estas dos primeras los protocolos no eran claros, la enfermedad en si no era clara, no se contaba con recursos económicos más allá de los plasmados en el POA, el país paralizado, el mercado no era factible para la compra de material y equipos de bioseguridad de manera inmediata, el proceso de la información y las vías no eran eficientes para reportar los resultados desde el laboratorio respectivo.

Cada día antes de iniciar las actividades cada grupo repartía su material de trabajo, si algo faltaba se reponía para su seguridad, si el tiempo alcanzaba se desayunaba en grupo, a su retorno cada uno intercambiaba información verbal, y compartían experiencias la motivación se impartía cada día haciendo saber que el trabajo realizado era excelente y oportuno, durante sus días de descanso se hacía un seguimiento sobre posible signos de sintomatología que pudieran presentar. Tanto los miembros de la BAME y EAMD-DMAT no registraron bajas por contagio durante este periodo de tres semanas y este mismo cuadro se mantuvo hasta semanas después de concluidos los trabajos de este reducido grupo.



TERAPIA INTENSIVA

Crisis de la COVID-19 en La Paz Bolivia

Dr. Carlos Oliver Llanos Valencia y Dra. Anahí Lizbeth Trujillo Quispe

La Paz, Bolivia

Introducción

La pandemia por COVID-19 puso al descubierto las deficiencias en el sistema de salud boliviano. Tras la llegada del primer caso el 10 de marzo de 2020 comenzó una situación de incertidumbre no solo en la población sino también en el personal de salud.

Si bien Bolivia fue uno de los últimos países en Latinoamérica en ser afectados, el sistema de salud no estaba preparados para afrontar ni estructural ni emocionalmente la llegada de este riesgo biológico, el daño psicológico que trajo la pandemia al personal de salud, y que aún sigue trayendo, fue desplazado y olvidado a medida que los días transcurrían.

El caos fue exacerbado por la situación política del país al encontrarnos en un gobierno de transición que tuvo muchas limitaciones, se generó un cambio brusco para la población tras la implementación de la cuarentena, la desinformación que existía en la población sobre el virus, la negación de muchos sectores a creer sobre su existencia, el rechazo a seguir normas de bioseguridad, a restringirse en sus actividades diarias y las diferentes opciones terapéuticas que aún se ofrecen sin base científica. Pese a estas medidas la enfermedad logro en pocos días colapsar el sistema de salud, no solo el sistema público y los seguros sociales sino también el sistema privado; conseguir un espacio en una clínica privada y pese a los elevados gastos que involucraba era, por decirlo, un milagro.

El colapso del sistema de salud afecto a toda la población y sistemas productivos, independientemente la edad, sexo, condición social, etc.. Las deficiencias de una planificación en salud de gestiones anteriores generó mayor miedo en todo el personal de salud, tener que lidiar con las carencias de infraestructura, de medicamentos, de equipos de protección personal, ver peregrinara colegas, amigos y familiares en busca de una cama, resulto en una crisis emocional social en cadena.

La Realidad del Sistema de salud en General

Una de las soluciones hasta la fecha es la contratación de personal para áreas COVID, estas contrataciones no ofrecen mejoras laborales al personal de salud, si bien dentro de los planes de respuesta hospitalarios se gestionan los medicamentos, insumos, materiales y personal para los turnos, no se trabaja en la contención emocional, no existe un plan aprobado por el ministerio de salud que incluya la contención emocional de todo el personal de salud.

En el sector público, la gobernación de La Paz logro incrementar el número de camas y personal para Terapia intensiva convirtiendo la UTI del Hospital de Clínicas en la más grande que además era operativa en su totalidad a diferencia de otros departamentos en Bolivia. Como toda medida temporal se corre el riesgo que ésta en cualquier momento deje de ser sostenible y la atención sea suspendida generándose un retroceso post pandemia o lo peor, un retroceso en medio de un rebrote.

El Sistema del Seguro Social, retrasado en las medidas de prevención para sus asegurados, colapso casi inmediatamente, su reacción tardía concluyo en la renuncia de muchos de sus afiliados a su seguro para poder inscribirse al Seguro Universal (público) y acceder a camas para las internaciones. La deficiente planificación se dejó evidenciar, y pronto incluso la compra de servicios en el sector privado no fue la respuesta a la crisis que empezaba, obligando a los seguros a alquilar hoteles y clínicas para aumentar su capacidad de internación.

El Sector Privado realizo inversiones millonarias para poder responder a la demanda de la población frente al colapso de los centros públicos y del seguro social. Se produjo un desmesurado cobro por la atención a los pacientes COVID, tanto en establecimientos de salud como las atenciones domiciliarias, llegando a rechazar a enfermos de convenio con el seguro social para incrementar sus ingresos netos. Las denuncias contra clínicas y hospitales privados por impedir el entierro de cadáveres si no se saldaban las cuentas de las familias crecían. El comercio del oxígeno en balones aumentaba y ofrecía una esperanza a las familias que no podían acceder a una cama de hospital y que optaban por el tratamiento domiciliario.



Figura 1. Unidad de Terapia Intensiva del Seguro Social a corto plazo. Fuente: Propia

Un médico y su equipo de 24 horas atendía a un número determinado de pacientes COVID en las UTI's, personal de salud que en su mayoría carecían de seguro social, de una indemnización en caso de fallecer o acaso de una cama en la institución que trabajaba si llegaba a enfermar. El golpe emocional y psicológico al personal fue y sigue siendo el tema pendiente en la gaveta del Sistema de Salud a nivel nacional.

El peso que empezó a cargar el sector salud

La sociedad aún sigue sin entender lo difícil de esta situación para el personal de salud, ante ellos los médicos y enfermeras eran los culpables si su familiar fallecía, eran ineficientes, inhumanos y por eso consideraban justo agredirlos en sus vecindarios y amenazar a sus familias. El cansancio físico y mental repercutió pronto sobre nuestras emociones, los esfuerzos a veces fueron vanos, pese a darlo todo con lo poco disponible, muchos pacientes, colegas fallecieron en la lucha de ayudar al prójimo. Colegas que al cumplir su labor dejaron atrás a sus familias para evitar el dolor de otras familias.

El golpe emocional que generó el miedo a contagiarte y peor aún contagiar a tu familia, de contraer la enfermedad y tener que peregrinar para conseguir una cama hospitalaria no tuvo soporte ni por parte de los servicios de salud mental intra hospitalarios, que por ese mismo temor negaban sus atenciones; el dolor de decirle a un colega tuyo que no podías ayudarlo, que tampoco tenías unidades disponibles después de que el escuchó lo mismo en otros centros, que no existía ni medicamentos básicos para realizar las atenciones, y los medicamentos disponibles en el mercado lograban en algunos casos ser 5 veces el costo base, la carencia de equipos de bioseguridad necesarios ahondó en muchos profesionales de salud que incluso obligados por la necesidad tuvieron que ignorar esta situación, tanto ajena como personal.

En muchos hospitales, ante la falta de material se tuvo que usar el mismo EPP una y otra vez durante la guardia. Realmente muy pocos lugares brindaban condiciones adecuadas de trabajo. El mercado estaba desabastecido para poder realizar compras para tu seguridad de manera particular.

El gobierno y la sociedad pedía mucho del sector salud, se exigía que se trabaje más, que se atiendan más pacientes, que se cubran bajas de otros colegas, olvidaron que esas personas que cumplían con lo establecido también tenían familia, que se agotaban física y emocionalmente. Que al igual que el resto de la población también necesitaba ayuda para afrontar y sobrellevar los conflictos emocionales que estaba dejando la pandemia.

Lecciones aprendidas

Ya inicia la tercera ola y las condiciones aun no cambiaron, tampoco avizoran mejoras, se continúa con el desabastecimiento de fármacos en los hospitales, la carencia de personal para enfrentar esta situación, deberemos revisar y cuestionar los planes impuestos y gestionar las condiciones para evitar más contagios y muertes en el personal de salud para responder a las necesidades de la sociedad. Aun no se implementan medidas de apoyo emocional, no existe un área destinada a la contención y apoyo emocional del personal de salud y sociedad en general, lo que quiere decir que debemos automotivarnos para volver a enfrentar esta crisis que es igual pero diferente. Olvidar el problema no es la solución porque condena a los pueblos a volver a sufrir el producto de ese error. Si bien algunos planes incluyeron el apoyo emocional, al momento de su revisión se quitaron estas partes relacionadas y se modificaron de acuerdo a criterio del grupo de revisión, de manera tal que cada plan era la continuación de las acciones de toma de muestra y al final promoción de la

vacunación, ningún departamento de Bolivia dentro de su sistema de salud local incluyó en sus planes la contención o apoyo emocional al personal de salud y población, a tal efecto se deberá exigir que los hospitales hagan uso del personal de profesional en salud mental, incluso de estudiantes de último año de psicología que apoyen esta tarea para mejorar en corto tiempo el perfil psicológico y emocional del personal de salud.



ACOMPANAMIENTO TERAPEUTICO

Contención y escucha en tiempos de coronavirus COVID-19

Prof. Sergio Suarez Sardón

San Luis, Argentina

La LEY N° III-0599-2007, Art. 2 permite, autoriza a que el acompañante terapéutico pueda intervenir sobre el campo de acción: en situaciones de catástrofes sociales y naturales.

Es una realidad por todos conocida y vivenciada, que el momento en que se encuentra nuestra sociedad, nuestro país y el mundo entero, nos coloca en situaciones de estrés constantemente. Pero este estrés está acompañado por incertidumbre, ansiedad, angustia y por sobre todo miedo. Sin lugar a dudas estamos enfrentando algo desconocido y sin muchas herramientas, hemos recurrido al aislamiento profundo y con un final incierto, sin tiempo.

Esto no sólo implica un desorden en nuestra cotidianidad, sino que debemos comenzar a nutrirnos de nuevos recursos para afrontar no sólo el flagelo de la enfermedad sino también la cuarentena.

Los acompañantes terapéuticos son técnicos formados, capacitados y entrenados para acompañar y contener a aquél que esté cursando una situación de gran vulnerabilidad y no ya únicamente desde la clínica y la patología, sino constituyen un “eje fundamental trabajando desde la salutogénesis”.

El Acompañamiento Terapéutico sin duda es uno de los modelos, dispositivos y recursos terapéuticos más difundidos en Argentina, América del Sur y en gran parte de Europa, en un primer momento estuvo ligado fuertemente a la Psiquiatría y Psicología, con el correr de los años y a la fecha adquirió como profesión ligada a la salud, Independencia, Autonomía e Identidad.

En estos nuevos tiempos el Acompañamiento Terapéutico transita y se consolida en nuevos espacios, nuevos escenarios, como profesionales de la salud tiene una importante intervención en lo socio- comunitario, se caracteriza por su flexibilidad, versatilidad, incorporándose a otros importantes ámbitos como es en lo Judicial, emergentología y seguridad.

Desde los comienzos, el acompañante terapéutico se lo consideraba como un dispositivo de terreno con un acompañamiento hombro a hombro, solo presencial, con el correr de los tiempos y en la actualidad en donde hemos sido atravesados por una tremenda pandemia como es el COVID 19, el acompañamiento terapéutico como profesión se tuvo que adaptar a estas nuevas circunstancias, la función del acompañante terapéutico se tuvo que adaptar a esta nueva normalidad y a este nuevo estilo de vida, los acompañamientos terapéuticos ya no podían ser presencial, sino que la virtualidad comenzaba a atravesar las actividades del mismo, el trabajo en lo cotidiano se había trastocado, se comenzaba hablar con mucha frecuencia sobre un acompañamiento terapéutico y contención Virtual; virtual, una palabra que solo la habíamos escuchado de nuestros hijos, pero de un momento a otro estábamos inmerso en este escenario, ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO VIRTUAL, contención y acompañamiento a través de la computadora, a través de un teléfono, todo un desafío.

Todos hemos interrumpido proyectos, planes, trabajos, etc. y hemos abandonado nuestras rutinas cotidianas, para adentrarnos al desafío de intentar compatibilizar trabajo, labores del hogar, la crianza de los hijos en algunos casos, en un contexto en que nos vemos invadidos por la incertidumbre, la preocupación y el miedo muchas veces.

Ante lo anteriormente expuesto sobre la situación por la que está atravesando no solo la provincia de San Luis, sino Argentina, el mundo entero, es que la acción del acompañante y acompañamiento terapéutico como profesión también se tuvo que acomodar a estos nuevos cambios de convivencia y nueva normalidad, ante la pandemia del COVID-19.

Desde la Asociación de acompañantes Terapéuticos ESTAR San Luis, y viendo la necesidad de darle continuidad a los acompañamientos terapéuticos ya no solo a los acompañados sino también a sus familias, se elaboró un “Protocolo en acompañamiento y contención vía virtual y telefónica”, este Protocolo fue distribuido a todos los socios, para darle continuidad a sus acompañamientos durante el aislamiento social.



ARTETERAPIA

Terapia psicológica a través del arte en tiempos de pandemia

Lic. Mabel Cedeño Pérez y Lic. Niallé López Martínez

La Habana, Cuba

El arte es una representación constante del ser humano, sus emociones, pensamientos, incluso de su forma de vida, religión, su contexto histórico, desempeña un papel mediador y motor de la comunicación, ya que el artista a través de su creación transmite no solo emociones, sino también mensajes y nos hace reflexionar sobre nuestra existencia, los problemas sociales o la vida en general. El fin de la Cultura es el aporte al enriquecimiento de la vida interna del hombre, expresado en un mejor comportamiento profesional y humano como ciudadano dentro de la sociedad. La práctica del mismo forma parte de la riqueza espiritual del hombre se logra una existencia más plena y una concepción del mundo transformadora y altamente creativa.

Es como fuente de energía y motor impulsor contribuye desde su lugar a la formación de ideales, sistema de valores, sentimientos, actitudes y capacidades que le permiten al hombre sentir, comprender y valorar sus acciones, en busca de mejorar la calidad de vida, buscando y creando un significado en todas las manifestaciones de la cultura, orientándolo hacia la formación y desarrollo de una personalidad culta, independiente, creadora, y libre. Por eso es importante preparar al hombre para que actúe con amor, poniendo en cada tarea todos los conocimientos y creatividad, pero también reconociendo que siempre hay algo nuevo que aprender porque la vida siempre plantea problemas que se deben tratar de solucionar. Cuando conoce las necesidades y se es educada para satisfacerlas; si puede apreciar la belleza en las relaciones sociales, en las distintas manifestaciones del arte, y en las relaciones que se establecen con la naturaleza. Mediante la cultura el individuo adquiere un estado emocional satisfactorio y el desarrollo de su sensibilidad, tiene ascendencia en las relaciones interpersonales, en la actividad laboral y en el adecuado uso y disfrute del tiempo libre, según V. Hemsy de Gainza (1995) “Nada de lo que se enseña en la escuela contribuye más inmediata o más directamente que el arte a mejorar las condiciones que promueva el crecimiento individual y la calidad de vida de cada ser humano”. (p. 2)

El arte es una forma de actividad humana y refleja las más disímiles problemáticas que afectan al hombre en su contexto. El contacto directo con las distintas manifestaciones artísticas le permite al hombre el desarrollo de la conciencia estética, el gusto estético, lo sensibiliza a partir de la percepción de lo bello y lo feo, lo sublime y lo bajo, lo trágico y lo cómico. Este tipo de conocimiento sensible y figurativo se produce a partir de la percepción estética traducida en imágenes, que implican una actitud activa del sujeto ante el objeto. En esa relación, intervienen factores emotivos e intelectuales, condición de la percepción estética como vía de conocimiento de la realidad, la ciencia que estudia este tipo de relación entre el hombre y su mundo es la Estética.

Es como fuente de energía y motor impulsor contribuye desde su lugar a la formación de ideales, sistema de valores, sentimientos, actitudes y capacidades que le permiten al hombre sentir, comprender y valorar sus acciones, en busca de mejorar la calidad de vida, buscando y creando un significado en todas las manifestaciones de la cultura, orientándolo hacia la formación y desarrollo de una personalidad culta, independiente, creadora, y libre.

Por eso es importante preparar al hombre para que actúe con amor, poniendo en cada tarea todos los conocimientos y creatividad, pero también reconociendo que siempre hay algo nuevo que aprender porque la vida siempre plantea problemas que se deben tratar de solucionar. Cuando conoce las necesidades y se es educada para satisfacerlas; si puede apreciar la belleza en las relaciones sociales, en las distintas manifestaciones del arte, y en las relaciones que se establecen con la naturaleza.

El arte es trascendental a nivel mundial, pues contribuye en el desarrollo cognoscitivo, socio afectivo y locomotriz del educando. Es de vital importancia en la educación ya que es generador del desarrollo de la expresión creativa natural que todo ser trae consigo, estimula tanto las cualidades como los valores sociales, morales y la autoestima. Además, tiene la finalidad de introducir al educador y al educando en la ardua tarea de la creatividad, la sensibilidad, la apreciación artística y la expresión; factores que contribuyen al espíritu creativo y social de todo individuo.

El hombre es por naturaleza un ser que necesita comunicarse y expresarse para relacionarse con los demás. Es un ser único, con una capacidad de autenticidad en su expresión individual y con un lenguaje que lo diferencia del mundo animal. Precisamente por este lenguaje el hombre puede expresarse y crear sus propios símbolos. El individuo ha creado una simbología a través del tiempo; ésta se va transformando de acuerdo con su evolución intelectual, social y cultural, según V. Hemsy de Gainza (1995). El hombre crea

diferentes lenguajes y expresa sentimientos ya sea por medios orales, escritos, corporales, musicales o gráficos, pictóricos; su lenguaje el hombre está contribuyendo a su desarrollo intelectual, creativo y sensitivo. El ir desarrollando este lenguaje en adolescentes se contribuye a un mejor desarrollo intelectual, creativo y sensitivo. Trasladando estos fundamentos a la expresión y creatividad en el arte, se tendrá a consideración el desarrollo evolutivo en el educando que le permita "manifestarse artísticamente en el campo escolar y por ende socialmente". De acuerdo con sus etapas de desarrollo el dominio de la actividad artística va persistiendo de forma creativa e interpretativa. Para que llegue a su cauce se necesita de la estimulación del ambiente escolar y de la sociedad misma. (Bisquert, 1977, p. 93).

La danza, la música, el teatro y las artes plásticas en la educación establecen una serie de condiciones importantes que ayudan a la integridad en el desarrollo del alumno, tales como la psicomotricidad, la expresión, la simbología; la imaginación, la creatividad, el sentido estético, la apreciación artística, la sensibilidad, la percepción y el conocimiento. Si estos elementos integradores de la educación artística no se establecen en el campo educativo, la formación del adolescente no se realizará dentro de un sentido pleno y difícilmente habrá una relación armónica entre el individuo y el mundo exterior.

En los campos educativos fundamentalmente existe la ausencia del trabajo creativo y expresivo, por el hecho de que en la educación no se imparten las actividades artísticas. Esta situación tiene su base en el hecho de que existen pocos maestros especializados en el área y pocas escuelas dedicadas al arte; esto ocasiona una falta de promoción de las actividades creativas e intelectuales, un desequilibrio emocional y corporal, y una cadena de inseguridades en el educando, así como la desvalorización individual, ocasionada por el desinterés tanto de padres de familias como de educadores mismos, esto es está dado por el desconocimiento de lo que es y significa el arte en la educación.

Otra problemática surge cuando el maestro, aparte de su desconocimiento en el área, no lleva una metodología adecuada con una pedagogía creativa y comienza a utilizar elementos equivocados en las actividades, sucede cuando recurre a: La repetición de estereotipos, el condicionamiento reforzado por la reproducción de modelos ya establecidos (*ó sea la copia*), la utilización de dinámicas puramente individuales y no colectivas, la realización de actividades que no apoyan la formación del alumno partiendo de su etapa de desarrollo, la falta de estimulación en el desarrollo motor, creador e intelectual, la falta de respeto de la simbología del adolescente, la no realización de una decodificación pedagógica (*interpretación*

del trabajo creativo del adolescente), el manejo de las actividades artísticas de forma eventual y no como continuidad del proceso educativo.

Estas actividades y formas pedagógicas poco elaboradas y analizadas por el maestro, ocasionan en el adolescente: desvalorización individual, imposibilitan su formación integral, confusiones en su personalidad, desequilibrio emocional y falta de capacidad para ser productivo y no reproductivo. En este contexto, la educación artística, “**el arte**”, es utilizado nada más que como un medio y no como un fin en sí mismo. El propósito de la educación por el arte es usar el proceso de creación para conseguir que los individuos sean cada vez más creadores no importando en qué campo se aplique esa capacidad. El teatro en sí mismo es la manifestación artística que sobre las comunidades tiene un vínculo estrecho con la cultura popular de la localidad; en este sentido, la incorporación del mismo en la vida de una localidad o de un barrio con propuestas auténticas de alta calidad, es el estímulo más significativo para continuar y ampliar la exploración, apropiación y renovación de sus esencias culturales. Propicia en la adolescencia las bases para la apropiación crítica, disfrute pleno y expresión creadora de variadas manifestaciones de la cultura—heredada y contemporánea, propia y universal— elaboradas por el sujeto, sustentadas en la subjetividad y exteriorizadas en sus intenciones y modos de comportamiento. Estos valores implican el conocimiento de sus contenidos, la orientación humanística y la expresión auténtica de la personalidad en el medio circundante.

Esta aspiración requiere, por una parte, afianzar la personalidad en los valores histórico—sociales y culturales de su pueblo y, por otra establece un crítico con un mundo global. El enfrentamiento cotidiano a valores tan disímiles una educación que incentive desde las edades más tempranas, motivaciones, intereses, necesidades y comportamientos, que promueva el pensamiento independiente y creativo, las convicciones personales y su proyección social; contribuye a partir de la práctica del arte a fomentar los intereses culturales, integrando áreas diversas y afines, a partir de una motivación específica y en un clima de libertad y placidez; por eso los talleres de apreciación y creación constituyen la metódica esencial para este tipo de aprendizaje, donde el conocimiento, la afectividad y el movimiento se entrecruzan, según las propias motivaciones, hasta convertirse en centros de atracción relativamente sistemáticos y duraderos, y de esta forma incentivar, ejercitar o enrumbar las inclinaciones, motivaciones o expectativas de los adolescentes.

Es autoconvocado y autogestivo; es una forma de pensar, vivir y hacer política que no tiene filiaciones partidarias ni religiosas. El teatro comunitario busca recuperar con su arte al espacio público como escenario: la calle, los parques y las plazas. Su accionar se orienta a

la prevención de conductas desajustadas: violencias entre coetáneos, intrafamiliar, inequidad de género, marginadas sociocultural y exclusión, y conflictos socio- ambientales.

Por tanto, el arte dramático se ha convertido en una gran herramienta de aportes invalorable, se conecta con el medio social de forma inmediata y amena; abre las puertas de la sensibilidad estética, de la reflexión, de la capacidad de emocionarse, de comprender diferentes visiones y realidades de la vida y del mundo. Parte del conocimiento, a la cultura y a historias sin fronteras. Al mismo tiempo que el teatro estimula a los adolescentes al pensamiento y a la reflexión, también los cautiva a la diversión. Es un lenguaje que trabaja con la literatura, la música, la pintura, la danza, el canto y el mimo. Ha permitido en su desarrollo durante toda la historia de la humanidad, desde la edad de piedra alcanzar un sistema de conocimientos en las diferentes ramas del saber humano, abarcando lo político, artístico, lo ético, lo físico, en fin, un hombre preparado integralmente, más plenos y libres. Desde el punto de vista psicológico tiene una función catártica a través de los dramas subjetivos que se identifican con los dramas propios (*conflictos, frustraciones y esperanzas*). Mediante esta identificación se puede liberar determinadas emociones y encontrar nuevos caminos para enfrentar la realidad.

Es de gran magnitud la relevancia que en cada comunidad se desarrolle el actuar de un proyecto comunitario que en correspondencia con sus estrategias vincule el arte al conjunto de actividades orientadas a favorecer el cambio tanto individual como social, aprovechando las posibilidades que desde la participación se puede lograr en función de satisfacer o resolver las necesidades sentidas y percibidas por los integrantes de una comunidad.

Durante estos meses de COVID-19, muchas han sido las acciones que ha realizado el grupo de

“Ayuda Psicológica” para mantenernos informados, para combatir la incertidumbre y la ansiedad. Además de conferencias y atención individual, hemos navegado en un mar de experiencias de emociones, risas, cantos, bailes, teatro, fotografías y manualidades, lo cual ha constituido una verdadera arteterapia para enfrentar el confinamiento y lograr adaptarnos a la nueva normalidad. El arte es una herramienta terapéutica muy efectiva, aplicada por especialistas en psicología para atender a las necesidades de sus pacientes y mejorar su calidad de vida. Por lo tanto, es una disciplina que promueve ciertos hábitos saludables a través de la expresión artística. Dada la importancia que constituye el arte y sus distintas manifestaciones para nuestra salud, podemos relacionarlo constantemente con la Psicología.

¿Cómo ayuda el arte a la psicología?

La Psicología aporta el conocimiento de la mente humana y la conducta, sus procesos y desarrollo.

El arte es una representación constante del ser humano, sus emociones, pensamientos, incluso de su forma de vida, religión, su contexto histórico, desempeña un papel mediador y motor de la comunicación, ya que el artista a través de su creación transmite no solo emociones, sino también mensajes y nos hace reflexionar sobre nuestra existencia, los problemas sociales o la vida en general.

La Terapia Psicológica: También llamada Psicoterapia, es el conjunto de técnicas y procesos que lleva a cabo el profesional de la psicología clínica hacia el paciente con el objetivo de mejorar la calidad de vida de este, mediante la modificación de su conducta, pensamientos, actitudes o afectos que pudieran estar causando algún padecimiento o malestar.

Entre las distintas técnicas de terapia, la artística tiene mucha fuerza. Es una forma de terapia expresiva que usa el proceso creativo del arte para mejorar el bienestar físico y psicológico del paciente.

El Arteterapia constituye entonces la Terapia psicológica o psicoterapia a través del arte, como medio de recuperar o mejorar la salud mental y el bienestar emocional y social de las personas. De esta manera la terapia de arte combina dos áreas, la psicología y las artes. La expresión de las propias emociones a través del arte, puede ayudar a resolver problemas del pasado y puede ayudar a mejorar el autoconocimiento, la autoestima, el control emocional, reducir el estrés y la ansiedad, mejorar el estado de conciencia, la atención o la creatividad. En cualquier modalidad de Arteterapia, se implican los siguientes procesos básicos: la subjetividad, la creatividad, el conocimiento y el placer. La mayor o menor importancia otorgada a cada uno de ellos delimita los estilos básicos de Arteterapia: psicoterapéutica, artística, educativa, o recreativa.

El Arteterapia constituye un campo profesional relativamente reciente, de carácter multiteórico y multiprofesional. Mientras los seres humanos han utilizado el arte para expresarse y comunicarse durante siglos, fueron el auge del psicoanálisis, las vanguardias artísticas y la Segunda Guerra Mundial los factores que propiciaron la aparición y desarrollo del Arteterapia como disciplina. Por lo que empezó a formalizarse a partir de los años 20 del siglo pasado, cuando por aquella época, los profesionales de la salud se dieron cuenta de que

los pacientes que sufrían enfermedades mentales solían expresarse mediante la pintura u otras formas artísticas, lo que llevó a explorar los usos del arte como estrategia terapéutica.

Actualmente, el Arteterapia más allá de sus fines meramente terapéuticos, es considerada una técnica de desarrollo personal, de autoconocimiento y de expresión emocional. Esta disciplina parte de la idea de que los conflictos psicológicos pueden trabajarse a través de la producción artística, utilizando la música, la plástica, el teatro o la danza, teniendo en cuenta la situación terapéutica.

Es categorizada por la Organización Mundial de la Salud como un área de confluencia laboral de las artes, la salud y la educación y por tanto puede ser ejercida por psicólogos, profesores, educadores sociales, terapeutas ocupacionales, artistas, animadores socioculturales.

¿En qué contextos se aplica el Arteterapia?

- **En el contexto clínico:** En consulta de psicología, cuando se trabajan trastornos mentales, de ansiedad, de bipolaridad, manejo de emociones, conflictos de pareja, autoestima, crecimiento personal, crisis existencial, proyecto y sentido de vida, dependencia afectiva, en fin, en el concepto clínico se puede emplear en muchas problemáticas que pueden llegar a consulta.
- **En el contexto educativo:** Todos los tipos de arteterapia pueden llevarse a cabo en las instituciones educativas para trabajar la diversidad, igualdad y equiparación de oportunidades, fomentar valores como el respeto, la tolerancia que a veces se ve tan disminuida en las escuelas y así también ayudar a combatir el bullying, además, el arteterapia en la escuela da respuesta a demandas actuales de la educación. Al realizar arteterapia dentro del aula, se propicia un ambiente favorable para trabajar aquellas producciones que no correspondan a estereotipos impuestos. También la arteterapia es un gran instrumento para incrementar y mejorar la autoestima del alumnado, así como también del docente, trabajar la empatía, favorecer el autoconocimiento y afianzar la identidad tanto personal como social, además que fomenta el trabajo en grupo, lo cual va a permitir que entre el alumnado exista una interacción positiva entre ellos y también, perfeccionar la relación maestro-alumno.

- **En el contexto social:** Nos sirve para ayudar a las poblaciones vulnerables, la intervención social se orienta a una atención interdisciplinar e integrada de la persona que contribuya al desarrollo del proyecto de vida de esas otras personas que están en situación de vulnerabilidad.
- **Los talleres de bienestar emocional:** Donde se trabaja el autoconcepto, la autoestima, el duelo, el apego, las emociones, el estrés, etc.

Tipos de Arteterapia

Existen diferentes tipos de Arteterapia según la técnica a utilizar por ejemplo:

- **La Danzaterapia:** Los movimientos de la danza permiten integrar las emociones con el cuerpo físico. La danza accede a partes de la mente que la comunicación verbal no alcanza y es posible leer todo lo que el cuerpo expresa a través de la danza. Mejora la amplitud articular, la flexibilidad y agilidad, así como el equilibrio y coordinación psicomotriz liberan el estrés y la tensión, aumenta la confianza, refuerza el autocontrol y mejora la autoestima.
- **Dibujo y pintura:** Al dibujar o pintar se le puede dar salida a sentimientos y deseos ocultos. El principal objetivo del Arteterapia con dibujo y pintura es que el paciente siga sus impulsos de forma espontánea a través de texturas, trazos, colores o formas.
- **Musicoterapia:** La musicoterapia es muy efectiva, favorece el desarrollo emocional y afectivo. Se usa la música y/o sus elementos como ritmo, sonido, armonía y melodía para promover y facilitar la comunicación, las relaciones, el aprendizaje. En este caso el paciente y el terapeuta tocan o no, un instrumento o cantan. Ambos deben escucharse para que en una de las sesiones creen su propia canción o melodía. No importa si el paciente tiene o no conocimientos musicales, lo interesante es que el terapeuta reconozca la entonación y el tiempo para entender los deseos o emociones que no se expresan verbalmente.

- **Teatro o psicodrama:** A través del teatro se consiguen resultados eficaces para detonar la consciencia y el autoconocimiento de la riqueza interior. Se eliminan miedos, se consigue la aceptación individual y mejorar las relaciones interpersonales. La principal herramienta es la improvisación teatral para así “jugar” a las historias reales de la vida, así se crean personajes que se manifiestan desde el inconsciente.
- **Manualidades:** Desarrollan la creatividad, la imaginación, la concentración, paciencia, perseverancia, aumentan la autoestima, la autoconfianza y la capacidad de superación. Se pueden utilizar como entretenimiento para combatir el tedio o aburrimiento y en otros casos también como un negocio rentable.
- **Fotografía terapéutica:** Se usa la cámara fotográfica como agente de cambio personal o social. Promueve el autodescubrimiento o conocimiento de uno mismo, el bienestar, la mejora de las relaciones familiares y sociales.
- **Cine terapéutico:** Aprovecha los beneficios psicológicos del uso del cine o TV, películas, series o largometrajes como recurso didáctico, preventivo o terapéutico para ayudar a nuestra salud mental.
- **Danzaterapia:** Es uno de los ejercicios más completos porque ayuda al relajamiento del cuerpo, a liberar el estrés y es un buen ejercicio de cardio y provoca que el cuerpo libere endorfinas, oxitocina y serotonina conocidas como las hormonas de la felicidad.
- **Psicoballet:** Método psicoterapéutico cubano en el cual se conjuga el ballet con métodos y técnicas psicológicas para formar un sistema integral en el que intervienen además, música, danza, cultura física, expresión corporal, pantomimas, dramatización y juegos, que posibilitan restaurar el equilibrio psíquico-social en personas con discapacidades mentales, motoras y sensoriales.

Beneficios que aporta la terapia con el arte

1. En general la arteterapia ofrece múltiples beneficios como:

2. Es una manera efectiva para ayudar a esas personas que tienen dificultades para expresarse y comunicarse.
3. Permite a la persona expresar sus sentimientos, pensamientos y emociones, por lo que actúa como una manera de liberación.
4. Promueve el autoconocimiento emocional y la regulación de la conducta. Es útil en áreas como la rehabilitación, educación y la salud mental.
5. Ayuda a mejorar la calidad de vida.
6. Es muy efectiva con personas que sufren problemas sensoriales, físicos, motores o de adaptación social.
7. Es útil el uso con personas con Síndrome de Down, Alzheimer y Autismo. Funciona con niños y adolescentes con problemas de aprendizaje.
8. Puede emplearse para el tratamiento de fobias, estrés postraumático resultante de conflictos bélicos, abusos sexuales o desastres naturales.
9. Reduce el estrés y la ansiedad.
10. Ayuda a mejorar los síntomas del déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Es muy efectiva en trastornos de alimentación e imagen corporal.
11. Se emplea eficazmente para tratar adicciones.
12. Refuerza la autoestima y ayuda a pacientes que sufren depresión.
13. Se ha demostrado su efectividad también en la ayuda de pacientes con enfermedades terminales.

En tiempos de COVID-19

Durante esta etapa de pandemia por la COVID-19, muchas personas han estado viviendo un proceso de pérdidas diversas para mantener una estabilidad mental y emocional. El estrés, la ansiedad, tristeza, ira, la negación, resistencia al cambio, el teletrabajo, teleclases, el convivir con muchos en un espacio reducido o simplemente estar solo, entre otros estados. Por lo que podemos decir que el papel de las artes adquiere un mayor significado porque ayuda a aliviar la tensión mental a través de las distintas manifestaciones del Arteterapia durante períodos como estos. O sea, se hace indispensable, realizar actividades que mantengan tu cuerpo y mente enfocados.

Podemos decir que el confinamiento nos ha presentado muchos cambios y retos, sin embargo, también ha sido una oportunidad para aprender y crecer como mejores seres humanos, más capaces y más resilientes.

Ejemplo de ello son los millones de personas alrededor del mundo que han buscado diferentes alternativas para mantener su mente sana durante la cuarentena, hacer ejercicio, cocinar, jugar en familia, ver series, y en otros casos no han sido suficientes y la arteterapia ha sido su mejor opción. Existen también ejemplos de proyectos artísticos y comunitarios que han demostrado como el arte ha podido generar cambios positivos en la salud durante estos tiempos y aprovechar el estar en casa para aprender. Esta disciplina con múltiples beneficios es especialmente necesaria y útil en momentos de aislamiento o cuarentena con los que hemos tenido que vivir en estos tiempos.

Con todo lo antes expuesto podemos llegar a la conclusión de que el Arteterapia permite dotar de sentido una tarea altamente estimulante y creativa. Proporciona una manera de expresar sentimientos y puntos de vistas. Es útil en todas las etapas de la vida. La voluntad debe primar para emprender el proceso artístico.

Las sesiones de esta disciplina pueden realizarse en grupo o individual en pacientes variados. Deben tener en cuenta las características y necesidades del paciente. Cualquier persona no la debe implementar a menos que tenga conocimientos básicos. Los usuarios de un taller de arteterapia no necesitan tener experiencia ni habilidad artística.

La prioridad es el proceso de creación más que los logros técnicos del producto realizado. Ayuda a desarrollar capacidades personales como la creatividad, el aumento de la capacidad de percepción, la automotivación, autoestima, la resiliencia. Ofrece una herramienta de satisfacción y mejora personal.

Desde la propia experiencia de la psicología, el arte en el Grupo de Acompañamiento de “*Ayuda Psicológica*”, como muchos conocen es una herramienta terapéutica muy efectiva, aplicada por especialistas para atender las necesidades de sus pacientes y tratar patologías asociadas a la salud mental y al bienestar, también para promover ciertos hábitos saludables, tanto psicológica como socialmente a través de la expresión artística, y así ayudar a las personas a comunicarse, reducir el estrés y a superar problemas emocionales.

“Llevar el arte a la vida de las personas a través de actividades como bailar, cantar, pintar, escuchar música, ir a museos, conciertos, hacer fotografías, manualidades, ofrece una dimensión adicional sobre cómo podemos mejorar nuestra salud física y mental”.

Durante este tiempo, muchas han sido las acciones que ha realizado el grupo para mantenernos informados y aprendamos también a combatir la incertidumbre y la ansiedad que genera el aislamiento social.

Además de conferencias y la atención individual, hemos navegado en un mar de experiencias, de emociones, de risas, juegos, poemas, tejidos de las abuelas, manualidades de Anais y Paulita, los cantos de Tania, dibujos de los niños y niñas, hemos compartido cientos de fotografías, Mirian y sus fotografías de la Habana, los retos de baile de las emociones de Yankarlos y su hermano, teatros de Isa y Tony, de Paulita y su mamá, música, talleres de fotografía y manualidades y hasta recetas culinarias hemos compartido, lo cual ha constituido una verdadera Arteterapia para enfrentar el confinamiento y lograr adaptarnos a la nueva normalidad.

Se han convertido en una gran familia, todos, contar con la disciplina, la creatividad, la constancia, el esfuerzo, talento, inteligencia, la profesionalidad, la sinceridad, el respeto, los consejos, los comentarios, los aplausos, los stickers, y sobre todo, el amor desbordante, de tantos profesionales que han dedicado su tiempo y tantas familias que han confiado en el grupo, ha sido maravilloso. Una experiencia muy enriquecedora, de muchos y disímiles aprendizajes, pero también de grandes riquezas humanas, porque es en eso verdaderamente donde radica la clave del éxito, porque es la humildad de los corazones y la sencillez la que hace posible construir sueños y proyectar un futuro cada vez más optimista, sin tabúes, ni prejuicios, apartados del miedo y que independientemente de las circunstancias, debemos estar siempre unidos y abiertos libremente a cualquier oportunidad de brindar y recibir amor, porque el amor es el arma más poderosa que tenemos, la fuerza motriz que nos impulsa para salir adelante en la vida. Con este breve resumen de la relación entre arte y psicología en la que hemos estado inmersos durante todo este tiempo, pues llegamos al final de la exposición y les propongo ver dos vídeos, un dramatizado "A otro con ese invento", que se realizó como iniciativa para celebrar el Día Internacional de la Infancia, y un segundo video clip que se estrenó en la Gala Cultural de la Inauguración de nuestro evento "*Salud & Arte*" y que fue creado desde el grupo, con la canción llamada "El futuro está en el ahora", resultado de diversas familias, colegas, amigos, cantantes, participantes, que se sumaron a esta idea, muestra del amor, la solidaridad y el arte de acompañar emocionalmente a las familias en tiempos de pandemia. Mediante la cultura el individuo adquiere un estado emocional satisfactorio y el desarrollo de su sensibilidad, tiene ascendencia en las relaciones interpersonales, en la actividad laboral y en el adecuado uso y disfrute del tiempo libre, según V. Hemsy de Gainza (1995) "Nada de lo que se enseña en la escuela contribuye más inmediata o más directamente que el arte a mejorar las condiciones que promueva el crecimiento individual y la calidad de vida de cada ser humano". (p. 2)

Referencias

Álvarez, L. (2005). Sentido Psicológico de Comunidad y Participación Comunitaria: dos pilares para un verdadero desarrollo intercultural. En M. Fuentes, N. Vasallo, L. Álvarez, D. Pañellas *Psicología Social II: Parte 2 Selección de Lecturas*. 158-167. Félix Varela.

Ander-Egg, E., Aguilar, M. J.. *Como elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas. Editorial Humanistas.

Bany, M. & Johnson, L. (1971). *Dinámica de grupo en la educación*. Pueblo y Educación.

Cedeño Pérez, M. (2013). *Proyecto Salvaguarda del Patrimonio Cultural y Local “Raíces del Caguairán”*. Informe Científico. Municipio de Cultura de Boyeros. Archivos del departamento de Proyectos Comunitarios.

Herranz Castillo, T. (s.f.). Psicoterapia psicodramatica como tratamiento en los trastornos de Conducta infantil. Recuperado de <https://silo.tips/download/psicoterapia-psicodramatica-como-tratamiento-en-los-trastornos-de-conducta-infan>

Moreno Aragón, J. (2006). *Gestión de proyectos sociales y culturales*. Félix Varela.

Rivas, F. A. (2017, 13 de marzo). Teatro en la Comunidad y para la Comunidad. Arainfo. Recuperado 20 de mayo 2021, de <https://arainfo.org/teatro-de-la-comunidad-para-la-comunidad/>



**DISPOSITIVO DE ASISTENCIA EN PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS
E INTERVENCION EN CRISIS EN EL CONTEXTO DE EMERGENCIA POR
COVID-19**

Lic. Sonia Barroso, Lic. Elena Valerio y Lic. Paola Sepúlveda Moyano
San Luis, Argentina

*¿no hay otro destino?
Te escribo a vos que quieres saber,
transformar tu vida y volver
a barajar las cartas de tu propio juego.
Maria Florencia Freijo.*

Introducción

El presente trabajo se basa en la descripción del dispositivo de intervención psicosocial *#TeAcompaño*, implementado desde la Comisión de Emergencia y Catástrofe del Colegio de Psicólogos de la Provincia de San Luis para responder a la pandemia por COVID-19.

La Provincia de San Luis es una de las 23 provincias que integran la República Argentina. Su capital y ciudad más poblada es la homónima San Luis. Está ubicada al sureste de la región del Nuevo Cuyo, al oeste del país, limitando al norte con La Rioja, al este con Córdoba, al sureste y sur con la Provincia de La Pampa, al oeste con el río Desaguadero que la separa de Mendoza, y al noroeste con San Juan. Con 432.310 habitantes según censo de 2010. (Wikipedia, 2021)

División política de San Luis

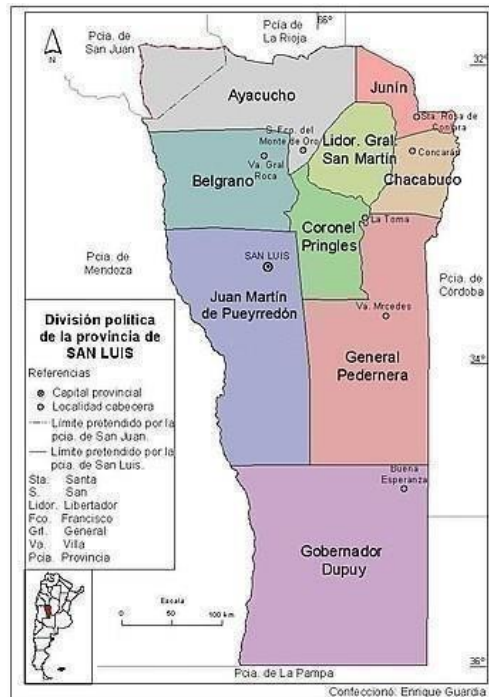


Imagen 1. División política de San Luis.

Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Divisi%C3%B3n_pol%C3%ADtica_de_la_Provincia_de_San_Luis_-_Argentina-.jpg

Desde el inicio del anuncio de la pandemia el 19 de marzo de 2020 la gobernación provincial busco colaborar y acompañar las medidas gubernamentales dadas a nivel Nacional. El SARS COV 2 se presentó en el mundo y produjo rápidamente un corte inesperado en la cotidianidad que desestabilizó a las personas, promoviendo una serie de reacciones emocionales, conductuales y/o fisiológicas ante el temor que presagiaba una realidad desoladora a raíz de las noticias que llegaban a la población de otros países, tanto europeos como vecinos. En un primer momento, la situación era realmente abrumadora e incierta.

El coronavirus tuvo un impacto global ampliamente mayor a cualquier otro tipo de emergencia; Cabe destacar, que la provincia conservó durante gran parte del año 2020 su estatus sanitario, es decir, que hasta entonces había casos aleatorios y esporádicos que eran contenidos con medidas puntuales.

La circulación comunitaria del virus comienza en San Luis recién en agosto-septiembre 2020. si bien, el estatus sanitario era óptimo al principio la población, emocionalmente, vivía el impacto de las medidas y la falta de la presencialidad, muchos ciudadanos presentaban temor, ansiedad, intenso estrés.

Todas las situaciones de emergencia se presentan como eventos disruptivos puesto que tienen la capacidad potencial de desestabilizar los procesamientos psíquicos por lo que los sujetos frente a ello, elaboran una serie de respuestas que deberán ser entendidas como “*respuestas normales ante situaciones anormales*”. (Benyackar; 2012). Entonces, podemos decir que a todos los sujetos se les impuso de este modo la necesaria creación de nuevas realidades externas e internas (psíquicas), vinculares y afectivas como también sociales, económicas y políticas utilizando como medio las nuevas tecnologías. Nos encontramos con que ellas posibilitan de algún modo "sustituir" la muestra de cariño y afecto dando como resultado la sensación de acompañamiento por otros que son significativos. Esto representó y representa, aun actualmente un desafío que puso y pone en marcha la posibilidad de trabajar el nivel de incertidumbre y la tolerancia a la frustración en toda la población y de la cual los profesionales no están exceptuados.

¿Cómo se crea la Comisión?

La Comisión de Emergencia y Catástrofes del Colegio de Psicólogos de la provincia de San Luis surge luego del Accidente de Zanjitas, hecho ocurrido el 2 de noviembre de 2011, esta es considerada la peor tragedia de la historia de la provincia.

Zanjitas es un pequeño pueblo provincial ubicado a 58 kilómetros de San Luis. la situación de emergencia se produce luego de que un tren de carga arrolló a un colectivo que trasladaba a más de 40 alumnas de un Colegio ubicado en la capital puntana, quienes realizaban un viaje de solidaridad, acompañadas de docentes y padres. En esta ocasión fallecieron 6 alumnas y dos docentes, dejando numerosas víctimas a nivel físico y psicológico, sin contar las consecuencias emotivas de la población general.

Ante este hecho intempestivo, un grupo de profesionales, convocados por el Colegio de Psicólogos, participaron voluntariamente en diferentes y numerosas actividades (acompañamiento de los padres de las niñas fallecidas, de la escuela y de las otras estudiantes).

Se precisó de una capacidad de respuesta y formación que puso de manifiesto la importancia de crear la Comisión de Emergencia y Catástrofe desde el Colegio de Psicólogos provincial para poder organizar el trabajo con anterioridad a los eventos que pudieran ocurrir y de este modo, estar preparados para dar respuesta desde un equipo en continua capacitación en esta rama del conocimiento. Lo primero que se trabajó fue el encuadre, es decir, la creación de un protocolo que permitiría establecer pautas claras de acción.

Antecedentes de Intervención de la comisión

En marzo de 2014 en Naschel, un policía ingresó en una discoteca disparando a quienes se encontraban en el lugar. Como consecuencia, dos personas fueron asesinadas y hubo decenas de heridos.

Para dicha intervención, gracias a la colaboración del intendente del lugar, habilitaron el salón comunitario y se brindó contención grupal e individual a más de 60 personas. La intervención fue muy bien recibida por la comunidad, teniendo en cuenta el gran impacto emotivo que había generado este hecho violento e inesperado en un pequeño pueblo que tenía como característica la tranquilidad.

En el 2015 se trabajó en la asistencia a la población afectada por el aluvión que hubo en el noreste de la Provincia y que causó daños materiales importantes. Las intervenciones consistieron en acompañar psicológicamente a la población en los distintos lugares donde se desataron las tormentas.

En 2016 se asistió a los incendios que se produjeron en una ciudad cercana a la capital provincial, ciudad de La Punta, cuando el fuego estaba llegando a las casas vecinas. En ese entonces se observaron situaciones de mucha angustia ante las pérdidas de todo lo material y el hecho de tener que abandonar las viviendas particulares debido al humo que llegaba rápidamente.

En 2017 intervenimos en un accidente de tránsito en el cual una familia que viajaba de Chile a Córdoba tiene un accidente donde se precisa de acompañamiento diferenciado puesto que todo el grupo familiar sufre lesiones y presenta un shock. Cada menor debió ser acompañado y cada adulto también. Además de la contención in situ.

¿Cómo se comenzó a trabajar en Pandemia?

A comienzo de marzo 2020, observando atentamente lo que estaba pasando en el mundo a raíz del COVID-19, la Comisión de Emergencia y Catástrofes se reunió con la Comisión Directiva del Colegio de Psicólogos de la Provincia de San Luis para presentar una propuesta de intervención, y luego con las referentes del Programa de Gestión de Políticas en Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de San Luis, con las cuales se generó en esta oportunidad un convenio, a través de la Res. 157/2020. De este modo se estableció un contexto de colaboración entre las diferentes instituciones, que hizo más eficaz y fluido el trabajo y, permitió la creación del dispositivo *#TeAcompaño*, servicio donde numerosas/os psicólogas/os asisten telefónicamente a la población a través de técnicas de Primeros Auxilios Psicológicos ad honorem.

En este nuevo contexto de intervención se creó un Protocolo específico, considerando las características peculiares debidas a la Pandemia. Anteriormente, por ejemplo, el protocolo requería la presencialidad, pero teniendo en cuenta el modo en que se expandía el virus a nivel nacional e internacional, se necesitaba configurar un nuevo esquema de acción con las herramientas virtuales a disposición, para así, desde el autocuidado, poder brindar contención y sostén.

En este sentido fue fundamental la experiencia de una de las coordinadoras del servicio, que participó activamente en 2019 en la creación del dispositivo chileno para la realización de Primeros Auxilios Psicológicos a la población luego del estallido social en el país vecino. En esta ocasión las/los profesionales chilenos se autoconvocaron para asistir en esta emergencia, que por sus particulares circunstancias, tenía que ser realizada por vía virtual. (Comisión de EyC, 2020).

Creación del servicio *#TeAcompaño*

El servicio de *#TeAcompaño*, que como anticipamos, es el fruto del trabajo de las diferentes instituciones (Comisión de Emergencia, Salud Pública y Psicólogos Sin Fronteras), tiene como objetivo primordial acompañar de manera rápida y contenedora a todas las personas que lo necesitan dentro del territorio de la provincia de San Luis, colaborando de este modo con el sistema de Salud Pública que se preveía saturado por la situación misma de pandemia, por la comprensible ansiedad que se podría generar en la población.

En un primer momento se pidió la colaboración a través de un comunicado que surge al interior de la comisión de emergencia, avalado por el colegio de psicólogos y el estado provincial, a todos aquellos profesionales que estuvieran en condiciones de trabajar de manera voluntaria en el marco de la pandemia mundial, esto significó contar con recurso humano profesionalizado en favor de la sociedad. Aquellos colegas que desearan participar debían llenar un formulario con datos específicos pero era fundamental para la regulación de la práctica estar matriculado. Es importante destacar que una forma de expresión social que contrarresta lo traumático es cuando emerge la solidaridad colectiva; 256 profesionales se inscribieron.

Las/los Voluntarias/os Psicólogas/os que trabajaron y trabajan en el dispositivo utilizan como herramienta de intervención los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) (PUC de Chile, 2014), para acompañar virtualmente a cada una de las personas que solicitan la atención, permitiéndoles un espacio donde se puedan expresar y normalizar lo que se encuentran transitando, utilizando técnicas de relajación, respiración profunda para calmar la ansiedad, psicoeducación y mindfulness.

En consonancia es interesante destacar que en los llamados los profesionales evalúan la capacidad de simbolización y significación que las personas pueden tener, teniendo en cuenta su historia previa y cuáles son las redes de apoyo con las que cuentan, qué vínculos cercanos son aquellos que sostienen; se busca desde el servicio fortalecer la red de contención de familiares y amigos en consideración del contexto. Asimismo, se evalúa si el/la misma/o necesita una atención más prolongada o de otros profesionales, derivando según el caso y las posibilidades, a salud pública o privada.

Hasta la fecha se recibieron 1280 solicitudes de atención. Y se realizaron más de 3800 intervenciones telefónicas.

Es importante subrayar que a través de este dispositivo se pudieron lograr los objetivos propuestos, considerando que el 53% de las/los solicitantes pudieron normalizar sus sentimientos de angustias y fortalecer sus recursos internos. De este modo, solo el 47% necesitaron ser derivados a otros servicios, de los cuales solo la mitad de ese porcentaje fue destinado a la Salud Pública, ayudando de este modo, a no sobrecargar el sistema de salud, ya fuertemente presionado por la pandemia.

¿Cómo funciona el servicio?

El servicio contaba en la primera fase, desde fin de marzo hasta junio 2020, con 256 profesionales convocados, divididos en 8 comisiones que se reunieron según área de interés y experticia, para poder brindar un mejor servicio.

Las comisiones estaban divididas por rango etario y por aspectos que se consideraron prioritarios, por características específicas relacionadas a las circunstancias particulares debidas al COVID-19.

Los procesos internos de organización fueron cambiando a lo largo del tiempo, porque se evaluaron y pusieron en marcha modos de mejorar el servicio y también por los cambios en el contexto.

En las primeras dos comisiones descritas abajo participaron Psicólogos Sin Fronteras y algunas personas que no eran psicólogos matriculados, pero que tenían la voluntad de ponerse al servicio del bien común.

➤ **Comisión de Recepción:** encargada de recepcionar los llamados por las vías de comunicación habilitadas para tal fin, formulario o e-mail. Esta comisión pasaba la información a la Comisión de Derivación.

➤ **Comisión de Derivaciones:** dividida por referentes en horarios de dos horas cada integrante para optimizar el tiempo y no sobrecargar a ningún/a voluntario/a, que lo pasaba al referente de la comisión específica teniendo en cuenta la solicitud recibida.

Comisiones de atención en Crisis

Comisión de Niñ@s y Adolescentes, desde los 0 hasta los 20 años.

Comisión de Atención general, de 21 a 45 años.

Comisión Adultos y Adultos mayores, de 46 a toda la vida.

Comisión de LGBTIQ+, comisión creada para responder a situaciones específicas que podían necesitar de un tipo particular de respuesta debido a la vulnerabilidad de la población LGBTIQ+ ya afectada por la exclusión del trabajo formal, salud, educación, vivienda, donde el aislamiento podía incrementar o predisponer a situaciones de mayor violencia y discriminación.

Comisión de Primera Línea, para atender las necesidades de todas aquellas personas que seguían trabajando en primera línea en la fase de aislamiento (cajeras, remiseros, personal de salud, etc.).

Comisión Casos Críticos, última comisión creada para responder a las numerosas solicitudes donde se identificaba con anticipación un riesgo de vida alto para sí mismo, o los demás. Esto sucedió a finales de abril y principios de mayo de 2020 donde el bombardeo mediático sobre la peligrosidad del virus incrementó. De esta manera las personas eran obligadas a ponerse en contacto con la posibilidad de perder todos incluso seres queridos y la propia vida. Lo que disparaba elevados montos de angustia y pánico, junto a la sensación de fin del mundo. Para la creación de esta comisión se convocó, dentro de la misma red de voluntarias/os, aquellas/os profesionales que deseaban intervenir en estas situaciones que requerían una gestión más cuidadosa y en cooperación rápida con otros servicios públicos, como el Hospital de Salud Mental, por trastornos psicológicos graves o tentativa de suicidio, o la Secretaría de la mujer, en situaciones de violencia.

En esta primera etapa, donde eran numerosas las/los voluntarias/os, cada Comisión tenía referentes, por bloque de hora diario, y un coordinador. El objetivo de esta organización era debido al número muy elevado de solicitudes recibidas a diario y así cuidar el equipo de voluntarias/os que conformaban el Dispositivo.

Herramientas Utilizadas

Se generaron numerosos formularios Google para:

- Solicitar la atención psicológica.
- Registrar la conformidad del trabajo voluntario de las/los voluntarias/os y el área de interés de intervención.
- Registrar el tipo de intervención realizada, la situación psicológica y psiquiátrica anterior a la pandemia y la necesidad de derivación a otro servicio.
- Saber desde la coordinación la experiencia del usuario en el servicio ofrecido.
- Saber desde la coordinación la experiencia del profesional en su atención con los diversos usuarios y cómo se sentía, brindando también el espacio de escucha para las posibles inquietudes.

Toda esta recolección de información permite un análisis interesante de la situación y del servicio mismo en su conjunto.

Considerando que a lo largo de estos meses la Provincia ha ido modificando su status sanitario, nuestro dispositivo ha ido actualizando las propuestas de atención para adaptarse a la nueva realidad.

En el periodo de mayor flexibilidad, donde se volvió en algún modo a vivir sin muchas restricciones, el número de voluntarias/os se redujo como así también de las solicitudes, así que se creó una única Comisión llamada **Guardia Activa**, compuesta de 40 profesionales, donde la recepción y derivación de las solicitudes está gestionada por la Coordinación del Dispositivo. Esta comisión ha atendido desde mediados de junio más de 500 solicitudes. Sin embargo, últimamente, abril de 2021, con el aumento de casos de personas contagiadas de coronavirus en la provincia volvieron a aumentar los pedidos de ayuda, y por ende se están solicitando la reincorporación de nuevos voluntarios.

El proceso de solicitud de atención

Existen diferentes vías para contactar con el servicio:



Autopista de la información: 4452000/4452010



emergencias.psico.sanluis@gmail.com



Emergencias Psico San Luis



emer_psico_sanluis



<https://www.sanluis.gov.ar/coronavirus/saludmental>

Formulario:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf9W68Y4gZUKxCcib-GIZL07sN-83yXK0_tgnrU9m4E_Hx3VA/viewform

El formulario de solicitud de atención, es la puerta de entrada a la intervención que hacemos desde el dispositivo; las solicitudes ingresan a una base de datos y posteriormente cada solicitud es derivada al grupo de profesionales psicólogos/as de **Guardia Activa**, de acuerdo al horario disponible que ha elegido el o la consultante y, por afinidad etaria o especialidad del/la profesional. El segundo paso es el primer contacto con el o la consultante

y de acuerdo al criterio profesional, se interviene dos veces más o es derivado ya sea a salud pública o privada u otros centros de la Provincia (Centro oncológico, Programa VIH/sida, Secretaría de Género, Mujer y Diversidad, etc.).

Nuestro formulario es posible encontrarlo en la página del Gobierno de la Provincia de San Luis, en nuestro Facebook e Instagram y es también compartido a través de grupos de WhatsApp.

Otras Acciones Realizadas desde el servicio

- Se realizó PAP a 41 personas que se encontraban alojadas en la residencia Universitaria u Hoteles dispuestos para realizar el aislamiento proveniente de otras provincias al principio de la Pandemia en la Provincia.
- En Agosto de 2020, el servicio se ofreció para acompañar a las personas que estaban en los Centros de Atención de Pacientes Leves, donde venían alojadas aquellas personas contagiadas por COVID pero sin síntomas, considerando una situación extremadamente estresante tener que residir 14 días lejos de casa, con otras personas desconocidas, contagiadas por un virus del cual se sabía poco, y muchas veces con familiares internados en el Hospital, por estar con síntomas más fuertes. Se considera adaptar el servicio realizando atenciones grupales on line, de máximo 10 personas, coordinado por 2 profesionales. Estas intervenciones, si bien han sido positivamente recepcionadas por las personas referentes del Ministerio de Salud, del Programa de Salud Mental no fueron realizadas, considerando que además después de 2 semanas las decisiones políticas se modificaron y se permitió a aquellas personas que dieran resultado positivo de COVID 19 sin síntomas graves, permanecer en sus viviendas particulares. Sin embargo, se llevó a cabo la atención individual para aquellos que se encontraban en dichos centros y que, en esta misma circunstancia, perdieron algún familiar a causa del virus.
- Se realizaron intervenciones grupales por videoconferencia con las personas alojadas en la Penitenciaría Provincial que se encontraban aisladas en este mismo contexto por haber contraído el virus.

Intervenciones que se propusieron desde el servicio en 2020

- La realización de un protocolo (Comisión de EyC, 2020), para atender en manera grupal la fuerza de policía, involucradas en primera línea, y con dinámicas muy propias, para permitirles gestionar el elevado estado de estrés debido a las circunstancias mismas.
- Creación de un marco de cooperación y colaboración con el CIAP, (Centro Integral de Atención Psicológica), de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis (UNSL).
- La puesta a disposición del grupo de voluntarias/os para atender las personas afectadas en el derrumbe de una casa en la ciudad de San Luis, donde murieron dos personas. En esta circunstancia se vieron afectados no sólo las personas que vivían ahí, sino también toda la población.
- En los primeros días de octubre 2020, por la presencia de numerosos incendios en toda la provincia el servicio fue brindado a los afectados de este ulterior evento, algunos de los cuales sufrieron el desalojo desde la maternidad de la provincia “Hospital Teresita Baigorria”.
- Relación con redes con Asociaciones de ciudadanos.
- Nos convocaron como expertos para la realización del Informe de Bienestar Psicosocial, documento solicitado por el Gobernador de la Provincia de San Luis, el Dr. Alberto Rodríguez Saá cuyo objetivo era proporcionar información y herramientas para el bienestar de la población. (Comisión de EyC, 2020).
- Capacitaciones en Psicología de la Emergencia a las/los voluntarias/os.
- Se recuerda además que el mismo protocolo propuesto por la Comisión, previa autorización, fue compartido con la Prov. de Chaco y la Pampa para ayudarlos a organizar las acciones en estas otras provincias. Sumado a esto, en el pasado mes de marzo 2021, como consecuencia de los numerosos y devastadores incendios en el sur Argentino, específicamente en Chubut, colegas de Neuquén nos solicitaron apoyo para los voluntarios psicólogos de esta Provincia, ya que ellos irían en asistencia de la Provincia anteriormente mencionada dónde estaban produciéndose los incendios.

Conclusión

Este ha sido un año y medio de aprendizaje en todo sentido desde lo personal, lo colectivo pero sobre todo lo humano, aprender a trabajar en equipo y a gran escala, siendo red y también en el lugar de nexos en las atenciones con otras instituciones.

Primero fue muy grato poder contar rápidamente con tantos colegas dispuestos a ayudar gratuitamente brindando su trabajo y tiempo. Es importante remarcar que todos los logros realizados fueron posibles gracias al compromiso de las/los voluntarios psicólogos/as, y al trabajo en conjunto de diferentes instituciones, considerando más importante el bien común por sobre cualquier otra ideología personal.

Sentir que eso de tener en cuenta a los otros como personas se cumplió de manera taxativa, considerar que es muy importante como se impone la construcción de sentido a través de las experiencias vividas y también es fundamental que los usuarios puedan ser escuchados en sus miedos, en sus angustias y en sus pérdidas, para poder contener y sostener la salud mental de la comunidad, tan importantes en el bienestar individual y colectivo, también para contrarrestar el contagio.

Poder ver en acción los diferentes recursos INTERNOS Y COLECTIVOS, como la tolerancia a la frustración, la empatía, la solidaridad, el respeto, EL HUMOR tan importante y vital para todos, por mencionar solo algunos de los aspectos resilientes. Trabajar en equipo para ayudar rápidamente a la población, normalizando así sus emociones.

Desde nuestro lugar sólo podemos agradecer todo lo aprendido y agradecer también este encuentro fructífero que nos permite compartir y resignificar.

Referencias

Cortéz Montenegro, P. y Figueroa Cabello, R. (2011). *Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos: en crisis individuales y colectivas*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales (CIGIDEN). Recuperado de https://www.preventionweb.net/files/59897_auxiliar.pdf

Comisión de EyC del Colegio de Psicólogos de San Luis (marzo, 2020). *Protocolo de Intervención Psicológica por Covid-19 en San Luis-Argentina*.

Comisión de EyC del Colegio de Psicólogos de San Luis (octubre, 2020). *Protocolo de Intervención Grupal*.

Comisión de EyC del Colegio de Psicólogos de San Luis (octubre, 2020). *Protocolo de Intervención Grupal a Internos de la Penitenciaría de la Provincia de San Luis*.

Comisión de EyC del Colegio de Psicólogos de San Luis (octubre, 2020). *Informe para Observatorio Niños, Niñas y Adolescentes*.

Santini, O. (2015). *Emergencias y desastres. Gestión de Riesgos. Estrategias Preventivas Asistencia y Rehabilitación Psicosocial*. Brujas.



LA AYUDA PSICOLÓGICA EN TIEMPO DE COVID-19 DESDE LA DISTANCIA

Lic. Mabel Cedeño Pérez, Dra. Caridad Zurita Cruz, Msc. Ismelda Peña López, Lic. Adrianna López Leiva, Lic. Yanelis Amelia Acosta Valdés, Lic. María Adela Añuez Morffi, Dra. Maricela Barreda García, Lic. Nialé López Martínez, Lic. Noharys Menéndez Hechevarría, Msc. Miriam Menéndez Peña

La Habana, Cuba

Sobre las investigaciones realizadas y teniendo en cuenta el contexto actual donde nos enfrentamos a una llamada “*Crisis Mundial*”, por la catástrofe de la Epidemia, cuya amenaza es real en más de 180 países del planeta y Cuba no está exenta de ello, se asume lo planteado por una especialista cubana que define las catástrofes como inesperadas, con carácter de urgencia, como impacto social sobre comunidades enteras, con manifestación de peligro, con duelos individuales y colectivos. Argumentando también que la psicología de emergencias y desastres es una rama que se orienta al estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos antes, durante y después de la situación de catástrofe. (Losada Fernández, 2004)

Las epidemias producen en la población tensiones y angustias, se sufren alteraciones psicosociales, por lo que se requiere de atención psicológica. Señala el Presidente de la Sociedad Cubana de Psicólogos que las investigaciones han demostrado que después de un acontecimiento traumático, las cicatrizaciones de las heridas psicológicas eran mucho más largas, además que es de primordial importancia prestar asistencia inmediata tanto a las víctimas, como a los propios socorristas y hasta los responsables de las gestiones de asistencia y garantizar el apoyo a largo plazo para ciertas comunidades de damnificados. (Lorenzo Ruiz, 2020, p. 3).

Se señala por estos investigadores y además lo arrojan las técnicas aplicadas en el grupo y el trabajo individualizado, que las principales alteraciones psicológicas ante, durante y pos pandemia son principalmente miedos, sentimientos de abandono, ansiedad, depresión, duelos, apego infantil, reacciones colectivas de agitación y descompensación de trastornos psíquicos preexistentes. Se requieren en estas nuevas condiciones una readaptación en los hábitos y rutinas diarias, nuevas formas de trabajar y ajustes a los recursos que deben ser

reducidos. Todo esto nos lleva a experimentar mayores niveles de estrés por la falta de control sobre la situación y por las exigencias que impone el aislamiento físico.

La situación problemática anteriormente expuesta existente en Cuba y a nivel internacional requiere de la conciencia y aceptación de que a mayor percepción del riesgo existe la posibilidad de menor impacto o consecuencias psicológicas. Esto demanda con urgencia a los especialistas la búsqueda de acciones; en virtud del bienestar psicológico, la estabilidad emocional y la salud humana. Partiendo de las consideraciones anteriores nos planteamos en nuestro trabajo el siguiente problema de investigación: ¿Cómo contribuir con el bienestar psicológico en los tiempos de aislamiento físico producido por la COVID-19?

La Asociación Nacional de Psicología, convoca a la unidad de todos los profesionales de esta especialidad a participar en proyectos diversos y heterogéneos de “Ayuda Psicológica” por la vía a distancia con la utilización de diferentes medios de comunicación, se orientó la Telepsicología, como modo de actuar por los psicólogos cubanos para ayudar y acompañar en el afrontamiento a este Virus. Se escoge la plataforma WhatsApp inicialmente, como vía de comunicación y divulgación de este actuar, ya que se conoce el elevado porcentaje de personas que usa esta aplicación para comunicarse con familiares, amigos y demás miembros. Junto a WhatsApp se usan además Telegram, Facebook, YouTube, como medios de divulgación y promoción de las actividades que responden a las acciones realizadas para el bienestar y la salud mental.

Es objetivo de este artículo divulgar los resultados parciales obtenidos, por el grupo cubano de Telepsicología Ayuda Psicológica, que pertenece al Programa Nacional de Acompañamiento psicosocial a las personas en tiempos de COVID-19, bajo la coordinación general de la Sociedad Cubana de Psicólogos. Este grupo cubano surgió con el objetivo de propiciar desde la distancia la estabilidad emocional en un espacio de interacción, socialización y retroalimentación con la familia, los niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos durante las condiciones que impone el COVID- 19.

Estos grupos surgen por la creciente necesidad de acompañar a las personas antes, durante y postpandemia. Con el objetivo de cumplir con las acciones anteriormente señaladas se crea el un grupo de “Ayuda Psicológica “cubano, dirigido desde el Municipio de Boyeros, Provincia La Habana. Integrado por profesionales de la psicología y la pedagogía, cuya misión va dirigida a ofrecer recomendaciones útiles a todos en esta etapa de aislamiento físico, necesario para controlar la epidemia, desde un clima emocional positivo, para entre todos cooperarenestabatalladeaprendizajehaciacomportamientosaludablesentiemposde la COVID-19.

La investigación realizada es de carácter cualitativo, pues la estrategia elaborada se rediseñó en función de las necesidades de los participantes, esto posibilitó la implementación de diferentes acciones grupales: conferencias, talleres, intercambio de bibliografías, información actualizada sobre protocolos de Salud y noticias de interés para todos los miembros del grupo, además de forma individualizada con los que requerían de una atención más directa por su sintomatología. Se constató con la aplicación de los instrumentos y las técnicas aplicadas resultados favorables en los participantes, aspecto que se evidenció en testimonios emitidos por los mismos.

En este capítulo se explican los resultados parciales de las acciones realizadas desde la distancia vía WhatsApp. Este proyecto de “**Ayuda Psicológica**” asume como postulados teóricos-metodológicos básicos los resultados obtenidos en investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional sobre: desastre, inteligencia emocional, convivencia; así como también la experiencia de las Especialistas en la atención psicológica. Todo ello adaptándolo a un nuevo contexto donde instrumentos válidos y necesarios en el quehacer de la Psicología, como la observación, no se encuentran. La atención individualizada a las personas está enfocada en orientar y desde ahí lograr desarrollar todos los recursos posibles para un mejor afrontamiento en el momento de crisis ocasionado por la Pandemia. Aunque el grupo fue diseñado para la ayuda a la población cubana, sus miembros también son de países como; México, Perú, Guatemala, El Salvador, Ecuador, Estados Unidos y España. Participan en la muestra de este trabajo los miembros de este grupo que suman 160 personas.

Para cumplir con los principios anteriormente señalados se asume lo planteado por el Presidente de la Sociedad Cubana de Psicólogos; las especialistas seleccionadas como moderadoras del grupo deben poseer las cualidades psicológicas necesarias para la actuación en condiciones difíciles o extremas: resistencia psicológica; disposición emocional favorable y alta motivación; autocontrol y autodominio; adaptabilidad; voluntad, independencia, confianza y seguridad en sí mismo; capacidad para la comunicación, el restablecimiento y recuperación. (Lorenzo Ruiz, 2020)

Estos aspectos teóricos-metodológicos y el diagnóstico preliminar realizado les permitieron a las integrantes del grupo la búsqueda de recursos, apoyos, protocolos de tratamiento y las acciones a realizar dentro del proyecto:

- Creación del grupo WhatsApp de “*Ayuda Psicológica*”, sitio <https://chat.whatsapp.com/19f9xYisDoC1srXQAdDS6c> y la convocatoria a las especialistas moderadoras.
- Creación del grupo WhatsApp Moderadoras con el objetivo de valorar en privado los resultados de las acciones realizadas.
- Establecimiento de normas grupales que respondan al objetivo del grupo Ayuda Psicológica.
- Coordinar y crear espacios de interacción e intercambio grupal con temáticas planificadas por Moderadoras del grupo.
- Intercambio de bibliografía, orientaciones, recomendaciones y sugerencias a las familias para trabajar con sus hijos.
- Atención individualizada a las personas con alteraciones psicológicas que lo soliciten.
- Elaboración y aplicación de encuestas con el objetivo de identificar las principales ansiedades, miedos, preocupaciones, necesidades, motivaciones e intereses de las personas que requieren de nuestra atención.
- Realización de reuniones de análisis y discusión de casos, estudio de los glosarios y materiales de psicología en grupo de Moderadoras.
- Evaluación sistemática, a corto, mediano plazo de la efectividad del grupo mediante la Técnica evaluativa del PNI (*positivo, negativo e interesante*), determinando las lecciones aprendidas.
- Elaboración de etiquetas y boletín dirigidas a la divulgación de mensajes positivos, resumen de las conferencias.
- Creación de una página Facebook para divulgar las acciones del grupo.
- Diseño de un logotipo para identificar al grupo de Ayuda Psicológica.
- Intercambio de experiencias de los participantes y sus familias. Exposición de videos familiares, conmemoración de fechas significativas, realización de gigantografías con la experiencia familiar en imágenes de cada participante.
- Incentivar la participación activa-colectiva en la búsqueda de experiencias positivas y compartirlas con otros y así convertirlos en protagonistas y hacedores.
- Creación de un espacio virtual de Conferencias Especiales, Talleres Comunitarios, Talleres Vivenciales, Sitio Bibliográfico; Relatos de Experiencias en Tiempos de Pandemia.
- Realización de un Taller Virtual de Intercambio de Experiencias “*Salud & Arte*”.

- Publicaciones de Ponencias, artículos en Revistas, Sitios Web y Eventos Internacionales Online (Portal del Ciudadano de la Habana).
- Reconocimientos en el XI encuentro Internacional de Estudiantes de Psicología en las fechas correspondientes del 26 al 30 de octubre del 2020. Reconocimiento por la presentación de la Ponencia Titulada “Ayuda Psicológica desde la Distancia” en el Marco del Congreso Virtual de la SIP (Aportes de la Psicología ante el COVID-19).

Talleres Comunitarios

Manualidades: Las manualidades son trabajos efectuados con las manos haciendo uso o no de herramientas y constituyen además trabajos manuales que realizan los escolares como ejercicio de desarrollo creativo en la actividad maestro – alumno. Contribuyen con el medio ambiente al estar relacionados con el reciclaje, muchos trabajos utilizan materiales de segundo uso como frascos de vidrios, botellas, pedazos de madera, neumáticos, entre otros que pasan a tener un reuso y no terminan contaminando nuestro planeta. En estos momentos de confinamiento que nos ha tocado vivir, el arte de las manualidades constituye un oasis perfecto para aprovechar el tiempo, activar el cerebro y olvidamos de los problemas diarios para disminuir el estrés y aumentar nuestra autoestima, desarrollar nuestra imaginación, la paciencia y alejar los momentos de depresión y ansiedad al conseguir satisfacción personal por completar una actividad.

Fotografía: Este Taller de fotografía está concebido con la idea de brindar a las familias en casa un espacio alternativo, donde todos los miembros de la familia puedan integrarse y participar. La fotografía como terapia psicológica nos servirá para establecer relaciones con los participantes y contar historias desde otra perspectiva, ya que hoy en día la mayor parte de las personas consumen mucha información visual en las redes sociales.

A través de la fotografía los participantes cuentan historias, se liberan de experiencias dolorosas que los ahogan, se utiliza para la resolución de conflictos. Este taller sirve como herramienta curativa a nivel individual y grupal, ya que se libera la subjetividad de la persona. Se hace uso de la creatividad humana para afrontar y superar el dolor, pero también para extraer de él, una nueva forma de crear. Tiene una duración de 1 hora la sesión.

A través de la fotografía ofrecer una mirada, tanto del mundo externo como del interior del ser humano, para así mediante esta conexión generar, transformar e inspirar emociones en los

seres humanos. A través de la intervención de la psicología y la fotografía podemos trabajar aspectos como la autoestima, auto concepto, etc. A través de este taller la persona puede mejorar o transformar su auto concepto del YO.

Resultados esperados: Las personas que participan en este taller podrán tener la posibilidad de expandir sus horizontes y fomentar la creatividad. Hacer un trabajo profundo de sus emociones mediante el arte de la imagen, pero sobre todas las cosas potenciar sus habilidades de expresión.

Teatro: El teatro en etapa de desastres se ha convertido en una gran herramienta de aportes invalorable. De una forma inmediata y amena, conecta al niño con el mundo del arte y le abre las puertas de la **sensibilidad estética**, de la reflexión, de la capacidad de emocionarse, reírse y llorar, de comprender diferentes visiones y realidades de la vida y del mundo. Abre las puertas al conocimiento, a la cultura y a historias sin fronteras. Al mismo tiempo que el teatro invita a los niños al pensamiento y a la reflexión, también los atrae a la diversión.

El Sitio Bibliográfico: es otras de las acciones o alternativas de ‘‘Ayuda Psicológica. Surge como una necesidad del grupo Ayuda Psicológica, es creado en la plataforma WhatsApp el 23 de febrero de 2021, con el objetivo de compartir bibliografías del interés de todos sus integrantes, además para promocionar el hábito de leer sobre todo en tiempos de COVID, como una alternativa más de quedarse en casa.

Este grupo está formado por personas de distintos países además de Cuba, no pone límites de edad y lo integran personas con diversas ocupaciones, se ha mantenido desde sus inicios y hasta la fecha con un intercambio literario estable, compartiendo bibliografías diversas que han sido agradecidas y oportunas según criterios de los integrantes del grupo. Además, se deposita en él la bibliografía y documentos de las conferencias impartidas los Domingos, por moderadoras e invitados en este espacio. Existe una comunicación en el grupo que ha permitido satisfacer la necesidad de bibliografías específicas de algunos de sus integrantes.

También a través de imágenes e infografías se promociona la importancia de leer y sus beneficios para cualquier edad, haciéndose énfasis en edades tempranas, como una

práctica sana y recomendable sobre todo en estos tiempos de Pandemia que hay que pasar más tiempo en casa.

Por limitaciones de WhatsApp los nuevos integrantes que se incorporan no pueden acceder a los materiales compartidos desde el inicio, por ello existe un grupo en Telegram con el mismo nombre donde sí se pueden extraer estos libros y materiales cada vez que sea necesario. Cuenta con normas que dejan claros los objetivos teniendo en cuenta además el respeto entre sus integrantes. Sitio bibliográfico es un ejemplo más del accionar de Ayuda Psicológica y está mostrando otro modo de acompañamiento en tiempos de COVID.

Taller Virtual de Intercambio de Experiencias “Salud & Arte”

El arte es una representación constante del ser humano, sus emociones, pensamientos, incluso de su forma de vida, religión, su contexto histórico, desempeña un papel mediador y motor de la comunicación, ya que el artista a través de su creación transmite no solo emociones, sino también mensajes y nos hace reflexionar sobre nuestra existencia, los problemas sociales o la vida en general.

Durante estos meses de COVID-19, muchas han sido las acciones que ha realizado el grupo de “Ayuda Psicológica” para mantenernos informados, para combatir la incertidumbre y la ansiedad. Además de conferencias y atención individual, hemos navegado en un mar de experiencias de emociones, risas, cantos, bailes, teatro, fotografías y manualidades, lo cual ha constituido una verdadera arte terapia para enfrentar el confinamiento y lograr adaptarnos a la nueva normalidad.

El I Taller de Experiencias “Salud & Arte” realizado del 27 al 29 de noviembre, contó con la participación de varios países: Venezuela, México, Angola, Canadá, Perú, Costa Rica, Italia, España y Argentina como país invitado. De Cuba estuvieron presentes especialistas de varias provincias: Pinar del Río, La Habana, Matanzas, Sancti Spíritus, Holguín, Ciego de Ávila, Santiago de Cuba y Guantánamo.

Principales Impactos

El I Taller de Experiencias “Salud & Arte” no fue auspiciado por ninguna entidad, pero sí con el apoyo y representación de la Sociedad Cubana de Psicología. Se realizó sin fines de lucro, totalmente gratuito. Se utilizó para su desarrollo los soportes de conectividad WIFI y datos mediante su plataforma WhatsApp, aspecto que no interfirió en la calidad del debate científico y el intercambio de experiencia de manera sincrónica. Las ponencias presentadas abarcaron todos los grupos etarios, tuvo en cuenta el género, la diversidad y la inclusión. Las principales reflexiones estuvieron encaminadas a considerar el Arte como un espacio especial, donde se expresa la fuerza, el movimiento, la creatividad, lo sublime y el cuerpo como comunicador social de lo real en el mundo. El debate giró sobre el papel de la familia, los vecinos y otros factores de la comunidad en el cumplimiento de las acciones artísticas y educativas. Se corroboró en el evento que la tecnología y la utilización de las plataformas virtuales, propician las manifestaciones artísticas, aspecto que permitieron en este tiempo de pandemia brindar mensajes de esperanza y favorecer la salud física y mental del ser humano.

Lecciones aprendidas

Fueron días de intercambio de conocimientos, experiencias, pero también de emociones y sentimientos compartidos. Cada conferencia, taller, experiencia fue una prueba de profesionalidad, pero también de solidaridad, unidad, inclusión social, amor, pero sobre todas las cosas una muestra más de que las artes constituyen una herramienta saludable para el bienestar físico y emocional del ser humano. Es por ello que no podemos despedirnos sin antes agradecer a todos(as) los que de una forma u otra han hecho posible la realización de este encuentro virtual.

Las acciones anteriormente señaladas estuvieron dirigidas a transmitir desde el proyecto apoyo emocional, equilibrio y calma; respetando la diversidad, exhortando a la responsabilidad individual, a la consciencia, a la sensibilidad humana de todos y para todos de una manera recíproca, en el que al mismo tiempo ayudábamos a llenar el vacío de los demás que en estos momentos están ausentes, nos permitimos ocupar el nuestro de grandes riquezas humanas, porque es la humildad de los corazones y la sencillez la que hace posible construir sueños y proyectar un futuro cada vez más optimista, sin tabúes, ni prejuicios, apartados del miedo y abiertos libremente a cualquier oportunidad de “amar” y de ser

''amados'' en la vida. En la Etapa de implementación del Grupo "*Ayuda Psicológica*" se elaboró una estrategia que en el marco de esta investigación se asume lo planteado por el Dr. Valle, A. quien define la **Estrategia** como el conjunto de acciones secuenciales e interrelacionadas que partiendo de un estado inicial y considerando los objetivos propuestos permite dirigir y organizar de forma consciente e intencionada la formación integral de las nuevas generaciones. **La forma de implementación** de la estrategia se concibe en cuatro etapas diagnóstico de necesidades, planificación, ejecución y evaluación. En la presente tabla se exponen cada una de las etapas y sus acciones específicas.

En la Etapa de implementación del Grupo "*Ayuda Psicológica*" se elaboró una estrategia que en el marco de esta investigación se asume lo planteado por el Dr. Valle, A. quien define la **Estrategia** como el conjunto de acciones secuenciales e interrelacionadas que partiendo de un estado inicial y considerando los objetivos propuestos permite dirigir y organizar de forma consciente e intencionada la formación integral de las nuevas generaciones. **La forma de implementación** de la estrategia se concibe en cuatro etapas diagnóstico de necesidades, planificación, ejecución y evaluación. En la presente tabla se exponen cada una de las etapas y sus acciones específicas.

Tabla 1

Formas de implementación de la estrategia

ETAPAS	TAREAS
Diagnóstico de necesidades	Caracterización de los participantes. Aplicación de instrumentos y técnicas. Encuesta. Entrevistas. Técnica de los tres deseos, roñas y miedos. Estudio de casos.
Planificación y ejecución	Realización de reuniones de coordinación para la realización de las actividades en el grupo de Whatsapp. Selección de las moderadoras para responder inquietudes de los usuarios del grupo. Estudio de diferentes modelos de psicoterapia y técnicas de orientación familiar Orientación individual por el privado. Selección, planificación y ejecución de conferencias los domingos. Elaboración y publicación de boletines y artículos en la página de Facebook. Realización de concursos con los niños.

Evaluación	Entrevistas. Testimonios. Estudios de casos. Aplicación de técnicas grupales. Aplicación de la técnica PNI.
-------------------	---

Nota: elaboración propia

Resultados

El grupo WhatsApp de “*Ayuda Psicológica*” surge pensando inicialmente en el personal de salud y trabajadores sociales, los jóvenes que están en casa, las familias con niños, adolescentes y jóvenes, las personas mayores, los vínculos con familiares migrantes. Se crea el 22 de abril de 2020 con los objetivos de brindar sus servicios de apoyo profesional a personas que quieran recibir orientación, compartir sus vivencias, preocupaciones, recomendaciones útiles a todos en esta etapa de aislamiento físico, que impone la COVID-19.

En el grupo se habilita de lunes a viernes, entre 4-5 pm un espacio para dialogar, dedicado al intercambio, a la reflexión y orientación. Las moderadoras conducen la charla, respetan la diversidad de opinión y cada día se comparten las normas.

Se ofrece la posibilidad de intercambio profesional a distancia para entre todos cooperar en esta batalla asociada al aprendizaje de comportamientos saludables. Como no todos tienen acceso a las redes sociales, se solicitó que se multiplicara esta opción de ayuda especializada que los psicólogos cubanos brindan a otras personas. Desde sus inicios se identificaron diferentes situaciones problemáticas, estas fueron dirigidas a algunos adultos mayores no perciben el riesgo y están en la calle, otros tienen miedo y se ponen muy ansiosos o tristes.

Aspectos que posibilitaron direccionar el funcionamiento del grupo para dar respuestas a las siguientes interrogantes: ¿cómo están afrontando los jóvenes el aislamiento físico necesario?, ¿qué hacen las familias ahora con los niños en casa?, ¿qué piensan y sienten los que no se pueden quedar en casa porque tienen que trabajar con la población, brindar servicios de salud, servicios sociales? Y ¿qué sienten, piensan y hacen las familias con parientes migrantes en la situación de crisis actual? Para dar respuesta a las interrogantes señaladas con anterioridad se crea el grupo de las moderadoras con el objetivo de valorar en privado los resultados de todas las acciones realizadas.

Según el diagnóstico preliminar realizado a través de entrevistas grupales, se constata que las mayores preocupaciones de los participantes están relacionadas con: las orientaciones para la atención a sus hijos con discapacidad, el cuidado a los niños pequeños, recursos para afrontar las alteraciones emocionales (ansiedad, depresión, miedo, la soledad, entre otras), el ser independiente y la violencia psicológica. Las mayores problemáticas constatadas fueron: auto aceptación, trastornos de ansiedad, estrés y depresión, duelo por separación y orientaciones sobre el desarrollo infantil y la estimulación temprana, discapacidad intelectual, autismo. A continuación, emitiremos algunos testimonios: *Quisiera me ayuden porque estoy pasando un proceso muy crítico..., ...Tranquilo en casa un poco estresado por el encierro ... soy discapacitada necesito ayuda....*

Para profundizar en el diagnóstico anteriormente señalado se aplicó una encuesta y la técnica de los tres deseos. Los principales indicadores a medir fueron: datos generales, convivencia, motivos a participar en el grupo, principales inquietudes, miedo, enojo, gustos y deseos. Se incluyó cómo evalúa la participación en el grupo, eso nos permitió emitir como diagnóstico que un 80% de las personas que requieren nuestra atención, sus principales ansiedades, miedos y preocupaciones están relacionadas con las condiciones de aislamiento físico en que estamos viviendo.

En todos los encuentros el 90% de los participantes agradecen la participación activa y abnegada de los excelentísimos especialistas que cooperan con su compromiso desde el nivel emocional y profesional; en virtud del bienestar psicológico, la estabilidad emocional y la salud de todos los que participan en estas dinámicas diarias. Testimonio ... y hoy he leído todos los mensajes que hay en el grupo y he visto todo lo lindo que hacen aquí es muy bueno sobre todo en estos momentos ... siempre es bueno tener personas que te escuchen y te aconsejen cuando estas estresada o algo te preocupa o necesitas que alguien te hable. *Mis felicitaciones...*

Se le explica al grupo que los mensajes son desde las casas de las moderadoras, ellas aportan este granito de arena, desde la distancia, pero con el corazón en las manos. Es un viaje a realizar juntos y dejando en cada estación una huella de amor y esperanza, porque es la gratitud, el valor de la virtud, la bondad, el amor al otro, el arte de transformar, de curar el alma lo que emana de nuestra profesión, lo que realmente enriquece nuestra espiritualidad, siembra la confianza, cultiva el bienestar físico- emocional y la salud humana. Para constatar lo anteriormente planteado se incluye el siguiente testimonio *...He estado leyendo los mensajes y quiero decirles que es normal todo lo que estamos sintiendo, es normal reaccionar antes los cambios y este pues está siendo un cambio muy brusco que ha interferido en nuestros planes, ha cambiado nuestra rutina diaria y*

encima trae consigo la amenaza a nuestra salud y la de nuestros seres queridos, por tanto, es normal que sintamos angustia y miedo....

Es necesario señalar que por las actuales circunstancias en las que vivimos de distanciamiento físico fue necesario realizar reuniones de planificación, análisis y discusión de casos dirigidas a profundizar en el diagnóstico y posible tratamiento; por tal motivo, se crea un nuevo grupo de WhatsApp integrado por la coordinadora y las 6 moderadoras que dirigen los encuentros. Por las características presentadas en 4 de los participantes fue necesario el análisis y discusión de su diagnóstico y posible tratamiento. Este intercambio de experiencia positivas, aprender de todas y proyectar la revisión del nuevo Glosario 5 y de materiales bibliográficos de psicología.

La acción de orientación terapéutica online en el grupo o atención individual (se atienden por el espacio privado) dirigidas a la familia están centradas en la continuidad de estudio en la cuarentena, fundamentalmente dirigidas a:

- La elaboración de un calendario, es decir planifica todas las actividades y procesos que el niño va a realizar durante el día y su horario. Incluir las dedicadas al estudio, juego, la visualización de dibujos animados, los procesos de alimentación y sueño.
- Mantener a sus hijos activos, la necesidad poner en práctica juegos tradicionales. La importancia de disfrutar ese momento familiar, afectivo, transmitiendo sus conocimientos y elaborando con materiales desechables, medios didácticos y juguetes. Elaboren juegos de mesas que puedan estar relacionados con los contenidos que están recibiendo en las teles clases. Con relación a los juegos a realizar en familia fueron compartidos libros en el grupo sobre este aspecto.
- Incluir en el horario, el tiempo diario dedicado al estudio y a la realización de las tareas orientadas por la tele profesores. Es necesario que seleccionen en la casa el lugar que posee las condiciones para el estudio, por ejemplo, buena iluminación, ventilación y tranquilidad.
- Se le recomendó que si su hijo, posee dificultades en su concentración o por algunos motivos requiere de ayuda para comprender las orientaciones dadas por los tele profesores, es necesario que determinen entre la familia quien lo va a acompañar durante la visualización actividades educativas televisivas (conocidas como Tele

clases). En estos casos los niños no deben estar solos frente al televisor o la computadora.

- Le recomendamos hacer anotaciones de los ejercicios a realizar, pueden auxiliarse de fotografías, grabaciones de las clases, en función de los medios con los que cuentan para posteriormente trabajar de forma individual con su hijo todos los días.
- A la familia que su niño es portador de una discapacidad intelectual se le aconsejó seguir las orientaciones anteriormente señaladas e incluir las recomendaciones que para él emitieron los maestros y especialistas de la educación especial, dirigidas a la formación de hábitos para la vida adulta independiente.
- Las explicaciones estuvieron dirigidas a que las familias asumieran su rol de sustituir a los maestros. Aspecto que quedó muy claro que no es fácil. Se les explicó que ellos han sido preparados durante el curso escolar; a través de las reuniones de padres y que pueden consultar el repasador virtual, que se encuentra en el portal Cuba Educa o preguntar por vía telefónica a los maestros de sus hijos, que en internet se llaman tutores.
- Fue importante las recomendaciones sobre el control de las emociones, la autorregulación de la ansiedad, las angustias, a la hora de comunicarnos con los niños. Se le explicó que es difícil pero no imposible, estamos seguros que lo lograrán, son días tensos pero la vida continúa hacia un futuro mejor, lleno de amor donde todos hemos crecido y cada adulto ha aportado en la educación de los niños desde una convivencia centrada en el amor y la unión de la familia.

Otras de las acciones realizadas una vez a la semana específicamente los domingos, fueron las conferencias. Las temáticas a debatir fueron seleccionadas en función del diagnóstico realizado y las propuestas de los participantes. Las temáticas debatidas fueron hasta el cierre de estos resultados parciales fueron las siguientes:

- Mi experiencia multiplicada por más corazones.
- Los adultos mayores ante la COVID-19.
- El rol de la familia actual.
- Retos de la familia en la educación de los niños en tiempos de la COVID-19.

- Yo asumo un rol activo en el retorno y tú.
- La participación en tiempos de la COVID.
- La convivencia familiar clave para el éxito.
- Incentivar en el autocuidado y percepción de riesgo en las personas.
- Bienestar Psicológico, conciencia social y la sensibilidad humana en tiempos de COVID-19.
- Perseverancia: Voluntad decidida, experiencia familiar.

En la sistematización teórico-metodológicos realizada se señala la importancia de la atención psicológica desde lo social. Al estar aislados por la COVID-19 son pocas las posibilidades de canalizar necesidades, gustos, intereses, entre otros, y esto genera un estado emocional negativo (ansiedad, depresión, insomnio, distrés y fatiga por compasión en el personal de la salud). Desde lo metodológico se constató como antecedentes los resultados obtenidos en las investigaciones sobre la situación de desastres y emergencia, aspectos que nos permitió la elaboración de los principios a cumplir, características para la selección de los especialistas, los recursos y las acciones a utilizar.

En las condiciones actuales de aislamiento físico debido a la COVID-19 el Grupo de “*Ayuda Psicológica*” desde casa, aporta un granito de arena, desde la distancia, pero con el corazón en las manos, permitió contribuir con el bienestar psicológico. El diseño e implementación del Grupo de Ayuda Psicológica como espacio de interacción, socialización y retroalimentación que favorece la búsqueda de orientación psicológica, mediante el acompañamiento constante a las familias, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos en las nuevas condiciones que impone el COVID-19.

Referências

Losada Fernández, P. (2004). *Función y perfil profesional del psicólogo como recurso humano en catástrofes*. Conferencia Internacional de Psicología de la Salud Psicosalud.

Lorenzo Ruiz, A. (2020). *Orientaciones para el adecuado manejo de los aspectos psicológicos y sociales en emergencias y desastres*.

Recuperado de <http://www.sld.cu/sitios/desastres/temas.php?idv=9772>

Lorenzo Ruiz, A. (mayo, 2020). Experiencias de trabajo de la Psicología Cubana ante COVID-19. *SIP Bulletin. Número Especial COVID-19*, 65-67. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1gqYihs9CrWu7DxfoavpUMjkqPx7inzyl/view>



DE LA ALARMA SOCIAL A LA INCONSCIENCIA SOCIAL

Efectos sobre la actitud de la población, de una mala gestión de la información durante la pandemia del COVID-19

Dr. Alfredo Guijarro Olivares

Altarejos, España

“Es momento de hablar serenamente, de mirarse a los ojos sin pudores, de vivir las ausencias como ausencias y apurar hasta el fondo los amores”

“Es momento de hablar”, Luis Pumares.

De la alarma social a la inconsciencia social

Siempre se ha dicho que la información es poder; esta afirmación es especialmente aplicable a la gestión de una crisis, en la que la información puede suponer literalmente, la delgada línea roja que separa la vida de la muerte.

Es esencial una comunicación fiel, fidedigna, eficiente y eficaz, para poder enfrentarse a la resolución positiva de una crisis. Desde este punto de vista la gestión de la información durante esta pandemia, siendo muy benévolo, ha sido manifiestamente mejorable.

En aras de no hacer demasiado extenso este capítulo y si de dar una visión desde un punto de vista técnico, me propongo ir desgranado una serie de problemas detectados (lecciones identificadas) y proponer alternativas de resolución (para que sean lecciones aprendidas, y no se queden, como ocurre casi siempre, en una mera identificación de problemas).

En mi modesta opinión, el primer problema en la gestión de la información ha sido la banalización de la problemática a la que nos teníamos que enfrentar. Aunque el motivo inicial, pudiera ser muy loable, evitar la alarma social; el restar importancia al problema, provocó que la sociedad lo viera como una amenaza menor, una simple gripe estacional, un poco más virulenta, pero poco más; y por ello no se tomaron la situación en serio inicialmente; aunque después ha habido un cambio de actitud, también es cierto que el germen de la duda de la gravedad de la situación, ya está sembrado y ha sido un factor que ha contribuido, entre otros, al nacimiento de los diferentes movimientos que niegan la

veracidad de la pandemia o los grupos contra el cumplimiento de las normas de protección por coartar su libertad.

Comentarios como “En España no habrá más allá de dos o tres casos de covid19” (Fernando Simón, director desde el 2012 del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad, España), al inicio de la pandemia, con el fin de contrarrestar la información de otros profesionales independientes, que opinaban todo lo contrario; además de perder un tiempo vital para prepararnos, para lo que se nos venía encima (a fecha de 20/01/2021 entre 54.637 y 90.000 defunciones por covid19, según la fuente consultada, ya sea esta oficial o independiente), supuso un retraso en asumir, por parte de la sociedad, que el fenómeno al que nos íbamos a enfrentar era realmente grave.

Lejos de aprender de sus errores, los ha vuelto a reproducir un año después, hablando de la expansión de la cepa británica por España, con un comentario el día 11 de enero “*el impacto de la variante inglesa, en caso de tener algún impacto, será marginal en nuestro país*”, para que diez días después el 21 de enero, tuviera que rectificar “*la expectativa podría ser que en marzo, pueda ser una cepa dominante en España, ahora mismo, claramente no lo es*”; sin embargo todos coinciden que la mayor incidencia de contagios de la tercera ola, se debe fundamentalmente a dos motivos las fiestas de navidad y sus reuniones familiares, y la incidencia y expansión de la cepa británica, que puede que haga una especie de solape entre la tercera y cuarta ola.

O como este otro “*No es necesario que la población use mascarillas*” (Fernando Simón), solo para rectificar tres días después y aclarar, que se dijo porque no había posibilidad de suministro de mascarillas en aquel momento y se tenía que evitar la histeria colectiva de acopio de mascarillas, como había ocurrido con otros productos.

Sin embargo lo que se consigue, lejos de solucionar el problema, es que la sociedad, con estos cambios y posicionamientos de restar importancia a la amenaza real, pierda su confianza en el portavoz; confianza que se debe basar en la veracidad y el continuo contraste de noticias en fuentes fidedignas y dignas de crédito; informando de donde proceden dichos datos y no dejando la fuente en una especie de nebulosa poco definida, dando la impresión de que no existe y/o es inventada, o si existe no se nos está dando toda la información, y por este motivo no se cita.

Con esta inconsistencia y banalización de la gestión de la información, se ha producido un efecto no deseado; en una parte de la sociedad ha calado la idea de que esta pandemia no es tan grave y además los grupos de riesgo, son personas ya muy debilitadas, por otra patología previa, o simplemente porque son mayores y su salud está muy mermada.

Algo totalmente alejado de la realidad, como continuamente nos muestran las estadísticas y los estudios e informes.

Además de dar base argumental a los negacionistas por un lado y a que algunas personas bienintencionadas, pero mal informadas, no cumplan las normas personales elementales de lucha contra la pandemia: como pueden ser el uso de mascarilla, la higiene de manos, la ventilación de espacios cerrados o la necesidad de vacunación.

Es decir puede que se haya conseguido el objetivo de rebajar la “alarma social”, pero acosta de posicionarnos en el polo opuesto “la inconsciencia social”.

Una alternativa para revertir esta situación sería, la de dar una información fidedigna, contrastada, necesaria y ajustada a la población diana. Haciendo uso de la detergencia informativa, que es el manejo y dosificación de la información para que la población tenga conocimiento de la amenaza de forma anticipada y adecuándose a sus necesidades y objetivos en la resolución de la crisis, y que mantenga una actitud adaptativa de alerta, para hacer frente a dicha amenaza; en definitiva, es una especie de adrenalina social que nos mantiene alerta y expectantes durante la crisis.

Con el fin de que no se produzca tolerancia a la situación, es necesario dosificar esta información, siempre y cuando no sea necesaria darla completa, para que la población pueda hacer frente a un peligro inminente y con una incidencia muy grave y peligrosa.

Otro aspecto mal gestionado informativamente es el exceso de información sobre el covid19, que se produce en todo momento y en cualquier tipo de programa; pues nos hace enfrentarnos a esta pandemia, casi como sujetos de un experimento social global de indefensión adquirida, pues en toda la parrilla de programación se hace referencia a los efectos de la pandemia, prácticamente sin posibilidad de cambio, porque es el tema de todas las cadenas.

Como ejemplos de este aspecto de la comunicación podemos señalar: que cuando se habla de los efectos económicos de cierre de empresas, ajustándonos a la nueva realidad; o competiciones deportivas suspendidas por el covid19, etc. En todos estos programas económicos, sociales o deportivos, siempre hay alguien que nos explica cómo funciona la propagación de la pandemia, las medidas que se deben tomar (más adelante hare referencia al papel de los expertos); pero dando alternativas no suficientemente claras, veraces y contrastadas. Todo ello produce una mayor ansiedad y desconcierto a la hora de enfrentarnos a la pandemia, y adaptar nuestro día a día a la nueva situación.

Parece que no tenemos vía de escape, sintonices lo que sintonices te van a hablar de la covid19, produciendo una sobreexposición de la población a la problemática suscitada por ella. Las conversaciones fluctúan alrededor de la pandemia y cada uno da su opinión, este o no contrastada.

Hay que informar de forma breve, concreta, concisa y con una finalidad. No debemos saturar a la sociedad con programación exclusiva sobre la pandemia, puesto que este es uno de los factores que más incidencia está teniendo en la llamada “fatiga de pandemia”, que no es otra cosa que los efectos estresantes resultantes de estar expuesto constantemente a estímulos negativos referidos a la crisis por covid19.

Como se ha dicho anteriormente en ocasiones, más frecuentemente de lo que sería deseable, esta información no está contrastada, la fuente o no figura o si aparece es de forma muy difusa; dos aspectos determinantes en la aparición de rumores y más importante y peligroso, si cabe, de la propagación de los mismos.

El rumor es el principal enemigo de la gestión de la información; detrae recursos muy necesarios para el abordaje de la crisis, además de socavar la participación de la ciudadanía de una forma adaptada a las circunstancias. De ahí la importancia de la lucha contra el rumor dentro de la gestión de una crisis.

Por este motivo el portavoz debe ser alguien con mucha credibilidad, conocido y respetado por todos, que transmita de forma veraz y además que esta veracidad está basada en el uso de fuentes acreditadas y publicitadas, además de contrastar la información por diferentes fuentes, siempre que sea posible.

En este exceso de programación monotema, siempre aparece una figura, que un periodista en una conferencia a la que asistí, denominó “Todólogo”, desde entonces la utilizo muy frecuentemente, lamentablemente se me ha olvidado el nombre de este profesional inventor real del término, para dar al César lo que es del César.

El todólogo es el tertuliano de programas, en los que se hable de lo que se hable, él tiene que dar su opinión, aunque no tenga ni formación, ni información o si la tiene está este muy sesgada y sus fuentes sean como mínimo etéreas o con escasa credibilidad, sin embargo su popularidad le hace tener un cierto ascendente sobre parte de la población y es este punto el que lo hace especialmente negativo y peligroso en algunas ocasiones; ya que es la popularidad y no los conocimientos su forma de divulgar e influir. Creo que no es necesario poner ejemplos, todos tenemos como mínimo un en mente.

Es esencial la figura del divulgador experto en una temática concreta, y más cuando esta temática es delicada y una opinión no cualificada, puede generar reacciones muy dispares y peligrosas, no solo para el propio actor, sino también para otras personas que interactúen con él. Recuérdese que ocurrió, cuando un presidente de nación dijo que el ingerir una pequeña cantidad de disolución de hipoclorito de sodio (lejía), era beneficioso para luchar contra la covid19 y no era peligroso; el resultado fue la visita a urgencias con quemaduras esofágicas, de aquellos que habían seguido el consejo; ya se encargó él de matizar después este comentario, pero el daño ya estaba hecho.

Las instituciones como colegios profesionales, sindicatos y administración en general, tendrían que mantenerse vigilantes y velar para que este fenómeno no se extendiera y la información que se emitiera, fuera la correcta y si esto no ocurre, se produzca una reacción inmediata poniendo de manifiesto el error, para corregirlo y que no pase a mayores.

El papel de los medios de comunicación en situaciones de crisis es esencial, al igual que el seguimiento de las redes sociales, para evitar una mala transmisión de la información. El control de las redes sociales es difícil, ya que es un medio muy plural, pero sí que se puede hacer una monitorización de ellas y reaccionar inmediatamente cuando hay una información que no es cierta y crea una situación de peligro para los seguidores de esa fuente.

Los medios de comunicación son más fáciles de monitorizar y tienen medios adecuados para rectificar y reconducir una situación errónea y peligrosa para la resolución de la crisis. No se trate de censurar sino de corregir las informaciones inexactas y peligrosas.

Los medios de comunicación en situaciones críticas graves deben cambiar su objetivo económico de la cuenta de resultados (mayor audiencia, aunque la calidad de contenidos no sea la mejor), por aumentar la faceta de servicio a la sociedad, convirtiéndose en un canal de comunicación y formación para que la población pueda hacer frente a la situación amenazante.

En definitiva, sería cambiar el bien económico por el bien común, en un momento en que la situación es una amenaza crítica para gran parte de la sociedad; sociedad que es la fuente de su audiencia.

En un mundo global como el actual es difícil articular una medida, sea la que sea, que solo influya a un grupo poblacional concreto. Por eso es especialmente importante que organizaciones de implantación mundial como la Organización Mundial de la Salud, tomen

más protagonismo en la resolución de un problema sanitario mundial, como es una pandemia.

Como también es importante dotar de profesionales formados y especializados en resolución de estas situaciones; regulando y reglamentando sus actividades. En concreto la regulación y reglamentación de la Psicología en Emergencias, que en estas circunstancias sería un eficaz colaborador a la hora de confeccionar material para su difusión y asesorar en cómo debería ser transmitido, así como la adecuación de los mensajes a transmitir para mantener la atención de la sociedad; incluyendo psicólogos en emergencias en los equipos de comunicación, para evitar tanto la alarma social como la inconsciencia social.

*“Tengo
un puñado de palabras sin usar para escribirte un poema.
Son palabras no inventadas, vírgenes, sin mácula,
sin sentido aparente
para aquellos que piensan que dialogan”*

“Poemas escritos con la mano izquierda”, Luis Pumares



GESTIÓN ÚNICA O ÚNICAMENTE CAOS

La necesidad de un liderazgo en gestión de crisis único, conocido y respetado por todos

Dr. Alfredo Guijarro Olivares

Altarejos, España

“Parece como si el mundo caminase de espaldas hacia la noche enorme de los acantilados.

Que un hombre, a hombros del miedo, trepase por las faldas hirsutas de la muerte, con los ojos cerrados”. “Hijos de la tierra”. Blas de Otero.

Gestión única o únicamente caos

Una pandemia no es algo que ocurra todos los días, es un evento infrecuente, que probablemente no todas las generaciones, se verán expuestas a una de ellas. Por este motivo cuando aparece, pilla a todas las instituciones con el paso cambiado.

Aun así, hay que tener una previsión, unos planes de contingencia; que ayuden a paliar, en la medida de lo posible, este impacto excepcional y extraordinario en la población. Estos planes se deben basar, en un listado jerarquizado y priorizado de amenazas y acciones para contrarrestarlas; en el que se recojan las más probables, pero también las más peligrosas.

Las más probables nos servirán para dotar de material y personal a los servicios de asistencia y las más peligrosas para afinar los recursos de detección y poder reaccionar con más celeridad a algo inusual; en definitiva, las más probable delimitara mi despliegue y dotación de medios y la más peligrosa la seguridad del operativo y de la sociedad a la que se intenta proteger.

La gestión de la crisis producida por la covid19 indudablemente no es fácil; porque nos enfrentamos a algo totalmente nuevo, del que hemos ido adquiriendo información con cuentagotas y siempre dentro y en medio de la resolución de la propia crisis.

En su fase inicial no se conocía prácticamente nada de la covid19, su abordaje se hacía con la técnica de ensayo y error, pero esta vez no con animales de laboratorio, si no con las propias personas infectadas; era la única forma de reaccionar. Con el tiempo hemos ido obteniendo y recopilando más datos sobre este virus, su transmisión, su sintomatología,

aunque esta cambie en función de la aparición de nuevas cepas y sus mutaciones; pero el abordaje es esencialmente el mismo y de momento las vacunas son eficaces para casi todas las cepas; seguramente sea la única medida, que disponemos actualmente, capaz de contener la expansión de la enfermedad.

Aun así, los fallos en gestión de esta crisis, no se pueden amparar en lo novedoso de la misma. La ausencia de un liderazgo único ha dado origen a la existencia de muchos líderes gestionando la crisis, propiciando que aparezcan otros problemas, agravando la situación, de por si ya grave; se irán abordando los problemas a lo largo de este trabajo.

En una organización federal es más difícil delimitar y establecer quién debe liderar la gestión de una crisis, sin duda alguna el sistema centralizado de gestión administrativa, es más eficaz y resolutivo, como sucedió en China donde se tomaron una serie de medidas y se alertaron y movilizaron medios y personal, directamente desde el gobierno de la nación y no hubo reticencias, ni contramedidas, de ninguna otra administración; siendo las medidas mucho más draconianas, que las tomadas en otras partes del mundo.

Cuando el liderazgo es difuso, entre las diferentes administraciones hay discrepancias en la interpretación de la situación y las medidas a tomar; y es al final es la población la que sufre las consecuencias; las responsabilidades se diluyen y la gestión se alarga en el tiempo, muchas veces se decide más en contra de lo que otros han decidido, que en favor de la resolución de la propia crisis. El principio elemental en toda crisis es que haya una gestión única, que solo haya un líder y que todas las administraciones (central, autonómica o municipal) se unan, cohesionen y coordinen con un fin único, servir adecuadamente a la sociedad que representan y que los ha elegido. Es difícil, por no decir imposible, liderar la gestión de una crisis teniendo más presente los réditos políticos/electorales, que las prioridades en la lucha contra la pandemia.

La gestión de una pandemia debe ser asunto de estado y no el eje vertebrador de una campaña electoral, utilizando las estadísticas de una forma u otra según la necesidad de cada candidato: como se ha podido ver claramente durante las elecciones de EEUU. Pero esta situación lejos de ser exclusiva de este país, por desgracia, es moneda común en muchos otros lugares; provocando el adelanto o el retraso en la puesta en vigor de algunas medidas, necesarias para hacer frente a la propagación de la enfermedad, mirando prioritariamente, que marca el calendario político en cada momento.

Debe ser otro de los efectos de la globalización, el que la clase política copie los hábitos, usos y costumbres, pero no precisamente los más adecuados, sino los más perniciosos, salvo honrosas excepciones; alguna de ellas ya en el camino del abandono de la

vida pública y la política, circunstancia que seguramente ayuda mucho para ir aligerando la mochila de cargas y rendimientos electorales y tomar decisiones necesarias, técnicas, fiables y contrastadas, aunque sean duras y difíciles para las personas.

Insisto el liderazgo de una crisis debe ser único, reconocido y respetado por todos, como premisa esencial para la buena resolución de una crisis.

La falta de un liderazgo único y unificado, como ya se ha señalado anteriormente, trae consigo otros problemas añadidos, pero no excluyentes de esta situación, ya que pueden aparecer también con un líder único; pero si amplificados cuando este no existe. El primero que abordare es la aparición de objetivos dispares entre los líderes de las diferentes administraciones, que en ocasiones pueden ser del mismo signo político, sin embargo, cuando no coincide el ideario político, la problemática sin duda alguna se agrava y es mayor.

Si la lista de prioridades no coincide, los esfuerzos se diversifican, apareciendo descoordinación y una mala gestión de medios y personal; los reproches entre administraciones se traducen en una sensación de abandono a su suerte, por parte de la población, justo cuando más necesitada esta de directrices claras, concretas, contrastadas, consensuadas y priorizadas; para ir recuperando la normalidad y minimizar los efectos de la pandemia en el menor tiempo posible.

La alternativa más eficaz y adaptativa, insisto, es el liderazgo único que priorice los objetivos y las acciones para hacerles frente.

Otro problema que está presente cuando no hay gestión unificada, es la aplicación de muchos procedimientos, normas y protocolos sobre una misma problemática. Cada grupo de gestión elabora sus propios procedimientos, sin tener en cuenta, si ya existen o están siendo aplicados y contrastados en otra zona o por otro grupo de gestión; con lo cual se duplican, como mínimo, los esfuerzos; en una situación en la que no nos podemos permitir estos lujos; siempre bajo el filo de la espada del tiempo, la escasez de personal y material, en definitiva, la dilatación en la contención de la epidemia. Tres aspectos esenciales tiempo, material y personal esenciales en la consecución de objetivos.

La propuesta es clara, una gestión unificada traería consigo mismos procedimientos y protocolos, de aplicación en todo el territorio, con un conocimiento generalizado por parte

de intervinientes y población, y seguramente con mayor y mejor seguimiento, aprovechamiento y éxito en la consecución de metas.

Se viene señalando como ejes de la intervención la premura de tiempo y la escasez de medios y personal; si además estos últimos se gestionan mal, sin cooperación y coordinación entre administraciones el efecto negativo es mayor, la población no entiende de competencias entre administraciones, lo que quiere es que le solucionen sus problemas; cuando ve el pequeño caos que se provoca con la duplicidad de esfuerzos, la ausencia de estos y/o la prohibición de que otra administración realice una función asistencial esencial en una zona, ante la ausencia de medios de las otras administraciones; es normal que surja hastío y desconexión entre administradores y administrados, propiciando que aparezcan iniciativas alternativas, que con muy buena voluntad, pero sin conocimientos ni medios, solo añaden más caos y descontrol, por regla general.

Cuando no hay un mando único que coordine una crisis, los recursos se movilizan sin comunicación entre operativos. Aparece la duplicidad de esfuerzos en una zona y la ausencia de los mismo en otras, algunas veces esto se produce de forma accidental, pero en otras es una acción premeditada, para que la otra administración no salga sola en la “foto” y se lleve los laureles y las medallas; por desgracia este segundo caso es más habitual de lo que se piensa.

Si no hay una gestión única, que es lo ideal, se deben habilitar órganos y elementos de enlace entre administraciones, que fomenten la cooperación y ayuden en la coordinación entre administraciones, elemento esencial para optimizar recursos y conseguir resultados de forma más rápida y eficaz.

Lo novedoso de esta pandemia, su aparición de forma tan súbita, el desconocimiento previo que se tenía de ella y otras circunstancias excepcionales, han hecho que los operativos y la forma de abordaje inicial se implementaran por necesidad, sin haber tenido tiempo de contrastarlos antes, sin tiempo para estudiarlos con detenimiento y sacar conclusiones que ayuden en la toma de decisiones. Había que intervenir y había que hacerlo rápido, con el conocimiento que se tenía, adaptándolo a la situación.

Es fácil decir que en una intervención los procedimientos deben haberse contrastado su validez con anterioridad, es lo ideal, lo que hay que hacer siempre que se pueda. Por desgracia no fue este el caso, y se fueron poniendo en juego procedimientos contrastados para otras situaciones, pero no para esta.

Si que funciono relativamente bien la información, no hubo cicatería informativa y los nuevos conocimientos se pusieron a disposición de todos; sin duda alguna esta

circunstancia ayudo mucho al avance en el conocimiento del problema y la aparición de alternativas para su resolución.

De nuevo criterios de gestión: políticos, administrativos y/o territoriales, hicieron que muchos de estos avances no se tomaran en consideración, aunque en otras partes del mundo estaban dando un buen resultado; en esas estamos todavía, de ahí el desfase entre naciones, que por nivel económico, social, formativo y vecindad, deberían tener una incidencia similar; desfases difícilmente justificables.

En este punto voy más allá, la responsabilidad, al ser una pandemia, debería ser de una institución mundial “la Organización Mundial de la Salud”; vivimos en una aldea global, como se ha podido ver con la propagación de esta pandemia, con lo cual la resolución también debería ser global. La OMS en caso de pandemia debería ser un órgano ejecutivo, apoyándose en los medios de cada nación, pero marcando medidas y procedimientos de obligado cumplimiento y no como es ahora un órgano consultivo, que termina viéndose como una pieza decorativa, que es utilizada en caso de necesidad como apoyo de nuestras tesis y que cuando no es necesaria o se aleja de nuestra posición, se arrincona y silencia. Una amenaza global se debe abordar de forma global o su resolución será más tardía y con mucho más sufrimiento y pérdidas de vidas humanas, sus efectos serán más profundos, devastadores y duraderos; además de aumentar aún más las desigualdades entre diferentes partes del mundo.

Para terminar, quiero hacer de nuevo un énfasis en la necesidad de que la gestión sea única y centralizada, pero además se debe basar en criterios técnicos y con evidencia de su eficacia, sin mirar el rédito político, con un fin global y altruista en lugar de uno partidista, localista e interesado.

Y por supuesto con profesionales en su labor técnica y especializada, no como políticos o aprendices y postulantes a políticos. También hacer hincapié en la necesidad de tener equipos específicos y especializados en crisis, debidamente formados, regulados y reglamentados.

Dentro de estos profesionales, es cada vez más necesaria la regulación y reglamentación de la Psicología en Emergencias, para que los aspectos conductuales y emocionales de una crisis sean atendidos por este tipo de profesionales formados y especializados, evitando el intrusismo y la intervención de profesionales no preparados, que pueden provocar mucho daño para sí mismos y sobre todo para las personas atendidas.

*“Ira y miedo apostaron la partida, quejándose los dos con el dinero.
Qué hacer, hombre de dios, si hay un ratero que confunde la Bolsa con la vida”. “Mientras viva”.*

Blas de Otero



TRABAJAR CON HELICÓPTEROS EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS

Mgter. Cnel. RE Juan Francisco Baleirón

Buenos Aires, Argentina

1 INTRODUCCIÓN

Leonardo Da Vinci con su diseño y maqueta del famoso “Giroplano”, fue el precursor de lo que hoy en día damos en llamar helicóptero, pasando por Juan de la Cierva y su revolucionario invento el “Autogiro” y posteriormente Ivanovich Sikorsky creador del “Helicóptero”, monomotor.

El posterior uso masivo de dicha aeronave de alas rotativas, durante la guerra de Corea dejando de lado las operaciones militares en sí y focalizando en el traslado de personal, cargas y especialmente evacuaciones sanitarias; los helicópteros, en todas sus versiones, se han transformado en el medio de transporte por excelencia ante situaciones de emergencia, aun en terrenos confinados o poco favorables (urbano, selvático, montañoso, pantanales, entre otros).

La versatilidad, adaptabilidad, flexibilidad y capacidad de transporte, han dotado al helicóptero de características especiales, por ahora no superadas, al momento de su empleo ya sea para transporte de brigadistas, equipos médicos, materiales, cisternas de agua; como así también la evacuación terrestre y rivereña/marítima de personas damnificadas, como de los equipos mencionados anteriormente.

El empleo de este tipo de aeronaves merece consideraciones particulares, tales como, conocer características particulares de los diversos tipos de helicópteros, sus capacidades, medidas de seguridad, guido y otros temas que serán desarrollados en el presente artículo.

2 DESARROLLO

2.1 Descripción, capacidades y limitaciones de los helicópteros

a. Capacidades y limitaciones de los helicópteros

Los helicópteros, en cualquiera de sus versiones, poseen las siguientes características:

- Despegue y aterrizaje vertical.
- Vuelo estacionario.
- Desplazamientos en los 360 grados.
- Cambios de dirección inmediatos.
- Tripulación reducida, dependiendo del tipo de aeronave.
- Versatilidad de configuración.
- Capacidad de vuelo diurno y nocturno, según instrumental disponible.
- Capacidad de vuelo en altura para ciertos helicópteros (Techo).
- Velocidad máxima.
- Sistemas de comunicación VHF y HF (aire - aire, aire – tierra).
- Limitada autonomía de vuelo dependiendo del combustible disponible.
- Limitada capacidad de carga interna y externa limitada.
- Limitada capacidad de vuelo todo tiempo.
- Los trabajos en alturas geográficas extremas (baja densidad del aire) limitan su autonomía y versatilidad.

En situaciones críticas naturales o provocadas por el hombre, sean estas individuales o colectivas; una pronta intervención de equipos especializados, evacuación inmediata de pacientes o personal, transporte de materiales especiales, en cualquier tipo de terreno es fundamental, resultando relevante para el éxito el tiempo y la forma personal especializado y entrenado, tales como bomberos, policías, defensa civil, personal de sanidad, militares y otros individuos debidamente capacitados, poseen los conocimientos básicos generales para trabajar con helicópteros, el presente capítulo tiene por finalidad proporcionar los rudimentos teóricos del trabajo con este tipo de aeronaves.

b. Descripción básica de los helicópteros

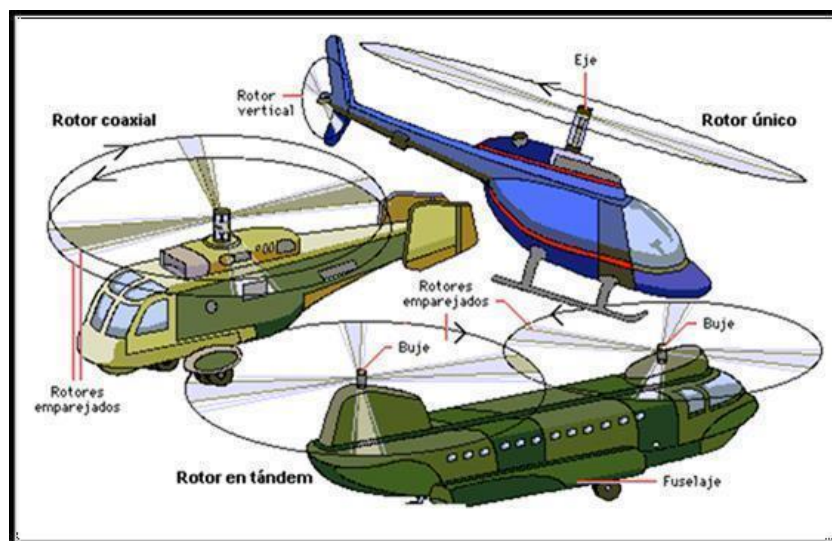


Figura 1: Descripción básica de los helicópteros. Adaptado de “Construcción y principio de vuelo del helicóptero” Diapositiva 11, por Velázquez Grandez, C. Recuperado de <https://slideplayer.es/slide/7368048/>

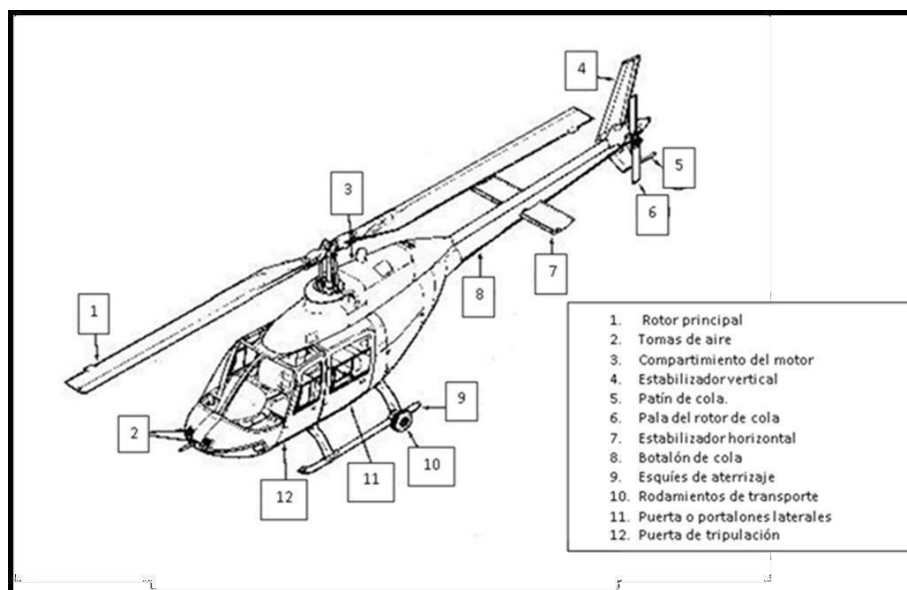


Figura 2: Partes principales de los helicópteros. Adaptado de “Construcción y principio de vuelo del helicóptero” Diapositiva 15, por Velázquez Grandez, C. Recuperado de <https://slideplayer.es/slide/7368048/>

c. Medidas de seguridad para el trabajo con helicópteros

Áreas de seguridad de un helicóptero en tierra, despegue y aterrizaje:

Durante una emergencia en la que sea necesario el uso de helicópteros y teniendo en cuenta el nerviosismo particular de las situaciones que se pueden plantear, hay que tener especial cuidado en las medidas de seguridad, tanto en el abordaje como en el abandono, la carga y la descarga, sea esta interna o externa, y durante el vuelo. Normalmente, cuando se deba transportar personal inexperto, el piloto, copiloto o los auxiliares de vuelo darán un pequeño briefing, dependiendo de la aeronave, sobre medidas de seguridad y posibles emergencias, el que habrá que respetar en todo momento.

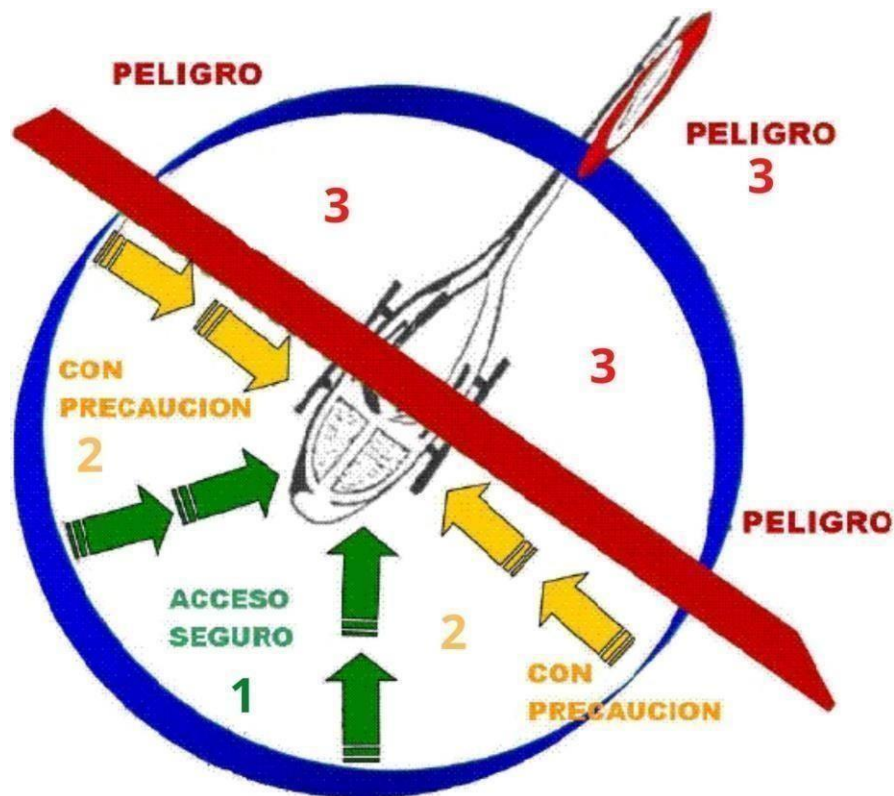


Figura 3. Áreas de seguridad. Adaptado de Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Recuperado de <https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta24/vademecum19/vdm023.htm>

1: La aproximación y alejamiento del helicóptero se debe realizar hacia y desde la trompa del mismo debiendo ser observado por el piloto y el copiloto.

2: El ingreso por las puertas laterales de personal o material se debe realizar respetando las órdenes que imparta el personal auxiliar de la aeronave (copiloto o mecánico) teniendo en cuenta de reducir la figura y nunca levantar los brazos, para evitar que las aspas del rotor principal provoquen accidentes innecesarios.

3: Queda terminantemente prohibido desplazarse por los laterales y cola del helicóptero desde el área del rotor principal hacia el rotor de cola. (Único personal autorizado: piloto, copiloto y mecánico).

Nota: elaborado por el autor.

d. Características de la zona de aterrizaje

Los helicópteros, normalmente, pueden aterrizar y despegar en forma vertical; a pesar de ello, la mayoría de los pilotos prefieren describir un ángulo de aproximación al acercarse al área prevista para el aterrizaje y, asimismo, tomar altura a medida que avanzan. Por razones de potencia puede ser necesario efectuar un despegue ganando velocidad antes de ganar altura.

Las condiciones orográficas, altura sobre el nivel del mar, vientos, visibilidad y obstáculos son los factores que debe tener presente el colaborador que reciba en tierra al helicóptero.

A mayor altitud, el helicóptero tiene menos sustentabilidad y capacidad de maniobra, por lo tanto, siempre que sea posible se intentará que la zona de aterrizaje o toma esté a la menor altitud posible.

El viento de cola, turbulencia, actividad térmica y sus combinaciones dificultan o hacen imposible el aterrizaje o despegue en algunos puntos, normalmente, de zonas montañosas.

Una zona para toma o aterrizaje de helicópteros es un área de terreno, de determinadas características, para determinar si puede ser válida para utilización como helipuerto en caso de emergencia, se deberá de tener en cuenta los siguientes puntos:

1. Localización, a ser posible, de un área de terreno duro, compacto y despejado: estadio de fútbol, terreno acotado o similar.
2. Debe de estar libre de obstáculos y de objetos de poco peso (escombros, papeles, toldos, etc.) que puedan ser fácilmente arrastrados como consecuencia del torbellino que producen, al girar, las hélices horizontales del helicóptero. Se debe acondicionar el lugar despejándolo de cualquier objeto suelto que pueda ser arrastrado por el rebufo del helicóptero o que dificulte el aterrizaje. Si hay nieve (especialmente en polvo) conviene pisarla. Si se trata de una zona polvorienta y es posible, irá bien mojar el terreno.
3. El terreno debe ser lo más horizontal posible, sin inclinación lateral. No deberá haber ninguna loma que obstaculice el asentamiento de la cola del helicóptero. Se evitarán, de ser posible, relieves del terreno como laderas enfrentadas perpendicularmente al viento, con relieves muy marcados y expuestos.
4. Se precisa al menos una superficie de 20 m x 20 m, para helicópteros del tipo pequeño o mediano y de 25 m x 25 m, para helicópteros pesados de gran porte.
5. No deben de encontrarse obstáculos a menos de 30 m del lugar de aterrizaje y con una altura no superior a los 10 m (postes, árboles, tendidos de cables, etc.).
6. Si se trata de una zona de aterrizaje para una formación de helicópteros, los puntos de toma de cada aeronave deben estar separados 50 m, aunque en el caso de helicópteros medios puede reducirse a 40 m ó 30 m, excepcionalmente.
7. No es preciso la distribución simétrica de estos puntos, pero sí el respetar las distancias entre ellos.
8. Materializar muy bien atado la dirección del viento.
9. Igualmente, la zona no tiene que ser obligatoriamente llana en toda su extensión, pero sí que cada aeronave disponga de la superficie suficiente para su aterrizaje, que es la precisa para apoyar los esquís o el tren de rodaje, rodeada de un terreno libre de obstáculos. (Dirección General de Protección Civil y Emergencias, Ministerio del Interior, España)

e. Esquema y generalidades de una zona de aterrizaje para helicópteros

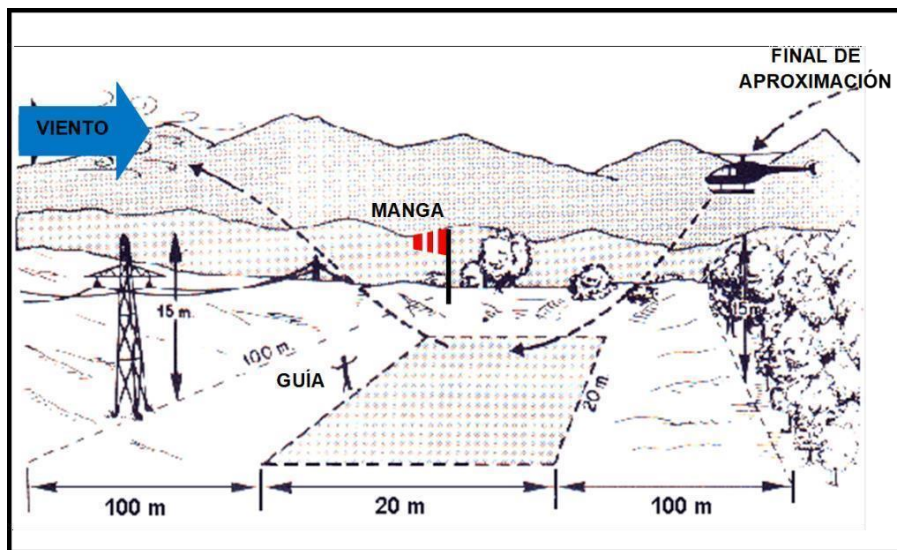


Figura 4. Esquema y generalidades de una zona de aterrizaje para helicópteros, Adaptado de Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Recuperado de <https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta24/vademecum19/vdm023.htm#00>

3 CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE ZONAS DE TOMA PARA HELICÓPTEROS

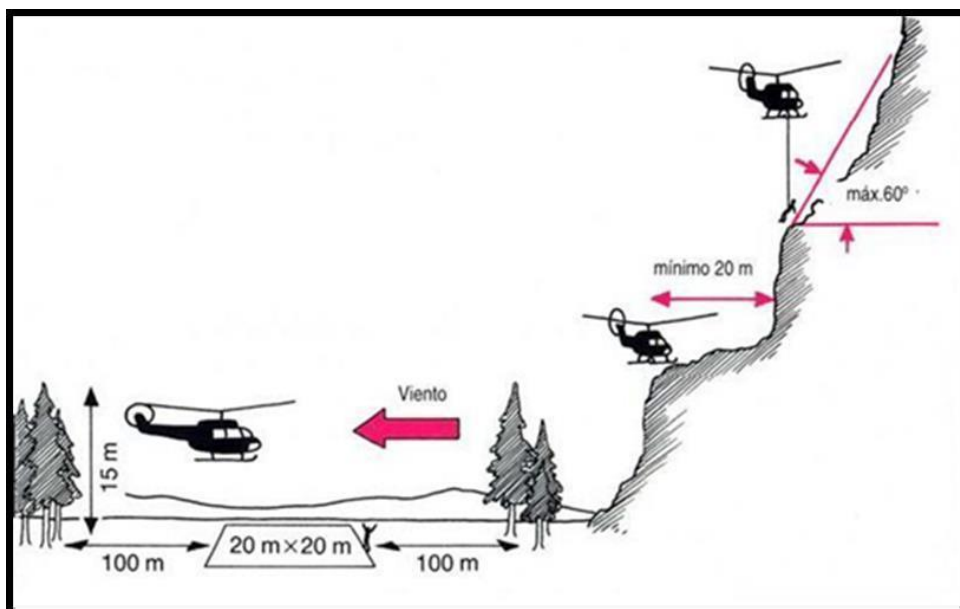


Figura 5. Características particulares de zonas de toma para helicópteros, Adaptado de Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Recuperado de <https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta24/vademecum19/vdm023.htm#00>

a. *Figura 5.* Características particulares de zonas de toma para helicópteros, Adaptado de Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Recuperado de <https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta24/vademecum19/vdm023.htm#00>

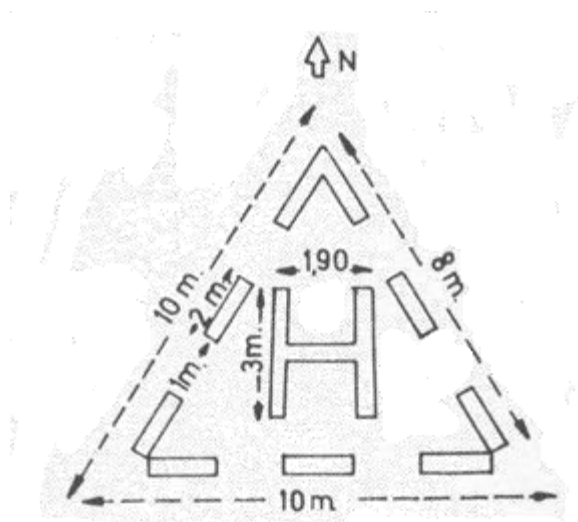


Figura 6. Puntos de toma de cargas, Adaptado de Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Recuperado de <https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta24/vademecum19/vdm023.htm#00>

Medidas de un helipuerto⁹

1. Materiales ideales para demarcación de un área de aterrizaje o de toma temporarios:
 - a) Paños de señalamiento: lo ideal sería marcar el helipuerto con pintura. En su defecto 15 paños de 2 X 0,5 mts. de color blanco o amarillo (ideal reversibles dos caras) con ojales para clavar al terreno con estacas resistentes para evitar que el viento que producen las aspas del helicóptero las desprenda del piso y estas puedan interferir en el aterrizaje



⁹ Ibidem

b) Manga básica y sus significados: la manga deberá estar colocada de forma tal que el piloto en su aproximación a la zona pueda verla en forma constante. Destelladores intermitentes cuatro blancos 4 y uno rojo para indicar la dirección desde donde proviene en viento en superficie (ideales los destelladores de bicicletas rojos y blancos)

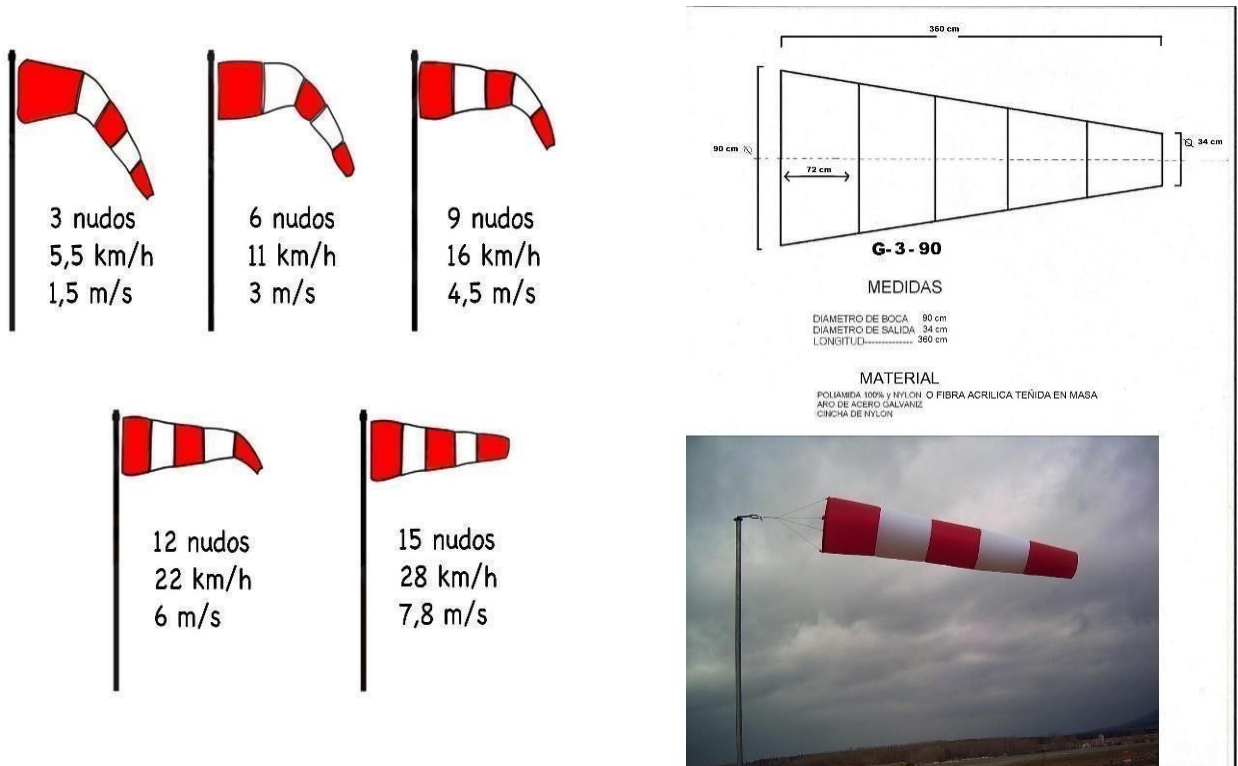


Figura 7. Mangas de viento. Adaptado de “Como interpretar mangas de vientos” por Mangas de viento y Siempre en las nubes. Recuperado de <https://www.mangasdeviento.com/> y <https://www.siempreenlasnubes.com/blog/como-interpretar-una-manga-de-viento/>

En muchas de las circunstancias no se contará ni con el tiempo y los materiales necesarios para una demarcación del helipuerto o el punto de toma, para ello se deberán utilizar materiales de circunstancia, a saber:

- Telas de colores vivos que demarquen la “H”, estas deben ser retiradas cuando el helicóptero se encuentra en aproximación final para evitar que se vuelen.
- Humo de una hoguera ubicada de tal forma que el humo no interfiera la visual del piloto (**RECUERDE QUE EL PILOTO DE UN HELICÓPTERO ES EL QUE ESTÁ SENTADO A LA DERECHA DE LA CABINA A DIFERENCIA DE LOS PILOTOS DE AVIONES**).
- Iluminación con linternas comunes o las luces de vehículos, teniendo en cuenta de no encandilar al piloto y orientarlo con respecto al viento, para ello las luces traseras de los vehículos deben estar en dirección a donde proviene el viento con las luces de stop intermitentes encendidos.

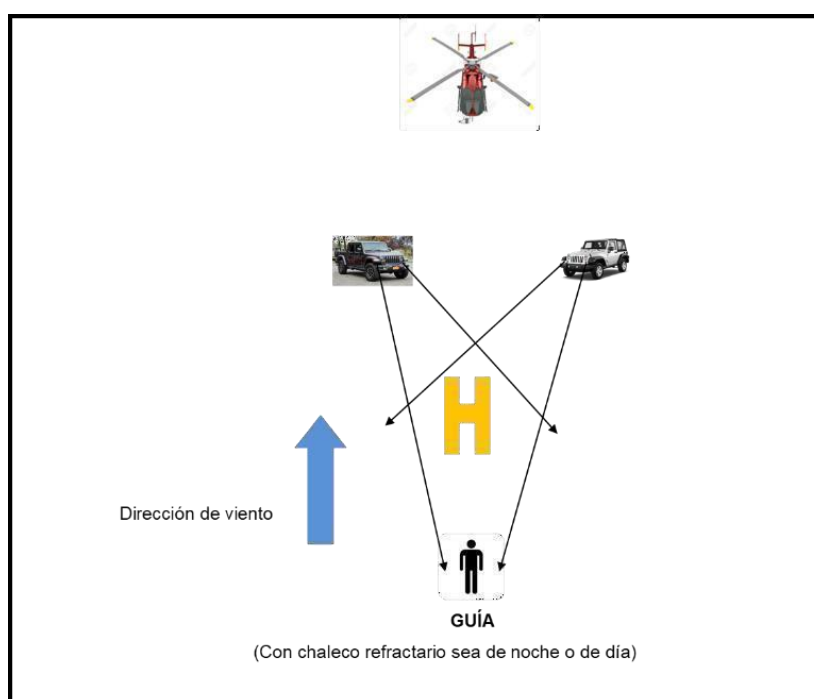


Figura 8. Puntos de toma de carga en operaciones nocturnas. Adaptado de Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Recuperado de <https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta24/vademecum19/vdm023.htm#00>

b. Señales tierra aire del guía

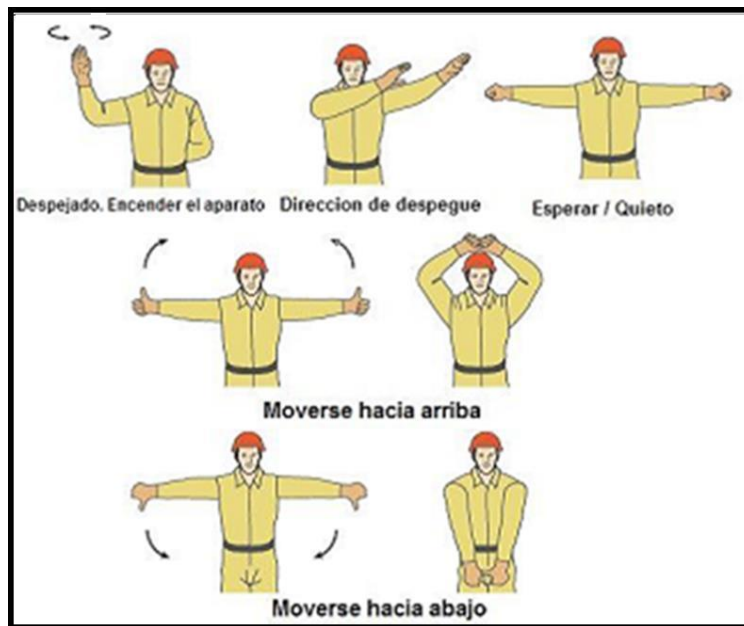


Figura 9. Señales de aterrizaje. Adaptado de Dirección General de Protección Civil y Emergencias.
Recuperado de <https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta24/vademecum19/vdm023.htm#00>



Figura 10. Señales de aterrizaje. Adaptado de Dirección General de Protección Civil y Emergencias.
Recuperado de <https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta24/vademecum19/vdm023.htm#00>



Figura 11. Señales de aterrizaje. Adaptado de Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Recuperado de <https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta24/vademecum19/vdm023.htm#00>



Figura 12. Señales de aterrizaje. Adaptado de Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Recuperado de <https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta24/vademecum19/vdm023.htm#00>

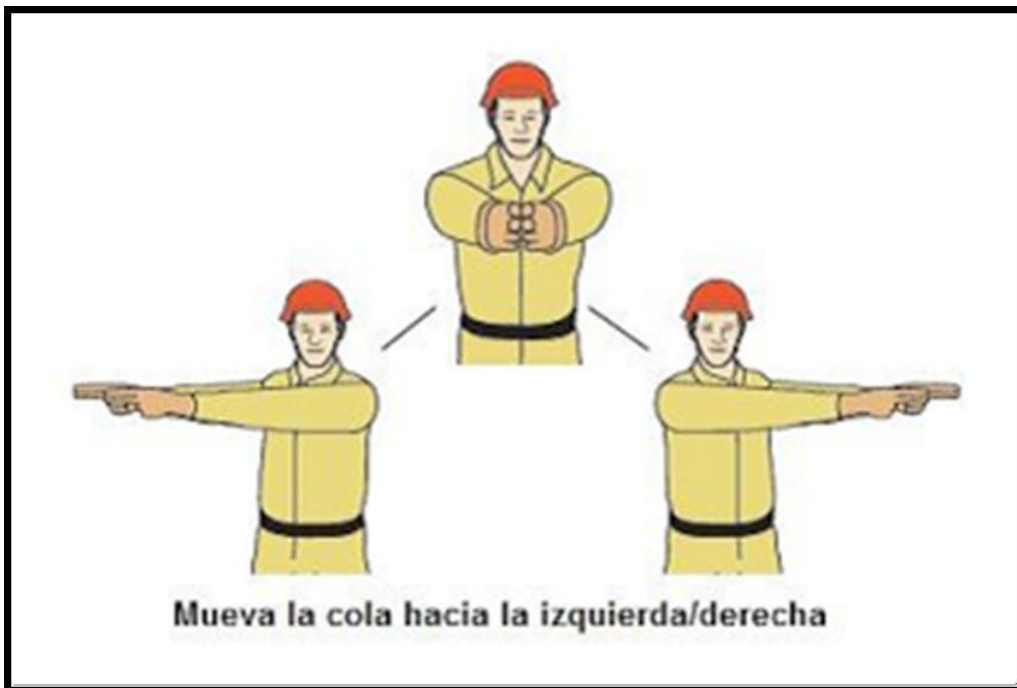


Figura 13. Señales de aterrizaje. Adaptado de Dirección General de Protección Civil y Emergencias.
Recuperado de
<https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta24/vademecum19/vdm023.htm#00>



Figura 14. Señales de aterrizaje. Adaptado de Dirección General de Protección Civil y Emergencias.
Recuperado de
<https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta24/vademecum19/vdm023.htm#00>

Es conveniente que todo el personal involucrado en situaciones que demanden el uso de helicópteros posea, dentro de su equipaje, las cartillas impresas y plastificadas para su correcto empleo.

Referencias

Aviación Civil Argentina (2021). Listado de lugares aptos denunciados. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/listado_de_lugares_aptos_denunciados_ene_21.pdf

Aviación Civil Argentina (2021). Listado de aeródromos públicos. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/aerodromos_publicos-ene_2021-.pdf

Aviación Civil Argentina (2021). Listado de aeródromos privados. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/aerodromos_privados-ene_2021-.pdf

Camino, M. (24 de abril de 2012). señales para el aterrizaje del helicóptero [Archivo de vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=LlObvn4hZ4M>

Dirección General de Protección Civil y Emergencias (s.f.). *Vademecun Remer: Helizonas o helisuperficies*. Recuperado de <https://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta24/vademecum19/vdm023.htm#00>

Ferrer Alza, J. A. Instructivo de seguridad en operaciones aéreas helitransportadas. Recuperado de <https://es.slideshare.net/jargof/instructivo-de-seguridad-en-operaciones-areas-helitransportadas-37543133>

Forgan, E. (10 de febrero de 2015). Señales a helicóptero sanitario [Archivo de vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=iUKvPJMHiVs>

Gavaldá, J. (2020, septiembre 21). Juan de la Cierva, el inventor del autogiro. *National Geographic*. Recuperado el 01 de abril de 2021, de https://historia.nationalgeographic.com.es/a/juan-cierva- inventor-autogiro_15670

Historia del helicóptero. (s.f.). *Curiosfera*. Recuperado el 01 de abril de 2021, de <https://curiosfera-historia.com/historia-helicoptero-inventor/>

Russian Helicopters (s.f.). Recuperado de <https://www.rhc.aero/es/history#:~:text=El%2025%20de%20mayo%2C%20naci%C3%B3,serie%20de%20un%20solo%20rotor>

Velázquez Grandez, C. *Construcción y principio de vuelo del helicóptero*. Recuperado de <https://slideplayer.es/slide/7368048/>



LA INFODEMIA, LA OTRA PANDEMIA ASOCIADA CON EL COVID-19

Mg. Clara Isabel Vélez Rincón

Medellín, Colombia

El 11 de marzo de 2020, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció que el covid-19 podía caracterizarse como una pandemia y una de sus primeras advertencias se centró en esa palabra, ya que de usarse a la ligera podría llevar a un sufrimiento y muerte innecesarios. Para ese entonces, se reportaban 118.000 casos en 114 países, y 4.291 muertos.

Comenzaron los confinamientos en todo el mundo y con ellos los cambios en las costumbres de todas las personas. En los medios de comunicación, la discusión sobre el *digital first* (primero la información en formatos digitales) y los avances que se venían dando para privilegiar tecnologías como el *streaming* (transmisión en directo a través de internet), los en vivos en redes sociales y potenciar el llamado *engagement* (relacionamiento) con las audiencias, pasaron de un futuro cercano a una realidad agobiante.

Así como cientos de empleados y estudiantes convirtieron las salas y comedores de sus casas en oficinas y aulas de clase, los periodistas convirtieron sus habitaciones (y cuando se podía, sus bibliotecas) en estudios desde los cuales se entrevistaba, editaba y se transmitían noticias en vivo.

Pero ¿qué noticias, con qué fuentes y, sobre todo, con qué enfoque? Esto, pensando en el que los códigos de ética apuntan a información veraz y oportuna, ¿cómo no infundir temor innecesario en las personas sin ocultar la verdad?, ¿cómo dar información comprensible para todos?, ¿cómo desmentir las noticias falsas y evitar aquellas con las que se trataba de utilizar la enfermedad como estrategia política?, ¿cómo acompañar a las audiencias sin saturar y agobiar?

Fue entonces que los medios de comunicación no solo empezaron a hacer frente a la pandemia por el covid-19 sino a lo que se conoció como infodemia. Zaracostas (2020), la definió como un gran volumen de información sobre un tema particular (el covid-19) que puede volverse exponencial por el uso de las redes sociales, los sistemas de mensajería y el internet; esto facilita la desinformación y la información con intenciones dudosas.

Key, P (2020), citada por Uceda, G. (2020), consideró que la infodemia era aquella información asociada al miedo, la especulación y los rumores, difundida rápidamente por la tecnología y las redes sociales, la cual afecta negativamente la sociedad. “Contra este enemigo, no siempre fácil de reconocer y en rápida expansión, deben enfrentarse los medios públicos para ofrecer una información veraz y que garantice a la ciudadanía un derecho fundamental como es el de saber qué está pasando” (Parr 2.)

Vale anotar que el exceso de información, aunque real, mal manejada, tergiversada o utilizada con el fin de inducir al error, era tan nociva para las audiencias que la reproducían como aquella fabricada y distribuida con el único fin de confundir, desinformar y hasta frenar los avances científicos o los programas gubernamentales para frenar el avance del covid-19.

Era tan importante la correcta información de los temas relacionados con la enfermedad que en abril de 2020, la ONU puso en marcha una campaña de comunicación para evitar la difusión de noticias falsas. Además, se aprobó la resolución WHA73.1, sobre la respuesta al covid-19 en la cual se determinó que gestionar la infodemia era un paso crucial para avanzar en la lucha contra la pandemia. Para lograrlo, se pedía a los estados miembros aprovechar los medios digitales para combatir la información falsa y errónea, siempre respetando la libertad de expresión.

El llamado de atención fue reiterado el 23 de septiembre de 2020, a través de una declaración conjunta de diferentes agencias de la ONU y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, en la cual se recuerda que

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es la primera pandemia de la historia en la que se emplean a gran escala la tecnología y las redes sociales para ayudar a las personas a mantenerse seguras, informadas, productivas y conectadas. Al mismo tiempo, la tecnología de la que dependemos para mantenernos conectados e informados permite y amplifica una infodemia que sigue minando la respuesta mundial y comprometiendo las medidas para controlar la pandemia. (Parr 1).

En el mismo comunicado se advirtió que la desinformación sobre el tratamiento del covid-19 truncaba vidas ya que las pruebas diagnósticas podrían ser descartadas por los ciudadanos y la aplicación de vacunas no avanzaría. Esta información errónea o malintencionada podría polarizar el debate público, dar alas a los discursos de odio, potenciar los riesgos de violencia y abonar el terreno para las violaciones de los derechos humanos.







Los medios de comunicación también analizaron la situación. El Digital Report 2020, presentado en junio, por el Instituto Reuters (Universidad de Oxford), concluyó que “la seriedad de esta crisis ha reforzado la necesidad de un periodismo confiable y riguroso

que pueda informar y educar a la población, pero también nos ha recordado cuán permeables nos hemos vuelto a conspiraciones y desinformación”. (Parr 1).

La investigación, como se puede ver en la figura 1, mostró que la crisis por el coronavirus generó un incremento en el consumo de noticias, especialmente en la televisión (un medio que venía en declive) y los ciudadanos confiaban en la información de los medios más de un doble en la que tenían en las redes sociales, las plataformas de video o los servicios de mensajería.

Figura 1 - Proporción en la que se usó cada fuente de noticias durante la última semana (abril 2020). Seis países seleccionados.

PROPORTION THAT USED EACH AS A SOURCE OF NEWS IN THE LAST WEEK (APRIL 2020) – SELECTED COUNTRIES

	Online (incl. social media)	TV	Social media	Radio	Print (incl. mags)
 UK	79%	71%	47%	35%	18%
 USA	73%	60%	47%	21%	16%
 Germany	69%	72%	39%	41%	26%
 Spain	83%	71%	63%	24%	28%
 South Korea	85%	65%	51%	14%	19%
 Argentina	90%	77%	78%	24%	30%
Average change from January	+2	+5	+5	+2	-2

Q4. (Apr. 2020). Which, if any, of the following have you used in the last week as a source of news? Base: Total sample: UK = 2191, USA = 1221, Germany = 2003, Spain = 1018, South Korea = 1009, Argentina = 1003. Note. Figures adjusted to exclude non-news users for comparability.

Nota: La investigación del Instituto Reuters (2020), muestra como el consumo de la televisión creció durante los primeros meses de la pandemia. Fuente: *Digital Report 2020, Instituto Reuters (Universidad de Oxford)*.

Y es que, al estar encerradas en sus casas, muchas personas tuvieron que refugiarse en los medios tradicionales para tener contacto con el mundo y entender esa enfermedad de la cual no se conocía prácticamente nada. Los periodistas, se volcaron a los voceros expertos de las universidades, hospitales y organismos gubernamentales encargados de tomar medidas. Los manuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana

de la Salud (OPS) se convirtieron en una guía, un material de aprendizaje para comunicadores, periodistas y docentes de comunicación.

Efectos de la infodemia

Para la OPS, en una pandemia la desinformación puede afectar “negativamente la salud humana”. Un documento publicado por ese organismo el 30 de abril de 2020, señalaba que en marzo de ese año 550 millones de tuiteos incluían los términos coronavirus, corona virus, covid19 o pandemia; que desde que comenzó la pandemia se habían subido 19.200 artículos sobre el tema el Google Scholar (una de las fuentes de consulta a nivel académico) y solo en abril se subieron a Youtube 361 millones de videos en las categorías Covid-19 y Covid 19.

La infodemia, ocasionada por el covid-19, advirtió la OPS a través de una serie de publicaciones conocida como Caja de Herramientas, podía empeorar la pandemia en aspectos básicos como la toma de decisiones tanto de las personas como de los entes gubernamentales, ya que la información fidedigna podía quedar sepultada entre la información viral. Es más, la abundancia de datos impedía un análisis cuidadoso de los resultados de las investigaciones adelantadas por la comunidad científica a nivel global.

Por eso consideró “fundamental romper este peligroso ciclo: la desinformación aumenta al mismo ritmo que las modalidades de producción y distribución de los contenidos. Así que la propia infodemia acelera la desinformación y hace que perdure”. Las recomendaciones del organismo se encuentran en la figura 2.

Figura 2 - ¿Cómo pueden ayudar las personas en la lucha contra la infodemia sobre la covid-19?

Confíe en la OMS	Reconozca los datos científicos	Evite las noticias falsas	Apoye la ciencia abierta
Determine si la información realmente tiene sentido, aun cuando provenga de una fuente segura y haya sido compartida anteriormente			Notifique los rumores perjudiciales
Proteja la privacidad	Datos abiertos (de calidad)	Si no puede confirmar la fuente de la información, su utilidad o si ha sido compartida antes... es mejor que no la comparta	
Corrobore que la información ha sido compartida antes por otras personas		Participe de forma responsable en las conversaciones sociales	
Continúe colaborando	Intercambie información de forma responsable	Corrobore la fuente, en particular en los hilos de WhatsApp	
Si la información no ha sido confirmada, es preferible que no la comparta			Siga aprendiendo

Nota: La OPS creó una serie llamada Caja de Herramientas en las que se explicaba a ciudadanos y periodistas cómo acceder y analizar las informaciones relacionadas con la pandemia. Fuente: OPS. *Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la covid-19. Caja de herramientas: Transformación digital. Herramientas de conocimiento.* (Pag.4)

A esto se suman las afectaciones en la salud mental de los ciudadanos porque, señaló la OPS, el encierro, sumado a la abundante información empezó a causar en las personas ansiedad, depresión, agobio, agotamiento emocional y la sensación de ser incapaces de satisfacer necesidades importantes.

El caso de los niños y adolescentes no fue un tema menor. Cevallos-Roballino, Reyes-Morales y Rubio-Neira (2021), recuerdan que la Convención sobre los Derechos del Niño (1986), establece que los menores tienen el derecho a recibir información adecuada a su edad y deben ser protegidos de cualquier información que afecte su desarrollo. En un caso de desastre o crisis, los adultos son los encargados de darles la información que corresponda a su edad y necesidades.

Esto, no se cumplió a cabalidad durante la pandemia, ya que los niños estuvieron expuestos a internet sin ningún tipo de control lo que los hizo susceptibles a recibir información inadecuada (que les generó daños psicológicos) o a convertirse en víctimas de ciberacoso. Además, tuvieron tres momentos de afectación producto de la infodemia.

En el primer momento (enero de 2020), se generó el mito de que el covid-19 no afectaba a los menores de edad, lo cual contribuyó a invisibilizarlos. Este surgió de los reportes difundidos por los organismos de salud, según los cuales, este sector de la población era asintomático o presentaba efectos leves al contraer el virus. Sin embargo, se desconoció la gran crisis que se gestaba por el cierre de escuelas en 104 países (cerca de 860 millones de niños, niñas y adolescentes desescolarizados), la crisis por la seguridad alimentaria y el aumento de casos de abuso infantil.

En el segundo momento los niños, niñas y adolescentes fueron considerados como transmisores de la enfermedad. Las nuevas informaciones llevaron a que se pasara del mito (que los hacía invisibles) al estigma (que los hacía responsables de los contagios).

Así surgió un tercer momento en el que, según los autores, se comenzaron a visibilizar las consecuencias de la pandemia (y la infodemia) en los menores. Latinoamérica fue uno de los continentes más afectados y Brasil, Perú y Ecuador, fueron tres de los países con manejos más cuestionados. En el caso de Ecuador señalan que, durante la pandemia, cerca del 50% de la población presentaba problemas de depresión (antes de la pandemia el 63,5% no presentaba signos de depresión). Respecto a los menores, de un grupo de 3.000

niños, niñas y adolescentes, el 38,5% se sintieron angustiados y el 24,5% se sintieron deprimidos. De ahí que el estudio concluye que:

Pocos gobiernos a nivel mundial han asumido la responsabilidad de cubrir la necesidad de la población infantil de tener acceso a la información veraz y adecuada para su edad; lo cual, finalmente se suma a la falta de evidencia científica y de lectura crítica de los estudios, que han dado lugar a la consolidación de asociaciones erróneas entre la enfermedad y otros procesos en los niños, desencadenando pánico de forma masiva e incluso actitudes estigmatizantes que terminan en conductas deshumanizantes para quienes han contraído el virus, fenómenos que han ocurrido aún entre los niños y niñas. (Pag.4)

Figura 3 - Vulnerabilidad infantil frente al Covid-19



Nota: Una investigación realizada por Cevallos-Robalino D, Reyes-Morales N, Rubio-Neira M., publicada en la revista de la OPS (2021) mostró cómo la infodemia también afectó a los niños, niñas y adolescentes. Fuente: Evolución e impacto de la infodemia en la población infantil en tiempos de COVID-19. (pag. 4).

Calidad de la información

Pero si la función de los medios es informar, ¿entonces qué hacer para evitar efectos contrarios en la sociedad? El chequeo de la información (*fact-checking*), el cual permite identificar la calidad de la información, su credibilidad, relevancia y efectos en la comunidad, que es una premisa básica desde que un periodista comienza a estudiar su carrera, se convirtió en algo fundamental para los medios.

En 2015 el Instituto Poyter (un referente en las buenas prácticas periodísticas en el mundo) había creado la *International Fact-Checking Network* (IFCN), que cobró gran importancia en las campañas electorales en Estados Unidos, pero la infodemia generada por el covid-19 hizo que la verificación se convirtiera en una práctica fundamental no solo por parte de los medios de comunicación sino por las personas que debían aprender a consultar la veracidad de la información que llegaba a sus manos.

La investigación del Instituto Reuters, señalaba que más de la mitad de sus encuestados no sabía distinguir entre una noticia falsa (o con información dudosa) de una bien reportada y con fuentes fidedignas. De ahí que 88 organizaciones de *fact-checkers* de todo el mundo, decidieron colaborar con la OMS para luchar contra la desinformación la cual se propagaba más rápido que el virus. En mayo de 2020 se habían creado dos portales para la verificación de información sobre el covid-19: chequeado.com/latamcoronavirus (para Latinoamérica) y corona.verificado.news (en portugués). Esto permitió que, a mayo de 2020, se revisaran 6.000 artículos que circularon en 74 países y en 43 idiomas (se usan las categorías de cierto, parcialmente cierto y discutible). También se creó la base de datos en inglés más grande con desinformación sobre el covid-19; a mayo de 2020 se habían revisado 685.000 páginas que fueron vistas por 590.000 visitantes únicos (es decir: personas que acceden directamente al sitio a consultar la información).

Para frenar la difusión de información falsa o errónea por mensajería se creó el *chatbot* de *Whats App*. Su versión en español se logró gracias a la organización Chequeado, de Argentina. Esta herramienta permitía a las personas, a través de sus celulares, consultar contenidos que llegaran a sus manos y que hubieran sido verificados previamente por las redes de chequeo.

En Colombia, una de las iniciativas es Pregúntele a Vera, que fue presentada en julio de 2020 como un desarrollo tecnológico que une (en una voz robótica) las voces de los periodistas y conductores de las principales emisoras del país; todo con el afán de desmentir noticias falsas sobre el covid-19. La iniciativa persiste y abarca diferentes temáticas.

Otro reto para los medios de comunicación fue tener fuentes confiables y periodistas capacitados para acercarse a ellas. Antes de la pandemia, los medios asignaban muy pocos periodistas al cubrimiento de esta área y en algunos casos la discusión se daba en si la temática a tratar era la promoción de la salud, los avances en materia de salud o las problemáticas del sector de la salud.

Las universidades también buscaron alternativas para difundir buenas prácticas del periodismo. Por ejemplo: el Observatorio de Ética Periodística (objETHOS), de la Universidad Federal de Santa Catarina, en Brasil, publicó la Guía de cobertura ética del Covid-19 y la Universidad del Norte (en Barranquilla, Colombia) en asocio con la Fundación Gabo (creada por el Nobel de Literatura Gabriel García Márquez para mejorar las prácticas periodísticas), difundieron el libro digital Epidemiología urgente para periodistas.

Los grandes medios de comunicación que cobraban por el acceso a los contenidos en sus ediciones digitales levantaron esta medida para acceder a la información relacionada con el Covid. Se unieron a esta medida El País, Washington Post, New York Times, The Atlantic, entre otros.

También hubo espacio para “innovaciones” periodísticas. Entre ellas está el impacto a nivel mundial que generó la icónica portada del New York Times del 24 de mayo de 2020, en la que se publicaron los obituarios de más de 1.000 víctimas del covid-19 en Estados Unidos (figura 4). Así se hizo frente a la infodemia que generaban las cifras que a diario se publicaban sobre la enfermedad y dejaban de lado a las personas. Así se publicó el nombre, su edad, la ciudad de fallecimiento y una pequeña frase que demostrara porque su pérdida era irreparable para sus familias.

Figura 4 - Portada del New York Times (24 de mayo de 2020) con la que se rindió homenaje a las víctimas del covid-19 en USA.



Nota: El NYT se “cansó” de dar cifras y creó un equipo de investigación para recopilar cerca de 1.000 obituarios de las víctimas en ese país. Fuente: *Cómo se hizo la portada llena de nombres*. NYT.

En Sao Paulo, Brasil, uno de los países más afectados de América Latina, la Agencia Mural una ong que trabaja por reducir la desinformación en las periferias de esa ciudad, produjo el podcast *Em Cuarentena*. En él intervenían 76 corresponsales en las afueras de Sao Paulo y se distribuía además de las plataformas tradicionales de podcast a través de *Whats App*.

Además, se potenciaron y crearon medios centrados en la cobertura de temas de salud como Salud con Lupa, en Perú; otro de los países Latinoamericanos más golpeados por la pandemia.

Es decir, que 34 años después de haber sido redactada por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense

de Salud Pública, la Carta de Ottawa para la Promoción de la salud (1986), que buscaba alcanzar la salud para todos en el año 2000, volvió a tomar vigencia. En el apartado “Promocionar la salud”, establece que:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (Parr 2).

Referencias

Aguado-Guadalupe, G., & Bernaola-Serrano, I. . (2020). Verificación en la infodemia de la Covid-19. El caso Newtral. *Revista Latina de Comunicación Social*, 78, 289–308. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2020-1478>

Cevallos-Robalino D, Reyes-Morales N, Rubio-Neira M. Evolución e impacto de la infodemia en la población infantil en tiempos de COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e38. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.38>

Grippe, J. (23 de mayo de 2020). Cómo se hizo la portada repleta de nombres. *New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2020/05/23/espanol/portada-NYT-coronavirus-victimas.html>

Newman, N. (2020, 16 de junio). Digital News Reports 2020: resumen ejecutivo y hallazgos clave. [Resumen ejecutivo]. <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/digital-news-report-2020-resumen-ejecutivo-y-hallazgos-clave>

Newtral. (2020, 28 de mayo). Más de 6.000 fakes sobre el Covid-19 desmentidos en 4 meses por la alianza de fact-checkers. *Newtral*. <https://www.newtral.es/mas-de-6-000-fakes-sobre-el-covid-19-desmentidos-en-4-meses-por-la-alianza-de-fact-checkers/20200528/>

Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y de la Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986, 21 de noviembre). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

OMS. (2020, 23 de septiembre). *Gestión de la infodemia sobre la COVID-19: Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa*. [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>

OPS. (2020, 13 de abril). *Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la covid-19. Caja de herramientas: Transformación digital. Herramientas de conocimiento.*
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52053/Factsheet-Infodemic_spa.pdf

Uceda i Oliver, G. (2020, 12 de junio). *La lucha contra la infodemia en tiempos de coronavirus.*
Portal comunicación. <https://incom.uab.cat/portacom/es/la-lucha-contra-la-infodemia-en-tiempos-de-coronavirus/>

Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *The Lancet*, 395(10225), 676.



EL MINDFULNESS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Diego Nuñez

Buenos Aires, Argentina

¿Es posible detenerse cuando, para la mayoría de nosotros, la vida está definida por las ocupaciones frenéticas, la ansiedad, el estrés y el agotamiento?

El evolucionismo considera que muchas de las enfermedades que nos afligen son consecuencia de la incompatibilidad entre el diseño evolutivo de nuestro organismo, que se ha ido moldeando a lo largo de millones de años de evolución, y las condiciones a las que hoy lo sometemos. Por esta razón, no sólo observa la enfermedad, sino el origen de ésta. Nuestros genes han evolucionado adaptando a nuestro organismo a las diferentes formas de alimentación y condiciones de vida que los cambios en el ambiente impusieron a nuestros ancestros. En consecuencia, nuestro diseño metabólico es el resultado del ajuste continuo a esos cambios. Ese diseño fue tan eficaz, que permitió que nuestra especie evolucionara hasta el estado actual, tras superar todas las dificultades medioambientales que encontró en su camino durante millones de años, desarrollando un cerebro que es una construcción única en el mundo biológico. Pero hoy, las circunstancias ambientales y la alimentación someten a nuestro diseño evolutivo a un uso inadecuado y el organismo responde a esa presión con la enfermedad.

Sumado a esto, nos encontramos en medio de una pandemia que sacudió a la humanidad de una manera no imaginada. De un momento a otro debimos cambiar hábitos, costumbres, estilos de vida y formas de relacionarnos tanto en lo laboral y afectivo como en lo familiar. Todo lo que nos era conocido fue puesto en duda y debimos aprender a convivir con la incertidumbre y la preocupación permanente por el virus Covid-19.

El trabajo a distancia, la enseñanza-aprendizaje en el hogar, pero también la falta de contacto físico con otros familiares, amigos o compañeros de trabajo, fueron factores que sumados al temor a enfermarse provocaron un aumento en los niveles de estrés y ansiedad generalizados en la población debido al estado de preocupación e inquietud.



Figura 1- Imagen ilustrativa: Práctica de Mindfulness junto a personal de salud, Cruz Roja y emergencias. Imbabura, Ecuador. 2015

Bajo estas condiciones y circunstancias lo natural y esperable es que el estado de ánimo fluctúe. No obstante, determinados patrones de pensamiento pueden convertir un breve descenso de la vitalidad o del bienestar emocional en períodos más prolongados de ansiedad, estrés, infelicidad y agotamiento. Un momento pasajero de tristeza, ira o ansiedad puede acabar sumergiéndonos en un estado de mal humor durante todo un día o mucho más tiempo. Descubrimientos científicos recientes demuestran que esos flujos emocionales normales pueden originar un estado de infelicidad prolongada, ansiedad aguda e incluso depresión. Lo más importante, sin embargo, es que esos descubrimientos también han revelado que existen maneras de promover el bienestar interno, convirtiéndonos en seres más centrados.



Figura 2 - Imagen ilustrativa: Práctica de Mindfulness junto a personal de Bomberos y Profesionales de Salud Mental. Jornada Provincial de Emergencias y Catástrofes. 2017 San Luis, Argentina.

¿Es el MINDFULNESS el camino para liberarse del estrés emocional y todas esas sensaciones de sentimientos de ansiedad y agotamiento?

La atención plena -mindfulness- es una práctica que proviene de las antiguas tradiciones budistas y día a día va ganando más adeptos en todo el mundo. Sin embargo, no sólo es una práctica o un entrenamiento, se trata de una manera de ser en el mundo. Su esencia universal es la atención y la conciencia plena. Mindfulness o atención plena significa: estar presente de una manera particular, con intención, momento a momento y sin juzgar lo que hacemos mientras lo estamos haciendo. Es una forma compasiva, ecuánime y consciente de vivir, siendo capaz de sintonizar con lo que sucede en nuestra mente y en nuestro cuerpo, y con el mundo exterior. Gracias a la práctica de Mindfulness podemos centrarnos en el momento presente con actitud de compasión, interés, apertura y amabilidad, independientemente de si la experiencia resulta agradable o desagradable (Kabat-Zinn, 2003)



Figura 3 - Imagen ilustrativa: Práctica de Mindfulness, Psicólogos sin Fronteras, estudiantes de la carrera de Psicología y personal policial. 2012 San Luis, Argentina.

La práctica del MINDFULNESS influye en la salud, el bienestar y la felicidad de quienes lo emplean

Ejercitarse en la práctica de Mindfulness es un proceso que se desarrolla y profundiza con el tiempo. Entre los beneficios que conlleva podemos mencionar que promueve la concentración, serenidad y calma, mejora el estado de ánimo, facilita el autoconocimiento a través de la comprensión de la propia experiencia y promueve una actitud básica de respeto que favorece las relaciones sanas entre los individuos. Las personas que practican mindfulness refieren sentir especial vitalidad pero también se encuentran relajadas y con mayor equilibrio emocional y capacidad para enfrentar situaciones negativas.

El Mindfulness brinda beneficios y es efectivo en personas que viven elevados niveles de estrés y ansiedad. También para aquellas que viven situaciones vitales intensas y que necesitan calmar los pensamientos sufrientes y cronificados, para obtener calma y capacidad de afrontamiento y firmeza en su vida cotidiana.

En estos tiempos donde prevalecen las medidas de aislamiento o distanciamiento social debido a la pandemia de COVID-19, son muchas las personas que se desalientan por estar físicamente separadas de sus seres queridos o amistades deseando estar vinculados de manera más cercana. Por esto, el papel de la atención plena para reducir los factores de riesgo de soledad y aislamiento se vuelve muy importante al alimentar los sentimientos de interconexión (Cooper, K. 2020). Además, la autora sostiene que el mindfulness puede ayudar a disminuir la “fatiga por compasión” y el burn out o agotamiento en el lugar de trabajo que sufren aquellos que trabajan en emergencias o asistiendo personas en situaciones de crisis.



Figura 4 - Imagen ilustrativa: Práctica de Mindfulness, para voluntariado social y prevención en violencia de género. 2018 Santa Rosa, La Pampa, Argentina.

Actualmente, cada vez más investigaciones científicas están hallando nuevas aplicaciones del mindfulness para mejorar el bienestar individual y colectivo, incluyendo la reducción del estrés y la ansiedad. Considero que es un recurso para el personal de emergencias, seguridad, salud y de diferentes áreas, quienes se encuentran hoy en día bajo un gran desgaste emocional que en muchos casos los dirige al deterioro vocacional, convirtiéndolos en víctimas directas o indirectas. Mediante la práctica sostenida del mindfulness, se puede lograr bienestar en el corto plazo, optimizando el recurso humano en la práctica profesional y técnica, y lo que es más importante, mostrándonos que el sentimiento de infelicidad y agotamiento no es en sí mismo el problema; “La infelicidad forma parte de la condición humana normal. Es una respuesta natural a determinadas situaciones que por sí mismas pasarán a su debido tiempo” (Teasdale, J, et al. 2015)

En este contexto, la atención plena puede ser prometedora como una forma potencial de ayudar a prevenir y tratar enfermedades, aumentar la capacidad para hacer frente al dolor y las enfermedades crónicas, reducir el estrés en pacientes y médicos, fomentar la compasión y mejorar la calidad de la atención (Kabbat Zin, J. 2008).

NOTA: Este artículo es original y de autoría realizado desde la práctica y enseñanza del MINDFULNESS basado en la evidencia científica, el cual también por iniciativa propia he compartido en diferentes ámbitos como medio cooperativo salutogénico consintiendo que otras/os

profesionales de diferentes regiones incorporen su experiencia/agregado al mismo adaptadas a las necesidades zonales/institucionales atravesadas por la pandemia permitiéndoles de esta manera su participación y aplicación, lo que no las califica como autoras/es ni coautores/as en ningún caso. Se adopta así esta postura participativa desde mi iniciativa para permitir el libre acceso de la comunidad y en su bien común por diferentes medios a esta información, dadas las circunstancias que la pandemia requiere. La salud como derecho universal no debe tener ningún impedimento para que sea accesible en todas sus formas. Este autor “no es responsable de esas experiencias, opiniones ni cualquier párrafo de otro autor/a agregados y/o vertidos antes y en la edición formal de este capítulo en este libro por profesionales no especializadas/os”.

Referencias

Berry, W., *The Peace of Wild Things. New Collected Poems*, Berkeley CA: Counterpoint, 2012

Epstein, M., *Thoughts without a thinker: Psychotherapy From a Buddhist Perspective*. Basic Books, 2005

Fox E., *Emotion Science: Neuroscientific and Cognitive Approaches to Understanding Human Emotions*, Basingstoke, UK, Palgrave Macmillan 2008.

Goldstein, J., y Salzberg, S., *Insight Meditation: A step-by-step course on how to meditate*, Sounds True Inc., 2002.

Kabat-Zim, J., *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. Piatkus, 1990.

Mark Williams and Danny Penman. *Mindfulness. A practical guide to finding peace in a frantic world.* Piatkus, Little Brown Book Group. Londres. 2013

Nolen-Hoeksema, S., *Overthink-ing: Women Who think too Much*, NY, Holt, 2002.

Segal, Z., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D., *Mindfulness – based Cognitive Therapy for depression: a new approach to preventing relapse*, Guilford Press, 2002.



MODELO DE INTERVENCIÓN CON DUELO TRABAJO TERAPÉUTICO GESTÁLTICO

Dagny Castañeda Espinoza

Guadalajara, México.

Introducción sobre el duelo

Aceptar que un ser querido que ha muerto no va a volver, un embarazo que no llega a término, dejar un trabajo o perder alguna parte de nuestro cuerpo es uno de los procesos más complejos en la vida. Con la llegada del COVID-19 la falta de despedida en términos de duelo genera asuntos inconclusos “Gestalts abiertas”, por lo que, recurrir a una herramienta como las cartas de despedida son rituales que favorecen la catarsis, ya que ayudan al doliente con la difícil tarea.

La idea central en la psicoterapia Gestalt es el “aquí y ahora”, sin embargo con los procesos de duelo los ciclos que tienen un “comienzo” parecen no tener fin. El trabajo terapéutico está en facilitar el contacto y retirada para favorecer la conciencia, sin embargo se debe reconocer que con las pérdidas el contacto se interrumpe y así es como se gestan los asuntos inconclusos. No sólo se abarcan duelos por muerte, también se dan en otras pérdidas significativas como relaciones, objetos, mascotas, etc.

Teóricos del duelo

La literatura tiene un abordaje desde un punto de vista psicológico y sociológico, por ejemplo se manejan conceptos como; duelo, cuidados paliativos, atención psicológica a moribundos, trabajo emocional con familiares que tienen pérdidas significativas. Pero pocos se centran en el trabajo del “fondo” de esa pérdida.

Fritz Perls por ejemplo, hablaba sobre la metáfora de que el proceso de terapia era como “pelar una cebolla”. Por un lado aseguraba que las personas somos como cebollas, ya que nuestros meollos se encuentran detrás de capas y capas, y que el verdadero desafío del terapeuta será penetrarlas para acompañar al consultante hacia una vida comprometida para resolver esos meollos.



Elisabeth Kübler-Ross, quien fue una tanatóloga habló de la relación entre el concepto de muerte y el humanismo, afirmó que “existe una pérdida el sentido del yo y la vida después de una pérdida (muerte)”

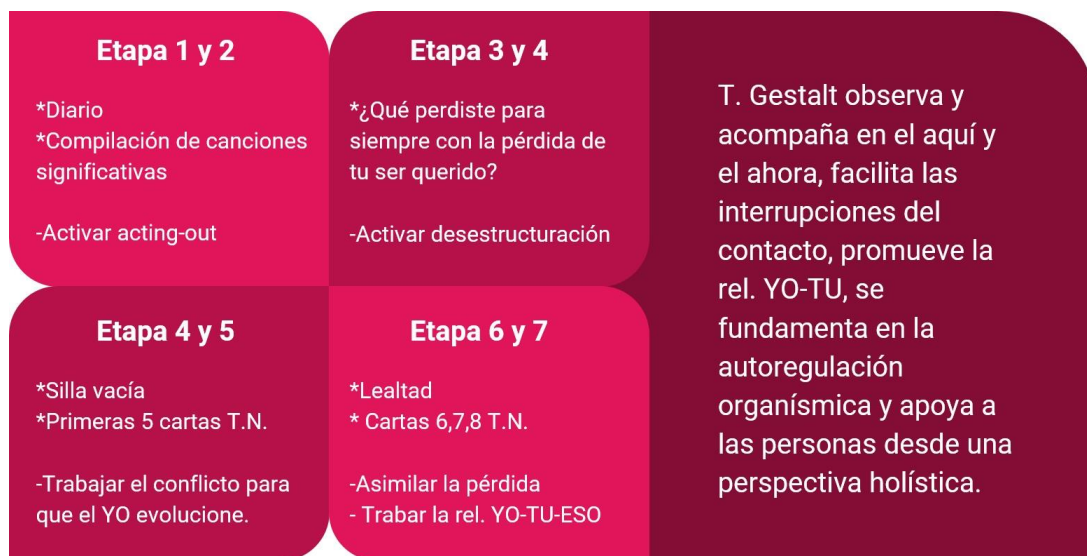
Cuando un individuo se enfrenta a una pérdida (duelo) se gestan dos momentos; en la explosión es que surge la tristeza o pena, por otro lado en la implosión nace el miedo a morir, se enfrenta a su propia fragilidad. La muerte de un ser querido o una pérdida en la vida es un desequilibrio orgánico. Trabajar el proceso de duelo es para restaurar ese equilibrio.

Diversos autores hacen propuestas interesantes sobre las fases del duelo como; Jorge Bucay, Igor Caruso, Nancy O'Connor, Elisabeth Kübler, etc. Sin embargo retomo la explicación de las fases del duelo para el modelo de intervención terapéutica que posteriormente detallaré.

Dr. Robert Kavanaugh (1972) dividió el proceso en siete fases y en cada una de ellas detalla lo que el terapeuta puede percibir de su paciente, sin embargo retomaré sólo los títulos para fines pedagógicos:

1. Shock y negación
2. Desorganización
3. Emociones violentas
4. Culpabilidad
5. Pérdida y soledad
6. Alivio
7. Restablecimiento

Modelo de intervención con duelo trabajo Terapéutico Gestáltico



En la etapa uno y dos el terapeuta centrará sus esfuerzos en sugerir implementar un diario, un listado de compilatorio de canciones significativas o hacer un CD para incentivar el acting-out como lo manifestó el maestro Freud (la expresión de recuerdos inconscientes a través de la acción, de la conducta) para dar paso a la desestructuración (destrucción).

En la etapa tres y cuatro el terapeuta fomentará el insight con la pregunta ¿Qué perdiste para siempre con esta pérdida?, activando así la desestructuración para la toma de conciencia de la situación y de las emociones no conscientes que oscilan entre la ira y la culpa para hacer tolerable el dolor.

En la cuarta y quinta etapa del duelo, el terapeuta trabaja con las cartas 1, 2, 3, 4 y 5 en las que la tristeza se hace presente después de la ira o alternando con ella, estas son las etapas más delicadas puesto que aquí es donde se encuentra una “pérdida del sentido” y se pueden presentar retroflexiones de la agresión o cambios neuróticos de la desestructuración

y dan paso a la “autoaniquilación” (ideación suicida, deseos de muerte y tentativas de suicidio).

El proceso en sí favorece la expresión emocional y catarsis para dar paso a la asimilación y cierre de la experiencia

En la etapa seis y siete llega la asimilación y el crecimiento si se recurre a fuentes de fortaleza para futuras acciones como la lealtad, honrar a alguien, etc. por lo que se trabaja con las cartas 6, 7 y 8.

Cómo se utilizan las cartas

Se realiza una carta por semana, previo a acudir a la sesión. La carta debe ser leída por el doliente en el contexto de una sesión de terapia individual o de grupo. Mientras, el terapeuta o los demás miembros del grupo pueden ir transmitiendo lo que van escuchando, lo que les resulta más emotivo o más significativo, etc.

Leer la carta con detenimiento y recibir feedback de aquellos que la escuchan es igual de importante que el hecho de que el doliente exprese cómo se siente y de qué se da cuenta tras leerla, del proceso que ha seguido, etc.

Esta herramienta ayuda al doliente a poner palabras a la realidad “a su vivencia del duelo” y a encontrar un lugar para el fallecido en su mente, para enunciar aquello que perdió y su emoción. Cuando se propone esta estrategia, en general los dolientes suelen mostrarse reticentes a llevarla a cabo, ya que anticipan que va a ser doloroso y la idea de despedirse puede resultarles incluso agresiva.

Es muy importante explicar bien la técnica, en qué consiste y por qué la proponemos, así como asegurarnos de que el doliente comprende por completo la forma de trabajar.

Propuesta terapéutica

Explicar al acompañado(a) o consultante la mecánica a trabajar que es; realizar una carta semanalmente. Advertir que se moverán muchas emociones sin embargo es normal y puede reportarlas al acudir a sesión, se podrá realizar el desahogo emocional prioritariamente previo abordaje de la carta.

A continuación se detallan las frases con las que se inicia cada una de las cartas:

Se enlistan las 8 frases con las que el terapeuta deberá trabajar el cierre del duelo con la persona que solicita acompañamiento, la persona en duelo deberá completar la frase y escribir hasta sentir desahogo y esté completa su carta. No es importante si escribe poco o mucho. *Importante aclarar esto con el solicitante.

- I. Los momentos más tristes y/o difíciles que viví contigo antes de tu partida fueron...
- II. Los momentos más tristes y/o difíciles que he vivido después de tu partida son...
- III. Lo que te tengo que reprochar es...
- IV. Te pido humilde y sinceramente disculpas por...
- V. Te perdono por...
- VI. Lo que te tengo que agradecer es...
- VII. Lo que aprendo de ti es...
- VIII. Lo que haré en honor a la experiencia de hoy en adelante es...

Referências

López García, MT: “El Ciclo Gestáltico de la satisfacción de las necesidades: Mecanismos neuróticos” en “Cuadernos del IPG. Curso Superior I de Formación en Terapia Gestalt. Instituto de Psicología Gestalt. (2007). Madrid

McLeod, L. (1993). El yo y sus vicisitudes a través de la teoría de la terapia Gestalt.

Vázquez Bandín, C. (2008b). Espérame en el cielo: El proceso de duelo según la terapia Gestalt. En C. Vázquez Bandín, Buscando las palabras para decir: Reflexiones sobre la teoría y la práctica de la terapia Gestalt (pp. 81-106)



TÉCNICA DE CAVI - CÍRCULO ACTIVO VITAL INTEGRADOR

EMOCINESIS

Diego Nuñez

Buenos Aires, Argentina

Este capítulo responde a la necesidad de aplicar esta nueva técnica de reorganización emocional de mi autoría para la intervención específica posterior inmediata a las labores de Crisis y Emergencias, con un enfoque específico en la prevención de los Trastornos Disociativos y el TEPT - DESNOS. Esta presenta un enfoque sustentado desde bases neurobiológicas cognitivas conductuales, tendientes a la reorganización, integración, autoregulación emocional mediante el entrenamiento de habilidades para nosotros/as, Personal Especializado de diferentes Instituciones de Emergencias, Seguridad, FF.AA., Voluntarios/os y Personal de Salud que intervenimos en Situaciones Críticas, Crisis Sociales, Emergencias-Catástrofes-Desastres y situaciones violentas generadas por el ser humano, o el mismo ciclo de la naturaleza. La Técnica de CAVI es también aplicable a diferentes tipos de víctimas. “Estas situaciones ocasionan consecuencias de todo tipo, como la muerte, secuelas físicas de invalidez parcial o total y el sufrimiento psíquico postraumático” Flannery – (Debriefing. Erste Hilfe durch das Wort Hintergrunde und Praxisbeispiele. Bern, Stuttgart; Wien: Haupt 2000. G. Perren Klingler). Esta técnica apunta a la necesidad de integrar las emociones y sentidos de la persona afectada directa o indirectamente que se encuentran en tránsito de sensaciones emocionales y fisiológicas a reacciones esperables relacionadas a los eventos vividos.



Imagen ilustrativa: Formación en Técnica de CAVI – Círculo Activo Vital Integrador. Personal de Bomberos y Emergencias. 2009 Hohenau. Paraguay.

CAVI se aplica como escaneo ante la posible presencia de TID, TDNE, TEPT y DESNOS. En estas circunstancias la mente posee la capacidad de relacionar cualquier situación con cualquier otra por cualquier medio, es decir; las respuestas relacionales son “aplicables arbitrariamente”. Lo que hace la mente es justificar relaciones mediante la abstracción de características de estos hechos relacionándolos. Así, cualquier situación se puede relacionar arbitrariamente con el dolor, y siempre la mente encontrará para las relaciones, justificaciones. Así, con respecto a este vacío presente en la mayoría de las Instituciones, los equipos y las personas que laboran en crisis, emergencias y seguridad, basándome en lo recogido en la experiencia clínica mas la evidencia científica de haber investigado el estrés postraumático y la disociación, he podido evidenciar a través de los años y de las verificaciones de mis hipótesis que lo que expongo en este capítulo, la “Reorganización, Integración y Autoregulación Preventiva de los Sentidos y Emociones post Intervenciones en Emergencias-Catástrofes-Desastres y Situaciones Críticas y Sociales”, es viable y de resultados favorables del corto al mediano plazo.



Imagen ilustrativa: Formación en Técnica de CAVI – Círculo Activo Vital Integrador. Guardaparques APN. 2013 Embalse de Río Tercero. Córdoba, Argentina.

La Técnica de CAVI- Círculo Activo Vital Integrador ha sido aplicada a más de 1500 personas, entre ellas; Rescatistas, Bomberos, Guardaparques, Personal Policial, Voluntarios/as, Personal de FF.AA., Personal de Salud, Docentes y Diferentes Víctimas, a lo largo de 15 años en diferentes países latinoamericanos, y nuestro país, Argentina, de modo preventivo, ante la exposición prolongada a diferentes situaciones traumatizantes,

acompañando y orientando identificar grupalmente o de forma individual, recursos en la persona, como plataforma tendiente a la reorganización emocional para posteriormente restituir si fuera necesario, las partes internas disociadas y así sus capacidades de relación y coherencia volitiva-afectiva, integrando recuerdos traumáticos y estabilizando las emociones vivenciadas. La misma está integrada al proceso de EMOCINESIS, término que he generado a partir y desde 20 años de investigaciones, el cual refiere a técnicas generadas e impulsadas por investigaciones que implican de manera directa a la PROPULSIÓN EMOCIONAL – PROPULSORES EMOCIONALES, como medio de modificación de conductas y reorganización, integración y reordenamiento emocional. Su objetivo es el de reintegrar sentimientos de control-percepción, comprensión y sentido sobre lo vivido de manera preventiva, e inmediata a la intervención o servicio realizado, apoyada en estrategias de anticipación, reorganización y reordenamiento. En este tipo de situaciones críticas en las cuales intervienen personas desde los diferentes roles nombrados anteriormente, la amígdala frente a instancias de TEPT, DESNOS y TID - TIDNE es afectada, y como responsable del recuerdo emocional pasa de la adaptación a la desadaptación, presentando así déficit en las respuestas, lo cual implica una pérdida en el contexto vivido, generando a partir de la emoción conductas relacionadas a estados contenedores de experiencias traumáticas de patrones cognitivos, afectivos, sociales y conductuales bien distinguidos entre sí, haciéndose presente muchos de estos conflictos cuando las fuerzas metabólicas, inmunológicas, hormonales y nerviosas se activan de manera crónica Sin desconocer que la disociación y sus trastornos son una adaptación evolutiva al trauma originados muchas veces en la infancia que se desarrolla inmediatamente luego de un incidente que repercute como traumático. Mas allá de la edad, estamos preparados para una disociación estructural y adaptativa, aún más en la infancia donde prevalece la mielinización, el almacenamiento de datos y la adquisición de habilidades, lo cual aportará recursos en la adultez. Toda esta información está agrupada en 30.000 genes que poseen data y en nuestro ADN que contiene 3.000.000.000 de nucleótidos que son nuestro manual de instrucciones humano, encontrándose todo inscripto en 3.500.000.000 años de evolución biológica en nuestros genes, que poseen cambios fenotípicos y genéticos” J.E.Campillo.Alvarez. Sin embargo nuestra capacidad de integración puede desequilibrarse de forma crónica si sufrimos un fuerte trauma y nuestros procesos evolutivos no han sido suficientemente sólidos. “La disociación es la principal insuficiencia de la integración, que interfiere y cambia nuestro sentido del yo y nuestra personalidad. También puede verse perturbada o limitada cuando estamos extenuados, estresados o gravemente enfermos. La disociación conlleva una especie

de apropiarse y desapropiarse de la experiencia en paralelo; mientras que una parte de usted se apropia de la experiencia, la otra parte no lo hace. De este modo las personas con trastornos disociativos no se sienten integradas, sino fragmentadas, porque tienen recuerdos, pensamientos, sentimientos, comportamientos, etc., que viven como ajenos y no característicos, como si no les pertenecieran” (Boon S., Steele K., Van Der Hart O.)

ABORDAJE: El dolor psíquico mudado posteriormente en trauma a raíz de una experiencia vivida del tipo amenazante, repentina, inesperada, y de pánico-fobia, precipita a la persona a vivir en sí misma respuestas físicas y psíquicas manifestadas en reacciones Cognitivas, Emocionales, Físicas y Sociales. Éstas reacciones actúan sobre los neurotransmisores de manera directa alterando sus funciones, tal el caso de la Serotonina ó Hidroxitriptamina, cuya concentración se verá reducida por un alto nivel de estrés alterando estados de ánimo (sentimientos de culpa del sobreviviente, miedo, entumecimiento emocional, shock, desesperanza, desamparo, impotencia, ansiedad); funciones fisiológicas (somatizaciones, insomnio, jaquecas, pérdida de apetito, líbido y energía alteraciones en el metabolismo, regeneración y la producción de leche a través de la hormona peptídica, conocida como prolactina, que variará según el aumento o disminución del estrés. En este aspecto de inhibición también se hace presente la dopamina D2, como efecto inhibitor). En estas funciones alteradas la oxitocina se presenta como neuromodulador involucrado en los comportamientos y relaciones sociales, patrones sexuales, conductas parentales y sentimentales. Así, al momento de su producción desde el hipotálamo por los núcleos supraóptico y paraventricular, se verá alterada al momento de su liberación a raíz de la situación crítica vivida o que se esté viviendo. En la misma línea, mediante la producción de la glándula pituitaria y el hipotálamo, la endorfina se presenta como péptido-neurotransmisor ante el dolor y todas las situaciones relacionadas con el mismo. Éstas reacciones - alteraciones son normalizadas y nominalizadas de manera preventiva en la práctica del Círculo Activo Vital Integrador – CAVI-. A partir de su identificación mediante la elaboración de un kit de recursos tendientes a calmar todas estas partes y traerlas al momento presente, con la finalidad de que las personas implicadas puedan integrar sus sensaciones y emociones tras lo vivido, y “que le permita reconstruir la noción de control realista y coherente, restablecer contactos sociales y dar un sentido posible a estos acontecimientos” (Giselle Perren-Klingler). Mediante la Técnica de CAVI “Podemos diferenciar tres clases diferentes de estrés según el tipo de estímulo que lo desencadena; las

diferentes respuestas fisiológicas que se ponen en marcha y las consecuencias patológicas que ocasionan”. José Enrique Campillo Álvarez.



Imagen Ilustrativa: Formación en Técnica de CAVI – círculo Activo Vital Integrador. Cruz Roja y Emergencias. 2015 Imbabura, Ecuador



Imagen ilustrativa: Formación en Técnica de CAVI – Círculo Activo Vital Integrador. Congreso Nacional de Acompañantes Terapéuticos. 2019 San Luis, Argentina.

Estrés Homeostático (homos=similar; estasis=estabilidad). Evitar el cambio, mantener la constancia del orden interno.

Estrés Alostático (alo=cambio;estasis=estabilidad). Adaptarse al cambio, establecer un nuevo orden.

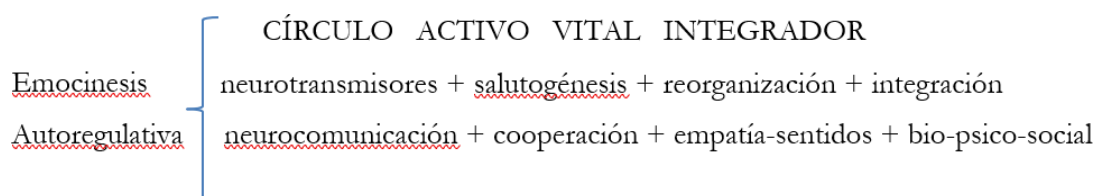
Estrés Pantostático (panto=todo;estasis=estabilidad). Sobrevivir a una agresión global que pone en riesgo la vida o la reproducción.

De esta manera también se evita el riesgo del anclaje fisiológico a partir de emociones negativas residuales y de síntomas disociativos que conlleven pérdida de funciones. Estas

pérdidas se pueden expresar mayoritariamente como incapacidad en sentir emociones, sensación de no voluntad, amnesia con respecto a aspectos vivenciales, amnesia del presente como síntoma TDNE, despersonalización, desrealización, distorsión temporal, amnesia por repetición-cronificada, disonancia cognitiva, dolor reprimido al presente con intrusión disociativa, entre otras.



Imagen ilustrativa: Formación en Técnica de CAVI – Círculo Activo Vital Integrador. Jornada Nacional de Enfermería Militar, Emergencias y Catástrofes. 2019 Colegio Militar de la Nación Argentina.



Podemos llegar a vivenciar nuestras emociones como negativas (miedo – enojo), hasta varios días después, de manera pasiva indirecta y contra nuestra voluntad como consecuencia de los mediadores y sus efectos negativos que al liberarse durante el estrés pueden durar días, semanas y hasta meses, con el potencial riesgo del TEPT – Estrés Post Traumático asociado a algún tipo de disociación, con riesgo de cronificación. Esto genera cambios no deseados en nuestras conductas, las cuales de manera paulatina y continua elevan su intensidad hasta volverse difíciles de controlar, generando así una disrupción entre nuestros sistemas simpático y parasimpático, lo cual se expresa desde lo fisiológico también con consecuencias de desadaptación en nuestro estrés homeostático, alostático y pantostático y también desde la disociación inmediata como “momentos perdidos”.



Imagen ilustrativa: Formación en Técnica de CAVI – Círculo Activo Vital Integrador. Bomberos Militares, Negociadores CATS prevención del suicidio, Policía Civil ,Federal y Rodoviaria, BOPE y Psicólogas/os. 2022 Ceará, Fortaleza. Brasil.



Imagen ilustrativa: Formación en Técnica de CAVI – Círculo Activo Vital Integrador. Personal de emergencias del sistema federal y voluntarias/os. Ministerio de Seguridad de Argentina. 2022

PROTOCOLO CAVI

CÍRCULO ACTIVO VITAL INTEGRADOR

Reorganización, Integración y Autoregulación Preventiva de los Sentidos y Emociones post
Intervenciones en Crisis – Emergencias – Catástrofes – Desastres –
Situaciones Críticas y Sociales. © Diego Nuñez

Fase 1. Escaneo:

A. Datos de la persona entrevistada (expresadas por la misma)

- Nombre

.....

- Edad

.....

- Función

.....

- Fecha, mes, año (actuales)

.....

- Ciudad / Área / Equipo / Institución de pertenencia

.....

B. PERSONAL INTERVINIENTE: ¿Qué actividad realizaba y cómo se sentía emocionalmente y físicamente (interior y exterior) antes de la intervención?

.....

.....

.....

C. VÍCTIMA: ¿Qué actividad realizaba y cómo se sentía emocionalmente y físicamente (interior y exterior) antes del evento?

.....

.....

.....

D. Breve relato de los hechos de intervención (personal) Breve relato del evento (víctima)

.....

.....

.....

E. PERSONAL INTERVINIENTE: ¿Qué actividad realizó durante la intervención y cómo se siente ahora emocionalmente y físicamente (interior y exterior) luego de la misma?

.....
.....
.....

VÍCTIMA: ¿Cómo accionó durante el evento (ó sino lo hizo) y como se siente ahora emocionalmente y físicamente (interior y exterior) luego del mismo?

.....
.....
.....

Realizar preguntas en lenguaje cognitivo:

- ¿Cómo?
- ¿Quién?
- ¿Cuándo?
- ¿Dónde?
- ¿Qué?

Fase 2. Observación

A. Identificar posibles emociones observables en el rostro / cuerpo de la persona

Miedo	Culpa
Sorpresa	Vergüenza
Rabia	Satisfacción
Asco	Celos
Tristeza	Aceptación
Alegría	Resignación
Placer	Angustia
Incertidumbre	Preocupación
Nerviosismo	Desconcierto
Sobresalto	Admiración
Asombro	Exasperación
Odio	Cólera

Rencor	Irritabilidad
Enfado	Indignación
Repugnancia	Rechazo
Disgusto	Pesimismo
Pena	Entusiasmo
Placer	Diversión

B. Observación corporal:

- Plasticidad / flexibilidad corporal
- Rigidez corporal

C. Palabras y/ó frases reiteradas:

.....

.....

.....

D. Procesos y patrones de pensamientos:

- Se expresa desde lo que siente
- Se expresa desde lo que piensa
- Expresa su pensamiento como emoción
- Actúa y acciona desde lo que piensa
- Actúa y acciona desde resultados

Fase 3. Emocinesis

A. Tareas propuestas por coordinador/a para realizar de manera individual y/ó grupal durante los siguientes 7 días.

.....

.....

.....

B. Tareas individuales y/ó grupales propuestas durante el encuentro por los/as participantes

.....

.....

C. Visión grupal en relación a la intervención/servicio realizado (desde lo oído y observado por el coordinador/a)

.....
.....
.....

Fase 4. Cierre

4.1 Cierre grupal del encuentro de cada participante hacia cada participante mediante la frase; “Reconozco y agradezco de vos...”

A. Segundo encuentro individual (solicitado por coordinador/a del encuentro grupal)

B. Derivación a Profesional de la Salud Mental (identificar motivos)

.....
.....
.....

Nombre/s y Apellido/s de Coordinador/a

.....

Fecha.....

Lugar.....

Institución / Equipo / Área de pertenencia

OBJETIVOS Y APLICACIÓN: La técnica de el CAVI – Círculo Vital Activo Integrador tiene como fin desde la prevención la reorganización, integración y autoregulación de las emociones y sentidos mediante la nominalización y normalización de las emociones y sus reacciones, escaneo de conductas de la persona y la observación y evaluación del grupo y cada uno/a de sus integrantes, como eje integrador y regulador de la identificación de recursos personales y grupales desde lo bio-psico-social para la reformulación de conductas mediante la práctica de la emocinesis, basadas en resultados surgidos del encuentro. En estas circunstancias post intervenciones inmediatas, en la cual se apunta al desbloqueo de anclajes emocionales-fisiológicos naturales y esperables a estas tareas, el lenguaje como instrumento del pensamiento, nos llevará a tomar o no acción mediando sus procesos receptivos y su proceso expresivos a través de los Sistemas Operativo, Semántico e Intermedio – Dr. Antonio Damasio. Pero también en los procesos de recuperación, “El lenguaje es sufrimiento

porque conduce a la evitación experiencial, que es el proceso por el que uno intenta evitar las propias experiencias” – Steven C. Hayes. Sobre el total de 1.500 personas junto a las cuales he trabajado la Técnica CAVI, se obtuvo una gran efectividad, dado que al ser una técnica no intrusiva que propone identificar recursos para aliviar, con el fin de que sus posibles reacciones no desencadenen en efectos negativos traumáticos patológicos, las personas comprenden y aceptan orientadas adecuadamente, lo imprescindible y salutogénico de mostrar, contar, expresar lo vivido, mediante las posibilidades visuales, auditivas, kinestésicas, olfativas y gustativas con que cuente en el momento.



Imagen ilustrativa: Formación brindada en CAECOPAZ - Cascos Azules – ONU. 2022

- CAVI es una técnica protocolarizada y preventiva, inmediata a las tareas realizadas y única en el tiempo en su momento de aplicación. Se realiza en ronda, bajo confidencialidad y respeto mutuo, evitando el espacio a críticas.
- Vocabulario asertivo y cognitivo por parte de quien coordina. Esta persona no tiene que haber estado presente en la intervención/hecho/servicio, a fin de estar libre de cualquier efecto residual emocional en sus sentidos.
- Cantidad de personas por encuentro, 6 máximo. Tiempo total, 50' minutos.
- Evitar la proliferación de pensamientos del tipo no relacionados al hecho. La persona debe exponer en pocas palabras como se sentía antes de la labor desempeñada y como y que se siente ahora corporalmente y emocionalmente.
- Nombrar a la persona por su nombre de pila o seudónimo, según lo prefiera la misma previamente consultada.
- No utilizar las palabras POR QUÉ, por parte de quien coordina y participantes

para preguntar, responder, ni como parte de los diálogos, ya que puede generar interpretaciones en personas que atraviesen disociación. Utilizar lenguaje cognitivo.

- Si alguien no puede expresarse en su momento o el coordinador observa que alguien desea expresar algo más, abrir un tiempo posterior para desarrollarlo antes del cierre
- El cierre es dirigido, se proponen actividades a realizar a nivel grupal del tipo atención y conciencia plena, comunicación, autoregulación emocional empática y cooperación, las cuales debe realizar el grupo/equipo en un lapso no mayor a siete días. Finalmente cada integrante debe dirigirse a cada uno/a del grupo expresándole aspectos positivos del mismo/a misma, con asertividad, con la siguiente frase: “Agradezco y reconozco de vos...”.
- El cierre grupal del coordinador/a debe remarcar aspectos positivos del grupo.
- No debe haber seguimientos individuales por parte de ningún integrante ni coordinador, ya que esto evitaría el corte emocional y de los sentidos con la situación vivida. Durante el encuentro grupal NO se deben comentar situaciones críticas y/o traumáticas personales ó grupales vividas con anterioridad no relacionadas al hecho, ya que la vivencia particular de cada uno/a podría retraumatizar a la otra persona y viceversa.



Bibliografía

Allen, J. G., Fonagy, P. y Bateman, A. W. (2008) *Mentalizing in clinical practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Bruce, S. McEwen, B.S. y Wingfield, J.C. What is in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress. *Hormones and Behavior*. 57: 105-111.2010.

Fraser, G. (2003). Fraser's Dissociative Table Technique revisited, revisited: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4 (4), 5-28.

José Enrique Campillo Álvarez. *El mono estresado*. Crítica. 2012

Krakauer, S. Y. (2001). *Treating dissociative identity disorder: The power of the collective heart*. Filadelfia: Brunner-Routledge.

Mann, L. y Tan, C. (1933). The hassled decision maker: The effects of perceived time pressure on information processing in decision making. *Australian journal of Management*, 18, 197-209-

Mitchell J. T., Everly G. S. *Critical incident stress debriefing and operations annual for the prevention of traumatic stress among emergency service workers*. Baltimore. 1995.

Mitchell J. T. Dyregrov A. *Traumatic Stress in disaster workers and emergency personnel*. In Wilson J. P. and Raphael B. (Ed) New York. 1993

Pankseep, J. *Affective Neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York, Oxford University Press. 1998.

Perren-Klingler G. – *Debriefing. Erste Hilfe durch das Wort Hintergründe und Praxisbeispiele*. Bern, Stuttgart; Wien: Haupt 2000.

Raymond B. Flannery, Jr. *Assaulted Staff Action Programme. Debriefing –Erste Hilfe durch das WortHintergründe und Praxisbeispiele*. Bern, Stuttgart; Wien: Haupt 2000.

Steele, K. Van der Hart, O. and Nijenhuis, E. R. S.. Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 79.



UN POCO DE TANATOLOGÍA

Florencia Rosa Cafarelli

Buenos Aires, Argentina

A mi viejo.

INTRODUCCIÓN

El duelo es considerado como una respuesta natural a la pérdida de alguien o de algo. Muere bien quien vive bien. Que frase tan conmovedora y controversial, difícilmente podemos comprender claramente el sentido del morir cuando esto ocurre inesperadamente. Hay una falsa creencia o, por lo menos es mi punto de vista, que la persona que “se queda” tiene un tiempo estipulado para doler, para olvidar, para sufrir, para soltar. Definitivamente cada uno va a transitar el dolor en la medida que pueda, que los recursos personales lo permitan, de acuerdo con el apoyo emocional y psicosocial que le permitirá sostenerse, no caer y romperse en mil pedazos. Esta pérdida que te rompe el corazón y el alma, la que te corta la respiración, donde la “no presencia” nos simboliza una pérdida propia, del cuerpo y del alma y del futuro. Creemos que nada tiene sentido porque ya no contamos con ese pilar que nos acompañaba, que nos protegía, que nos hace invencibles.

Cada persona va a transitar esta ausencia y va a pasar por diferentes estadios que le van a permitir romperse, rearmarse y volver a empezar. Todo esto muy lento. Despacio. Pareciendo casi imposible.

La muerte va a llegarnos a todos. Antes o después estamos predestinados a perder, y lo haremos mil veces de diferentes formas. No solo vamos a perder personas amadas, sino también objetos, trabajos, ilusiones, formas de vida. Esto me lleva al cuento de Kafka y la muñeca viajera. Cuenta la historia que Kafka en uno de sus paseos en el parque conoce a una niña. Ella estaba desconsolada porque había perdido a su muñeca. Para intentar aliviar su pena, Kafka le trae regularmente cartas porque se encontraba viajando, y en su afán de compensar esa pérdida y el dolor, la muñeca llega finalmente pero diferente, distinta, porque ha transitado mucho en su ausencia. Todos cambiamos, todos evolucionamos, amamos, perdemos, nos reinventamos y volvemos a empezar.

”Cada cosa que amas es muy probable que la pierdas, pero al final, el amor volverá de una forma diferente “.

TANALOGIA

Etimológicamente, “Tanato”: *muerte*, y “logos”: *tratado, palabra, razón, estudio, discurso*. El vocablo *Tánatos* deriva del griego Thanatos (nombre del dios de la muerte de la mitología griega). Para el estudio en cuestión, lo denominaremos *sentido*, y de ahí, se desprende etimológicamente que la Tanatología es *“la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte”*. Sin embargo, no caigamos en la falsa creencia de que estamos hablando sobre un tratado sobre la muerte, sino, vamos a hablar de cómo vivir la vida sabiendo que vamos a morir.

El término Tanatología, “La ciencia de la muerte”, fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, quién en el año de 1908 recibiera el Premio Nobel de Medicina. En ese momento era considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista medicolegal.

En 1930, como resultado de grandes avances en la medicina, empezó un período que confinaba la muerte en los hospitales, y en la década de 1950 esto se generalizó cada vez más. Así el cuidado de los enfermos en fase terminal fue trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, de modo que la sociedad de la época “escondió” la muerte en un afán de hacerla menos visible, para no recordar los horrores de la Segunda Guerra Mundial. Después en la década de 1960, se realizaron estudios serios (sobre todo en Inglaterra) que muestran que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuido a sólo el 25%. Durante esa época se hizo creer a todos que la muerte era algo sin importancia, ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico y llegaba a ser un hecho ordinario, tecnificado y programado, de tal manera que fue relegada y se le consideró insignificante.

A mediados del siglo pasado los médicos psiquiatras Eissler y Elizabeth Kübler-Ross dieron a la tanatología otro enfoque que ha prevalecido en la actualidad.

Con la tanatología podemos trabajar en varios campos de acción, desde la atención al enfermo moribundo y a su familia, hasta la elaboración del proceso de duelo por una pérdida significativa.

La tanatología es una disciplina que nos acompaña en el dolor para que podamos comprender y resignificarla. Que el suceso se convierta en un punto de partida, en un nuevo comienzo. La tanatología acompaña este proceso para que la persona vaya transitándolo de a poco, con sus tiempos, con las palabras que pueda decir y con el silencio que pueda compartir.

La nueva tanatología tiene como objetivo fomentar y desarrollar holísticamente las potencialidades del ser humano, en particular de los jóvenes, para enfrentar con éxito la difícil pero gratificante tarea de contrarrestar los efectos destructivos de la “cultura de la muerte”, mediante una existencia cargada de sentido, optimismo y creatividad, en la que el trabajo sea un placer y el humanismo una realidad.

PERDIDAS Y DUELO

“(...) no nos dejemos morir a medias junto con nuestras personas amadas; al contrario, intentemos vivir con más fervor aún(...)” El libro tibetano de la vida y la muerte.

Hay muchas situaciones de pérdida: un amor, un ser querido, un trabajo, la confianza de un amigo, cambiar de institución educativa, compañeros de trabajo, el extravío de una mascota, entre tantas otras. Cada situación es particular y son sucesos de gran importancia para cada persona que se encuentre transitándola. Tanto adultos como niños han atravesado pérdidas y ellas nos llevan a darle un nuevo significado a lo que nos sucede y darle un nuevo inicio a lo ya conocido. Ninguna de nosotros elegimos perder “algo” y que nos duela. Nadie elige atravesar esta pérdida ni entrar en el dolor, pero este dolor nos lleva a doler, y este doler a transitar. El duelo, al ser un proceso universal e inevitable, ha sido objeto de estudio por diversos autores y muchos han intentado establecer sus diferentes etapas.

Estas etapas nos deben llevar el tiempo que nos deba llevar, sin apuros y sin atajos. Cada persona transita este duelo de acuerdo con sus recursos personales, sociales, familiares y culturales. Sin embargo, esta pérdida no nos permite discernir en cómo queremos reiniciar lo que viene. Nadie tiene la fórmula mágica y este doler no se alivia mágicamente, requiere de un trabajo profundo y comprometido.

El dolor físico lo podemos ubicar en una parte del cuerpo. Me duele aquí o allá. Pero el dolor del alma, como algunos se suelen llamar, no se alivia tan fácilmente. Hay que aprender a convivir con el dolor. Caminar con él de la mano para atravesarlo con fortaleza.

LAS ETAPAS DE DUELO DE KÜBLER-ROSS

Todas las teorías y toda la ciencia del mundo no pueden ayudar a nadie tanto como un ser humano que no teme abrir su corazón a otro. Elizabeth Kübler- Ross

Según la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross (1994) crea el denominado *Modelo Escalonado*, que consta de 5 etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación ante cualquier situación de pérdida. No todas las personas pasan por todas ellas y no hay un orden concluso entre ellas.

La primera etapa es la de la *negación*, claramente es negar lo sucedido. No creer que esa situación esté ocurriendo, y funciona como un amortiguador después de la noticia inesperada para poder recobrase. Según Ross *“la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial”*.

La segunda etapa es la *ira*, y tras haber pasado por la primera etapa y luego de comprender que, si está sucediendo, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Es un sentimiento difícil de manejar, ya que la misma, se dispara en todas las direcciones y generalmente contra aquellos que están a nuestro lado.

La tercera fase es el *pacto*, *la negociación*, aunque dure uno corto tiempo que intenta posponer los hechos y una promesa que elevará con tal de que ese suceso se aplace en el tiempo. Según Ross, *“la mayoría de los pactos se hacen con Dios y generalmente se guardan en secreto o se mencionan entre líneas”*.

La cuarta fase es la *depresión*, una vez que el suceso está presente y se vive en cuerpo y alma como una gran sensación de pérdida. Siendo esta depresión necesaria para tangibilidad las angustias y ansiedades.

Finalmente llegamos a la última y quinta fase, la *aceptación*. Esta fase no es una fase colmada de felicidad, sino que se hace presente aquello que temo, lo que se aproxima, lo que debo trabajar.

Cualquier pérdida produce un proceso de duelo, muertes pequeñas que marcan la vida. Desde situaciones de gran envergadura como crisis, catástrofes o desde la pérdida del trabajo, la

pérdida de un peluche para un niño, etc., cada pérdida es importante y debe ser considerada como tal.

Para la tanatología la "Muerte Adecuada" consiste en definir como:

- Ausencia de sufrimiento.
- Persistencia de las relaciones significativas del enfermo.
- Intervalo permisible y aceptable para el dolor.
- Alivio de los conflictos.
- Ejercicio de opciones y oportunidades factibles para el enfermo.
- Creencia del enfermo en la oportunidad.
- Consumación en la medida de lo posible de los deseos predominantes.
- Comprensión del enfermo de las limitaciones físicas que sufre.
- Todo lo anterior, será dentro del marco del ideal y del ego del paciente.

Hay diferentes situaciones que podemos acompañar, por ejemplo, pérdida de una relación, muerte de un cónyuge, de un hijo, de los padres. Según Domínguez Mondragón menciona otros de los objetivos del acompañamiento son las amputaciones, los trasplantes, intentos de suicidio, viudez, cambio de rol, nido vacío, infidelidad, infertilidad, portadores del VIH/SIDA, la pérdida de la autoestima, la anorexia, la bulimia, pérdida del trabajo, o de alguna persona cercana afrontando un proceso de duelo. Todos, alguna vez, hemos acompañado queriendo o sin querer a transitar la muerte de algo o alguien. Todos hemos atravesado por murallones del abismo, la ansiedad, la angustia y muerte. De alguna forma hemos salimos victoriosos, pero no ilesos, y debemos ser agentes conscientes de estas situaciones para aprender de ellas, para aplicarlas y para seguir viviendo. El discurso del moribundo es caótico, nosotros debemos ponerle orden, para acomodarlo y respetarlo. Para concluir se puede decir que el duelo se inicia inmediatamente después o dentro de los meses subsiguientes a la pérdida, sin encontrarse una alteración en la funcionabilidad de la persona. Por lo mencionado anteriormente puedo decir que el duelo no configura un trastorno mental y usualmente no dura más de seis meses o un año.

Según Horowitz, el duelo patológico es aquel donde *“la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución”*. Un duelo con estas características se ve afectado el entorno físico (dolores y quejas), emocional (desesperanza, culpa, tristeza), espiritual (creencias), social (pérdida de contacto con el mundo circundante), conductual (cambio de patrones conductuales a negativos) y cognitivo (alteraciones en general).

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y experimentar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia y se termina cuando ya somos capaces de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, cuando hemos aprendido a vivir sin lo que ya no está, cuando hemos dejado de vivir en el pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en nuestro presente y en lo que tenemos a nuestro alrededor. Según Horowitz, el duelo patológico es aquel donde *“la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución”*. Un duelo con estas características se ve afectado el entorno físico (dolores y quejas), emocional (desesperanza, culpa, tristeza), espiritual (creencias), social (pérdida de contacto con el mundo circundante), conductual (cambio de patrones conductuales a negativos) y cognitivo (alteraciones en general).

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida de lo que no está, valorar su importancia y experimentar el sufrimiento y la frustración que comporta su ausencia y se termina cuando ya somos capaces de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, cuando hemos aprendido a vivir sin lo que ya no está, cuando hemos dejado de vivir en el pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en nuestro presente y en lo que tenemos a nuestro alrededor.

DUELO Y EL PERSONAL DE EMERGENCIA

Hablar de duelo es hablar de pérdida y por eso preferimos no hablar y esquivar el concepto. Pensar siquiera en ello, nos lleva a creer “ilusamente” que hemos fallado, como si trabajar en emergencias es sinónimo de inmunidad e inmortalidad. No lo hablamos y tememos hacerlo porque significa hacerle frente, visibilizarlo y pensarnos capaces de dejar de existir, de morir.

Atravesar e intervenir una situación de emergencia con fallecidos nos coloca en una situación muy particular. Sobre todo, si no hemos internalizado y trabajado ese tema de modo personal. Asistir en situaciones con personas fallecidas nos lleva a espacios personales, estas situaciones nos hacen pensar en nuestros propios muertos, nuestra propia soledad, nuestra propia muerte. Esta situación nos lleva a nuestras propias pérdidas, a replantearnos la vida, a buscar profundamente en nosotros mismos el significado para intentar aprender de ello, darle un significado, y resurgir como el ave fénix.

Estas situaciones en particular deben acompañarnos en nuestra intervención cotidiana y tener presente que esa persona “se muere porque debe morir”, y no significa

que “se me muera”. Si hacemos una encuesta y le consultamos al personal de primera respuesta si recuerda a cuántas personas ayudaron en su servicio, no lo tienen claro; pero si le preguntamos a cuántas personas “perdieron”, tienen en número exacto. Esta sensación de egocentrismo nos permite mantener la tarea y poder seguir prestando servicio. Tomamos en estas intervenciones el poder de la vida del otro, cuando nosotros solo somos meros instrumentos para poder acompañar en este trance sea cual sea. La palabra “duelo” según la Real Academia Española, e increíblemente hasta el diccionario tiene varias definiciones sobre esta palabra tan letal. Hay hasta diferentes formas de doler. Entonces aparece: dolor, lastima, aflicción o sentimiento.

Bowlby definió al duelo como *"todos aquellos procesos psicológicos conscientes o inconsciente que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquier sea el resultado"*. Acompañar a doler requiere empatía y un constante trabajo personal, comunitario y social. El personal de emergencia lleva adelante los duelos de forma colectiva. Infinidad de veces nos afecta tanto como si fuéramos los protagonistas porque el dolor es tan intenso, en infinidad de veces, que confundimos nuestro rol en la situación. Entonces se entra en la dicotomía de pensar si somos espectadores o protagonistas. **Para que quede claro, no es nuestro duelo, no somos responsables por la muerte del otro, no es nuestro muerto.** Esto no nos hace menos empáticos o humanos, esto nos permite protegernos de las consecuencias del evento. Definitivamente, no vamos a transitar por estas situaciones y salir ilesos. Por supuesto que no y va a marcarnos de infinitas maneras, cada uno lo va a transitar con las herramientas propias, con la experiencia de transitar estas situaciones, con la formación, con la aceptación de finitud, entre otras. Claramente tampoco es posible no sentir nada, el famoso *“a mí no me paso nada”*, *“la verdad que la muerte no me da temor, ni miedo, ni respeto, no me produce nada”*, también es una situación que requiere de nuestra atención, debido a que el personal que no trabaja estas cuestiones no posee la preparación suficiente respondiendo con actitudes negativas e ira.

En todas las instituciones que he participado, intervenido y acompañado denoto que es un tema tabú para el personal que trabaja en emergencias. Se me ocurre pensar que en un método de defensa que utilizan estos trabajadores y no lo abordan completamente porque si lo transitan, de alguna u otra manera, les impediría trabajar. Sin embargo, no desaparece solo con evitar nombrarlo porque son compañeros constantes e inevitables de su función. Al contrario, hablarlo, desarrollarlo y sentirlo es fundamental para, cuando llegue el momento, tener las herramientas para sobrellevarlo.

Profundizando en la temática del duelo en personal de primera respuesta (bomberos, médicos, enfermeros, primeros respondientes, rescatistas, etc.) hay una vivencia anticipada de la propia muerte y mucha impotencia por la muerte del otro. También se ha observado sentimientos de culpa, temor, vulnerabilidad, dolor, fracaso, tristeza por creer que tenemos la posibilidad de revertir esta situación mágicamente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el equipo interdisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés.

En nuestra vida profesional asistimos en el dolor y la muerte, pero algo debemos dejar claro y es que no lloramos por “ese muerto” sino lloramos por los nuestros, por los que amamos y nos hace pensar en nuestro propio final. Somos los únicos seres que sabemos que en este mundo apenas nacemos vamos a morir. No importa como muramos, sino como hemos vividos. Tarea difícil, tarea del paso a paso.

REFERÊNCIAS

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. DOI: 10.1634/theoncologist.5-4- 302.

Bravo Mariño, Margarita /2006) ¿QUÉ ES LA TANATOLOGÍA? Revista Digital Universitaria. Volumen 7 Número 8
• ISSN: 1067-6079. <https://revista.unam.mx>

Buckman R. A SixStep Protocol. In: Buckman R, editor. *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 1992: p. 65-97

Castillo K. Cómo dar malas noticias [Tesina] (2013) México D.F. : Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia.

García F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva*. 2006;30(9):452-9. DOI: 10.1016/S0210-5691(06)74569-7.

Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. Entrega de malas noticias en la práctica clínica. *Rev méd Chile*. 2014;142(10):1306-15. DOI: 10.4067/S0034-98872014001000011.

Kubler Ross Elizabeth. (1972). *On Death and Dying*. Collier Books, Macmillan Publishing. Nueva York.

Kübler Ross E. (1994). *Questions and answers on death and dying*. McMillan Publishing.

Co, New York . 53:153. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [2022].

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Un reporte sobre la salud*. Recuperado de: http://www.fakewhowebsite.com/report/about_health

Worden, J. William. (1997). *El Tratamiento del Duelo. Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Buenos Aires. Editorial Paidós. Pag. 46.



**PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL “EMERGENCIAS EN TIEMPOS
DE COVID-19” DE SAN LUIS AL MUNDO**

Lecciones Identificadas dentro de la pandemia COVID19

Alfredo Guijarro Olivares

Altarejos, España

RESUMEN

La pandemia por Covid19, como todas las crisis, nos ha dejado una serie de problemas irresueltos, que es necesario abordar para no volver a enfrentarse a ellos. Se analizarán los problemas detectados en tres áreas fundamentales de la intervención: la gestión, los intervinientes y la comunicación. Como conclusión se establece que la gestión de una crisis mundial debe ser global, o no se resolverá definitivamente.

1 INTRODUCCIÓN E INFORMACIÓN GENERAL

Es difícil intervenir cuando nos enfrentamos a algo novedoso y por lo tanto desconocido y la Covid19 lo era. No sabíamos su etiología, no sabíamos su vía de transmisión, no sabíamos los posibles vectores, no se sabía prácticamente nada y hubo que ir tejiendo la red de defensa según avanzábamos en su conocimiento.

El avance fue muy lento en principio, dando paso a una fase titubeante de expectativas y alternativas, muchas de las cuales se desechaban mucho antes de ponerlas en práctica, como consecuencia de los nuevos descubrimientos.

Los avances vinieron del conocimiento real de la amenaza a la que nos enfrentábamos, este conocimiento fue muy rápido, porque por primera vez primó más el interés general, que los particulares ejercicios de vanagloria personal. Los avances fueron expuestos rápidamente de forma general y de acceso libre, de tal forma que la articulación de las medidas de defensa se basó en una acción común sin precedentes, todo conocimiento era expuesto una vez contrastado, pasando a ser un conocimiento de uso público.

Pero sin embargo como en toda intervención surgieron problemas derivados de una interpretación de los hechos y una toma de medidas para delimitar su alcance, que se basaban más en la oportunidad política que en fundamentos técnicos. Los profesionales acreditados eran utilizados muchas veces como cabeza de turco, donde descargar responsabilidades.

Seguidamente se intentará describir alguno de estos problemas y su posible solución para minimizar los efectos; como siempre se intentará que las lecciones identificadas sean al final lecciones aprendidas, es decir con una solución para no volver a repetir las. En este trabajo se distribuye en tres áreas: problemática de gestión, problemática de información y comunicación y problemas que afectaban a los propios intervinientes.

2 GESTIÓN

La principal lección identificada en el área de gestión viene siendo un clásico en la gestión de emergencias: La ausencia de un líder claramente identificado como director de la emergencia, algo que parece más norma que excepción; en todos los procesos formativos se define la gestión bajo el paradigma de una estructura jerarquizada con una única cabeza y un único líder, que aglutina todo el peso y distribuye los recursos, que recibe la información y la transmite una vez elaborada. Este problema tiene fácil solución, sobre el papel, pero muy difícil en la práctica, porque todo el mundo quiere su cuota de protagonismo, menos cuando se piden responsabilidades, siguiendo el refranero “el éxito tiene muchos padres, el fracaso ninguno”.

Al no haber una única dirección de la gestión, obviamente los objetivos suelen ser también más variados y en ocasiones dispares y antagónicos. Este problema a su vez tiene dos efectos asociados la aparición de muchos procedimientos y protocolos diferenciados, que imposibilita la cooperación y entendimiento entre equipos, al no utilizar la misma herramienta de trabajo, algo fundamental para la economía de recursos. El segundo aspecto importante es la falta de coordinación de recursos movilizados, que origina la duplicidad de recursos en unas áreas, mientras que otras se quedan desatendidas, algo que en una emergencia origina pérdida de vidas humanas y un mayor impacto medioambiental.

La solución nuevamente es un único líder que priorice las acciones a llevar a cabo. Un líder que gestione la intervención con procedimientos y protocolos únicos, estandarizados y conocidos por todos. Y además un líder que fomente la cooperación y coordinación entre administraciones, para que la gestión de recursos sea la adecuada y que no se desperdicie ningún esfuerzo, ni mucho menos se duplique en unos momentos en los que la economía de medios, por su escasez, debe predominar.

3 INTERVINIENTES

Los profesionales que intervienen en una emergencia no son ajenos a la propia emergencia, ni por supuesto a sus consecuencias. Los propios intervinientes construyen barreras, para que la situación no les influya o como mínimo que esta influencia sea muy pequeña.

Dos son las barreras principales que hacen que los intervinientes no estén predispuestos a pedir ayuda o que cuando la piden sea ya tarde y el proceso incapacitante este ya muy consolidado. Estas dos barreras son el desempeño de la tarea que demanda una atención excluyente de todo aquello que no sea la propia intervención. Para los profesionales de la

emergencia las intervenciones tienen una alta carga de exigencia profesional, en donde el tiempo es muy limitado y la inacción o la mala praxis suele tener consecuencias fatales para las personas atendidas; esta circunstancia obliga a estos profesionales a centrarse en la resolución de la emergencia de forma total, obviando otros aspectos. En esta situación nuestro propio malestar o sintomatología anómala, pasa desapercibida eclipsada por la propia tarea. La otra barrera es el desempeño del rol, estos profesionales tienen una selección, una formación y un entrenamiento muy exigente, precisamente para prepararlos para afrontar situaciones difíciles en las que normalmente hay vidas humanas en juego. Pero esta preparación tiene un efecto ambivalente, si bien es cierto que disminuye la posibilidad de fractura psíquica del personal en el desempeño de sus funciones; también es cierto que puede ser un hándicap a la hora de pedir ayuda, ya que son ellos mismos los que asumen que deben estar preparados para este afrontamiento, pero también es cierto que esta preparación no anula la aparición de sintomatología ansiógena, solo la minimiza; puesto que ellos no dejan de ser un ser humano con sus limitaciones inherentes y como tal con un punto de ruptura psíquica al que no es conveniente aproximarse, pero si tener presente y conocer.

El desconocimiento del enemigo al que nos enfrentábamos, se tradujo en la implementación de procedimientos por necesidad, sin tiempo de haberlos contrastado anteriormente, la urgencia del momento obligaba a habilitar soluciones rápidamente, actuando más como una situación experimental de ensayo y error hasta llegar al procedimiento adecuado, que como una situación real de emergencia, el riesgo y el desconocimiento son malos aliados, pero la inacción no era una alternativa, había que ofrecer a la población una sensación de control, que no existía y que aun hoy no existe, aunque el conocimiento sea mayor y haya evidencias de que procedimientos son efectivos y cuáles no. Es necesario hacer un esfuerzo de contrastación de procedimientos basado en la evidencia empírica.

Pero por desgracia los criterios de gestión se basan muchas veces más en aspectos políticos y económicos/administrativos, que se aplican diferencialmente según la zona o territorio. Los criterios técnicos tienen una influencia muy pequeña y se dan fundamentalmente en la fase de adquisición de información y propuestas, pero no en la de toma de decisiones, en la que, salvo excepciones, no hay representación técnica, solo política administrativa; es fundamental que la decisión se fundamente en criterios técnicos, basados en la evidencia de su eficacia.

Por los dos motivos esgrimidos anteriormente y algún otro más como puede ser la fatiga psicológica o la fatiga por compasión, es necesario que la atención de este personal sea proactiva y no a demanda, no podemos limitarnos a esperar a que pidan ayuda especializada, es la organización la que debe encargarse de dar esta ayuda especializada.

Uno de los factores desencadenantes de la fatiga psicológica es una alta carga de trabajo y durante los momentos más duros de la pandemia las cargas de trabajo de algunos profesionales se incrementaron más de un cien por cien, y no me refiero solo al personal sanitario. En un hospital también hay servicio de limpieza, administración, filiación, celadores, personal de funerarias y un largo etcétera. Que no se vio reforzado y en las ocasiones que se les reforzó, se hizo con cuentagotas y de manera temporal, sin dar continuidad, con lo cual cada vez que se produce una nueva ola, vuelven a repetirse las mismas carencias. Es necesario tener unas plantillas amplias capaces de asumir picos elevados del nivel asistencial, sobre todo en los puestos más específicos y especializados. Esta carencia de personal obliga a tomar decisiones draconianas de derivar profesionales de otros servicios a aquellas áreas que demandaban más atención. Pero estas áreas tenían un alto nivel de especialización, que no se consigue en un día, si no con una formación adecuada y continuada en el tiempo, por este motivo el personal derivado sufrió un suplemento de estrés, el desempeño de funciones para las que solo tenían nociones básicas, pero no la formación específica necesaria. En este sentido hare especial mención en la función de triage sanitario, que debido al gran número de pacientes obliga a

realizar un triage de medicina de guerra; eran los profesionales los que decidían que paciente tenía más probabilidades de sobrevivir y pasaba a la UCI, y quien no y se quedaba en planta con una posibilidad muy elevada de fallecer. Para hacer frente a este tipo de situaciones es necesario disponer de personal formado, con experiencia y especializado, no se puede esperar a que aparezca la crisis para formarlos, hay que ir siempre por delante de las circunstancias o estas nos sobrepasaran y anularan. Todo este cumulo de circunstancias a las que debemos añadir una alta carga de mortandad, hizo que la carga y exigencia emocional fuera excepcionalmente alta y que los profesionales se tuvieran que enfrentar a una situación novedosa, no por la carga en sino por su extensión global que imposibilitaba pedir ayuda a nuestro entorno, ya que estaba en una situación similar. En estas situaciones como he dicho anteriormente es cuando se hace necesaria una atención psicológica de los profesionales proactiva y no solo a demanda; es necesario cuidar a este personal de manera directa y adelantarse a los problemas en la medida de nuestras posibilidades.

Con ya se advirtió anteriormente estos profesionales no son inmunes a la situación que les rodea y por lo tanto pueden ser ellos mismos contagiados, además tienen un mayor índice de probabilidades ya que están trabajando directamente en contacto con el coronavirus. El miedo al contagio es algo normal, porque además ellos pueden ser también los vectores transmisores de la enfermedad a sus familias, como de hecho ha ocurrido con un desenlace fatal en ocasiones. Para evitar esta situación es necesario habilitar medidas específicas de protección como puede ser más material y pruebas diagnósticas periódicas para los intervinientes. De la utilización política de estos profesionales, aunque es un hecho generalizado, poco más se puede hablar salvo volver a hacer hincapié en que la actuación de estos profesionales se debe enmarcar única y exclusivamente en su función técnica, lejos de los intereses políticos.

4 COMUNICACIÓN

La gestión de la comunicación sin duda alguna ha sido, es y por desgracia será uno de los aspectos más nefastos en la gestión de esta crisis. Los continuos vaivenes, cambios de rumbo, cambios de opinión, ocultación o simplemente banalización de esta crisis, han conseguido el nacimiento de un movimiento cada vez más contrario y menos implicado en el enfrentamiento y resolución de esta crisis, no me refiero únicamente al movimiento negacionista, que se nutre argumentalmente de este caos informativo para reafirmar sus posturas, sino también del hartazgo, falta de implicación o simplemente rechazo de las decisiones habilitadas como respuesta social de afrontamiento cada vez con más apoyos y adeptos.

La banalización del problema para evitar la alarma social, solo nos conduce al polo contrario la inconsciencia social, que lleva al grupo a hacer caso omiso de estas medidas, pues lo ven como más de lo mismo, otra medida más sin más, no se informa sobre la escena total y mucho menos que se quiere conseguir con cada una de las medidas, y si a esto añadimos que las medidas no son globales, sino que cada uno en su territorio hace de su capa un sayo, generando en la sociedad un estado de desafección muy peligroso, que está posibilitando la aparición de nuevas variantes antes de que hayamos sido capaces de entender cómo se comporta la anterior, en esta crisis siempre vamos a años luz por detrás de la evolución de la propia pandemia. Es necesario que se dé una información fidedigna y el uso adecuado de la deterrencia informativa, dosificando y canalizando la información para mantener a la sociedad en una actitud expectante y cooperativa, de lo contrario seguiremos persiguiendo a un coronavirus mucho más adaptativo que nuestras decisiones.

El exceso de información no es sinónimo de que la sociedad este mas informada, sino que la mayoría de las veces, si no en su totalidad, significa que esta más expuesta a un estímulo altamente estresante, por lo tanto bloqueante de la voluntad, que desencadena una serie de reacciones que se mueven desde la indefensión y total bloqueo como si estuviéramos ante el juicio final a un pasotismo que minimiza las consecuencias hasta reducirlas a la categoría de bulo interesado creado por unos intereses más o menos espurios de las autoridades y un contubernio mundial de allanamiento de la persona, para reducirla a simples esclavos. Aunque en realidad lo que subyace detrás de esta sobreexposición, es únicamente el equilibrio de la cuenta de resultados de los medios de comunicación, que han olvidado o arrinconado, en el mejor de los casos, su función social que la tienen y no solo es importante, sino que es fundamental; por su interés económico, lo que prima es la audiencia que atrae a anunciantes, que a su vez genera ingresos y da veneficios; si esto coincide con un fin social, bien, pero sino no importa, el caso es que la cuenta de resultados este saneada.

La información sin contrastar es otro factor negativo, puesto que al poco tiempo hay que matizar o simplemente corregir y estos continuos vaivenes, producen que la sociedad ya no sepa a qué atenerse, puesto que algunas veces estas correcciones van en el sentido opuesto. Es muy importante que antes de emitir una información, esta esté

contrastada, las prisas nunca han sido buenas consejeras y en emergencias mucho menos. La emisión de información debe realizarse de forma concreta y concisa, con un nivel de léxico adecuado a la población diana, ni muy técnico que no se entienda nada, ni muy familiar, que pierda el rigor científico, tenemos que ser capaces de conjugar y equilibrar estos dos extremos.

Hace años en una conferencia oí a un profesional de la comunicación hablar de una figura, que desde entonces ha formado parte de mi vocabulario, es la figura del “todólogo”. El todólogo es ese personaje de tertulia que está presente casi siempre y es capaz de opinar del último descubrimiento de física cuántica o de la influencia del cambio climático en la bolsa o de la última separación de una cantante y un futbolista, el tema es lo de menos él siempre tiene una opinión, y la expone cargado de razón. Este personaje de sainete, por desgracia tiene una influencia grande en la sociedad, pues es conocido y para muchos esta siempre bien informado, no se sabe cómo, pero está bien informado. Hay una variante mucho más peligrosa que es el todólogo especializado en un ámbito concreto, en salud, por ejemplo, y que hace gala de su título académico para opinar sobre ese ámbito, aunque no tenga la suficiente especialización para poder opinar de ese área en concreto. Divulgar no es lo mismo que informar, el divulgador debe tener un conocimiento profundo del tema, debe estar especialmente preparado para hacer frente a todas las posibles dudas. No es lo mismo divulgar sobre recursos humanos que sobre esquizofrenia, aunque en los dos temas la psicología sea competente, es necesario un grado de especialización para divulgar sobre un tema o sobre otro.

5 CONCLUSIONES

La conclusión final nos llevaría a terminar con el mismo argumento que se empezó este trabajo, decíamos al principio que por primera vez los objetivos personales y nacionales pasaron a un segundo término y los descubrimientos se abrían generosamente a todo el público, para que uniendo las diferentes piezas que se iban consiguiendo, pudiéramos acabar el puzle del Covid19 y tener la fotografía del enemigo público mundial número uno. Gracias a esta predisposición los avances en conocimiento del Covid fueron muy rápidos y evito mucho sufrimiento y muertes. Pero recrearnos en lo ya conseguido, sin mirar lo mucho que falta por conseguir, seria morir de éxito sin haberlo conseguido de forma total, falta mucho por recorrer. Mientras que el enfoque sea de tinte nacionalistas, en lugar de ser mundialista, no haremos nada; podremos vivir con una relativa calma en nuestro país, si se acometen medidas que no solo tienen que basarse en la vacunación, que se ha demostrado como un arma eficaz, pero no definitiva, falta algo más, falta realizar un esfuerzo mayor por definir realmente el alcance de la pandemia, y esto solo se hace con un uso mucho más frecuente de test detectores de la

enfermedad y un rastreo de los contactos de los positivo, para delimitar los contagios y aislarlos preventivamente para frenar la cadena de contagios. Pasa por liberalizar las patentes de las vacunas, para que su uso sea más generalizado, pasa por generar políticas de gestión de la información basadas en realidades e informaciones contrastadas, transmitidas con transparencia para que todos puedan ponerse en guardia y no criminalizadoras con vetos y cierres de fronteras, como está ocurriendo con Sudáfrica, mal ejemplo para la transparencia, si hay un país que transmite desde el minuto uno la peligrosidad de la nueva cepa y se adoptan medidas de carácter punitivo de aislamiento internacional, el próximo país es muy probable que se calle y mire a otro lado, para no sufrir más consecuencias negativas, como está ocurriendo en estos momentos. En definitiva, nos estamos enfrentando a un problema global, y la estrategia es de abordaje nacional y los resultados están a la vista limitados. O cambiamos la forma de actuar para pasar a una intervención global de la pandemia, con todos los países remando en la misma dirección, repartiendo esfuerzos y medios, para que nadie se quede atrás o tarde o temprano nos enfrentaremos a una cepa inmune a las vacunas y a los fármacos actuales, es decir volveremos a la casilla de salida, y el recorrido será igual de duro, con las mismas situaciones y los mismos efectos.

Cuando el objetivo es resolver un problema mundial las medidas deben ser mundiales, solo así tendremos un mínimo de garantías, como sucedió con la viruela o está a punto de suceder con la poliomielitis, que no está erradicada de manera definitiva, precisamente por este motivo, por falta de implicación mundial de dar el último esfuerzo de vacunación.

Un problema global solo tiene una solución: global o la alternativa es el fracaso.

Bibliografía

Donoso Rodríguez, Daniel (Coord.) (2012). *Psicología en las Fuerzas Armadas*. Ministerio de Defensa de España

Fernández Millán, Juan M. (2005). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencias*. Ed. Pirámide.

Fouce, Guillermo (Coord.) (2015). *Psicología del miedo*. Ed. Grupo 5.

Pacheco Tabuenca, Teresa (Coord.), Garrosa Hernández, Eva, López Valtierra, Esthery Robles, José Ignacio (2012). *Atención psicológica en emergencias*. Ed. Síntesis. Parada Torres, Enrique (Coord.) (2008). *Psicología y emergencia*. Ed. Desclée de Brouwer.

Pérez sales. Pau (Ed.) (2006). *Trauma, culpa y duelo*. Ed. Desclée de Brouwer.

Robles Sánchez, José Ignacio y Medina Amor, José Luis (2002). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Ed. Síntesi.



**PREVENCION, SALUD Y CUIDADOS DE LA COMUNIDAD DE SAN LUIS
EN TIEMPOS DE PANDEMIA.**

José Cacciaguerra
San Luis, Argentina.

Creo que mis ojos son cada vez mejores.
En lugar de ver una gran mancha oscura,
Veo una gran mancha de luz.
Han Solo (La Guerra de las Galaxias).

Durante la pandemia, comprendida entre finales del año 2019, a lo que va del año 2021, nuestras sociedades mundiales han sido azotadas violenta e inesperadamente por una antigua y nueva entidad infectocontagiosa, que ha puesto de rodillas a todos los sistemas de salud del mundo entero sin lograr hasta este momento una tregua en forma completa.

Nos preguntamos: ¿Por qué nos atrevemos a llamar o hablar de una nueva y antigua forma infectocontagiosa? Bajo este interrogante colocamos a esta entidad patológica conocida con el rótulo de Covid-19 que ocasiona la enfermedad SARS-COV 2.

Acuñaando la frase de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que reza lo siguiente: CONOCER, PREPARRCE Y ACTUAR.

1 CONOCER

Referenciando al conocimiento e informado sobre qué es lo que está ocasionando tremendo y devastador desequilibrio en la salud y en las idiosincrasias sociales a nivel mundial, los fines de llegar a un abordaje del sistema de tal forma que sea lo más expeditivamente de la situación actual. Todo esto nos plantea de forma casi irreverente e irrespetuosa las siguientes incógnitas que de otro modo no se podría resolver si no se tuviera el conocimiento de lo que va surgiendo de forma constante y con el estudio de las personas que padecen esta patología.

Siguiendo la premisa, del filósofo, escritor y político japonés, el Dr. Daisaku Ikeda, quien se pronunciara al respecto a sociedades según el proceder de los individuos que se

desarrollan en ella, el nombre *Ithai Doshin*, lo cual significa: Varios individuos con un mismo propósito, individuos con distintas mentalidades pero mantienen un objetivo claro en común se logrará un cambio prospero en la sociedad, pero si de lo contrario las persona entran en *Dotai ishim* se llega al desorden en la sociedad.¹

En esta línea de pensamiento, la llegada de esta nueva entidad ha logrado romper con las estructuras de eje dinámico con la sociedad, llevando a la humanidad a reestructurar y reprogramar las líneas de pensamiento de cuidados no tan solo a nivel sanitario sino también socioeconómico para dar abastecimiento y reorganizar al mundo, por nuevas vías de comunicación y protocolos de traslados brindando la mayor de las seguridades.

¿Qué significado tienen estas siglas Covid 19 y SARS-Cov 2? ¿En qué idioma está cifrado?

Para poder comprender estas primeras incógnitas debemos tener conocimientos básicos sobre microbiología, la cual nos habla primariamente de que este microorganismo es un virus, dentro de las familias de virus conocidas, pertenece a la familia coronaviridae, llamada de este modo por la forma que toma este virus, dentro de la familia de los *Coronaviridae*, género Betacoronavirus, subgénero Sarbecovirus, especie virus SARS, llamado de este modo por encontrarse relacionado con el síndrome respiratorio agudo severo.

Figura 1 - Taxonomía covid-19

SUPERREINO <i>Riboviria</i>			
ORDEN <i>Nidovirales</i>			
SUBORDEN <i>Cornidovirineae</i>			
FAMILIA <i>Coronaviridae</i>			
SUBFAMILIA <i>Orthocoronavirinae</i>	GÉNERO <i>Betacoronavirus</i>	SUBGÉNERO <i>Embecovirus</i>	ESPECIE <i>Human coronavirus 229E</i> <i>Human coronavirus HKU1</i>
		<i>Hibecovirus</i>	
		<i>Merbecovirus</i>	<i>Middle East respiratory syndrome-related coronavirus (MERS-CoV)</i>
		<i>Nobecovirus</i>	
		<i>Sarbecovirus</i>	<i>Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus (SARS-CoV, SARS-CoV-2)</i>

Las siglas covid 19 vocablo de origen inglés que responde a la traducción de enfermedad originada por coronavirus del año 2019.

Por lo cual a fines de lograr unanimidad en la comunicación de dicho virus a nivel mundial se acepta las siglas Covid-19 para designarlo sin confusiones en la traducción y comprendernos mejor ya que ha tenido varias denominaciones como HCoV-19, de las siglas inglesas human coronavirus 2019 (coronavirus humano 2019) o 2019-nCoV también por su escritura en ingles que significa novel coronavirus 2019 (nuevo coronavirus del 2019).

Habiendo tomado conocimiento básico sobre la taxonomía de este virus y su familia, debemos saber que implicancias tiene la infección por este virus covid-19, que sintomatología presenta la enfermedad sars-cov-2, que tipo de transmisión tiene, quienes la pueden padecer y como debemos protegernos.

Que es lo que ocasiona en nosotros como sociedad perteneciente a este nuevo orden mundial. La enfermedad Sars-cov2 se produce entonces por la colonización de nuestro Sistema inmune produciendo lesiones severas en nuestro organismo. Hay similitudes entre el desarrollo del Covid-19 y la insuficiencia respiratoria de otros orígenes, pero la evidencia científica demuestra que características mecánicas distintivas indica que Covid-19 constituye una nueva entidad de enfermedad respiratoria, con datos emergentes que sugieren la participación de una fisiopatología centrada en la endotelopatía. (Lancet Respiratory Medicine, 6 de mayo de 2021) por lo cual se manifiesta principalmente con alteraciones del aparato respiratorio. Pero también es bien sabido que afecta con igual potencia a demás sistemas (cardiovascular, renal, neurológico, digestivo). Dando a conocer los signos de alarma para sospechar una infección por SARS cov2. La OMS (Organización Mundial de la Salud), ha hecho público los principales signos a los cuales la Nación Argentina y Mundial acuño rápidamente y publicó en masa para dar conocimiento y protección a la población.

Formando un comité de crisis para dar a conocer que signos y síntomas provoca la infección por covid_19, informando el modo de transmisión de este virus, siendo de persona a persona a través de microgotas producidas al toser o estornudar, viajando por el aire hasta llegar a otro individuo y el contacto tanto directo como indirecto de personas que padecen esta patología. Provoca signos tales como dolor de garganta, falta de aire, temperatura mayor de 37,7°C, cefaleas, diarrea, entre otros signos, llegando a deterioro severo en la salud del individuo debiendo en muchos casos requerir unidad de terapia intensiva y aislamiento del individuo. Estas y otras alteraciones en el organismo provocadas por Covid-19 no han sido tan solo las descriptas ya que, para lograr un control y seguimientos de las personas afectadas,

alcance y poder infectivo hubo que tomar fuertes y rápidas medidas para proteger a la población. Transmisión del virus.

1. Directo (contacto persona-persona).

- Microgotas < 1,5mts.
- Aerosoles > 1,5-2mts.

2. Indirecto (contacto con elementos contaminados).

Por y para ello se debió aislar de todo contacto a los individuos afectados y sus posibles contactos, continuar con un aislamiento estricto de todas las personas, cierre de toda actividad fuese de índole laboral, educativa, recreativa y algunas comerciales, quedando solo activos y con ciertas restricciones aquellas actividades consideradas esenciales (Servicios de Salud, fuerzas de seguridad, centros de abastecimiento alimenticio y limpieza).

Todo éste procedimiento fue poco a poco quemando etapas en la sociedad que llevaron a un padecimiento de desprotección y desesperanza de singulares magnitudes que ocasionó el aumento del miedo colectivo de transmitir este virus por cualquier vía de contagio.

Se observó la aparición de información en cascadas desenfrenadas sobre la cantidad de personas fallecidas por esta enfermedad y no poder despedir a esos seres que partían de nuestro lado sin sostener nuestras voces y manos en su eterno adiós, de cómo actúa el virus tanto a nivel macro como microscópicos. Además, crecer en forma inescrupulosas la falsa información que no hizo más que aumentar a grandes escalas la desesperanza y el miedo colectivo. Sin olvidarnos también todos aquellos guerreros que cayeron en una batalla sin igual dentro de los hospitales atendiéndonos para dar solución a esta enfermedad.

Sin embargo, se continuó dando lucha desde todos los flancos posibles y se pudo observar que lo que también provocaba este virus era sufrimiento, depresión, soledad, aislamiento, ira, desasosiego, hechos de violencia, fuertes hechos de discriminación, estigmatización social lo cual llevo en nuestra población aumento de la demanda de atención psicológica para dar soporte a una gran cantidad de personas a escalas mundiales. Tomando todo este conocimiento rápidamente acumulado debimos prepararnos para actuar.

PREPARARSE Y ACTUAR

Habiendo visto estos datos, que llegaron a ser alarmantes en muchos países, la organización panamericana de la salud (OPS) junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) tomaron medidas para dar asistencia rápida a las demandas. Con el fin de desarrollar un modelo de recomendaciones estratégicas para responder a las necesidades de la población se ha considerado oportuno utilizar como base la pirámide de intervenciones de SMAPS (Salud Mental y Apoyo Psicosocial) del IASC (Inter-Agency Standing Committee).² Las intervenciones propuestas en cada nivel tienen como objetivo responder a las necesidades específicas identificadas, así como prevenir un mayor grado de afectación de la salud mental, con intervenciones oportunas y con menor nivel de complejidad.³ Brindando en su escrito recomendaciones asistenciales para así abarcar las demandas poblacionales. Luego tratando en forma particular todos aquellos aspectos individuales. A saber

Figura 2. Pirámide de la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias.



1. . Aspectos psicosociales en servicios básicos y seguridad⁴
2. . Fortalecimiento de apoyos a la comunidad y a la familia
3. . Apoyos focalizados no especializados
4. Servicios especializados

Otorgando cada uno de sus niveles:

1. Población meta.
2. Personal interviniente.
3. Intervenciones.

Recomendaciones generales según OMS y OPS.

1. El área de SMAPS se considera un eje transversal en situaciones de emergencia y se ha identificado como un componente fundamental dentro de la respuesta general de salud, así como de otros ámbitos, en la pandemia de COVID-19.
2. • Las intervenciones deben obedecer al marco regulatorio existente nacional (en el ámbito sanitario, de educación, de seguridad, y otros).
3. • Es necesaria la coordinación intersectorial para asegurar la optimización de los recursos, y evitar duplicidad de acciones, incluyendo la coordinación entre el ámbito público y privado. Entre los sectores implicados se encuentran fundamentalmente: salud, protección social, educación, derechos humanos, organización comunitaria, recursos humanos, seguridad alimentaria y agua y saneamiento.
4. • Las intervenciones deben ser acordes con las necesidades concretas identificadas de los distintos grupos de personas en un contexto determinado y en el marco de las etapas de progresión de la COVID-19.
5. • Realizar una evaluación rápida de daños y análisis de necesidades en salud mental y apoyo psicosocial, incluida la identificación y mapeo de recursos disponibles, servicios preexistentes y actores clave.

6. • Asegurar que la preparación y las actividades de respuesta son monitoreadas y evaluadas con el fin de mejorar la efectividad.
7. • Priorización de acciones en función de las necesidades detectadas en las comunidades por el aislamiento preventivo, y en particular las necesidades de los grupos más vulnerables en función de: ciclo vital (adultos mayores, niños y adolescentes), género, etnia, migración, habitantes de calle, privación de libertad, institucionalizados y albergues temporales, personas con patologías preexistentes y crónicas.
8. • Utilizar los recursos y las guías de intervenciones en salud mental y apoyo psicosocial, elaboradas para situaciones de emergencia (primera ayuda psicológica [PAP] y las adaptaciones recomendadas para la PAP durante la pandemia de COVID-19, GIH-mhGAP), haciendo las adaptaciones necesarias de acuerdo al contexto local y las necesidades específicas.
9. • Garantizar la continuidad de tratamiento para las personas con trastornos preexistentes mentales, neurológicos y por uso de sustancias.
10. • En virtud de la particularidad de la pandemia, son necesarias adaptaciones de las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial a medios remotos o a distancia (internet: redes de comunicación interconectada, telefonía, aplicaciones de teléfonos inteligentes, radios comunitarias).
11. • Adaptación de los mensajes y formas de comunicación para los diferentes grupos, de acuerdo con el género, la edad y condiciones preexistentes, que sean accesibles e inclusivos.
12. • Considerar las particularidades del aislamiento preventivo y las restricciones de movilidad para el acceso a los servicios y los procesos de derivación, referencia y contra referencia.
13. • Garantizar que el personal de asistencia directa y el personal de salud, cuenten con los equipos de protección personal para su seguridad y la capacitación necesaria para la optimización de su autocuidado y de su labor, así como con el cuidado de su propia salud mental.
14. • Asegurar la transversalización del enfoque de derechos humanos en todas las intervenciones.
15. • Considerar las oportunidades para desarrollar la red de servicios de salud mental de base comunitaria durante la emergencia, con una perspectiva de sostenibilidad, en la medida de lo posible.

16. • Las personas afectadas por emergencias deben considerarse ante todo como participantes activos en la mejora del bienestar individual y colectivo, en lugar de ser receptores pasivos de servicios diseñados para ellos por otros.
17. • El principio básico de “no hacer daño” debe ser siempre respetado.
18. • La adaptación al contexto sociocultural es necesaria ante cualquier propuesta de intervención⁵

CONCLUSIONES

En resumen, de los datos escritos anteriormente, si bien la pandemia por coronavirus continúa dando amenaza a la salud física y psíquica de la población y diezmando en otros sitios del mundo con rigurosos aislamientos que continúan agravando esta situación de crisis, debe ser y continuar siendo prioridad la atención y el abordaje de estas dolencias.

Los acontecimientos de violencia, la desolación, la desesperanza y los hechos de fuerte discriminación ocurridos en varios estratos de la sociedad mundial y en particular en nuestro medio, son elementos reactivos al temor indescriptible vivido en este tiempo que no hace más que empeorar la situación de pandemia.

La rica y veraz información brindada hacia la población mundial sobre el virus y los eventos que acarrea tiene igual importancia que la actuación en la salud.

Por todo ello es que hacemos hincapié en el abordaje multidisciplinario para poder de este modo brindar mayores cuidados a la sociedad mundial.

BIBLIOGRÁFICA

1. Figura1. Alfonso Ruiz-Bravo, María Jiménez-Valera. *ArsPharm*. vol.61 no. Granada abr/jun. 2020 Epub 20-Jul-2020. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19).
2. Figura2. Inter-Agency Standing Committee. *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Ginebra: IASC; 2007.

3. 1. Daisaku Ikeda, *Develando los misterios de la Vida y la Muerte*, pag 72. Editorial Azul Indigo 2015.
4. 2, 3, 4, 5. INTERVENCIONES RECOMENDADAS EN SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL (SMAPS) DURANTE LA PANDEMIA. OPS/NMH/NM/COVID-19/20-0026 Organización Panamericana de la Salud, 2020.
5. INTERVENCIONES RECOMENDADAS EN SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL (SMAPS) DURANTE LA PANDEMIA. OPS/NMH/NM/COVID-19/20-0026 Organización Panamericana de la Salud, 2020.
6. Inter-Agency Standing Committee. *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Ginebra: IASC; 2007.



CURANDO LAS HERIDAS DEL PLANETA TIERRA EN EMERGENCIA

Manoel Messias dos Santos

São Paulo, Brasil

Soy Guardaparques, y trabajo en una Unidad de Conservación, ubicada en la costa sur del Estado de São Paulo, llamada Unidad de Conservación de Mosaicos Juréia- Itatins, que es administrada por la Fundación Forestal del Estado de São Paulo. La Fundación Forestal gestiona 151 áreas, 119 unidades de conservación con un total de 4.660.088,22 hectáreas y 32 unidades de producción, con un total de 40.375.187 hectáreas allí. Las unidades se distribuyen en categorías de protección integral, de Uso Sostenible y las áreas de producción.

Las unidades de conservación de protección integral suman 66 unidades de conservación con un total de 952.544.107 hectáreas allí, siendo 34 Parques Estatales, 25 Estaciones Ecológicas, 3 Monumentos Naturales, 02 Reservas Biológicas y 02 Refugios de Vida Silvestre.

Las unidades de uso sostenible suman 53 unidades de conservación con un total de 3.707.544.119 hectáreas hay 33 áreas de Protección Ambiental, 7 reservas de desarrollo sostenible, 06 Bosque Estatal, 05 áreas de interés ecológico relevante y 02 reservas extractivas.

Las áreas de producción suman 32 unidades con un total de 40.379.187 hectáreas allí (Hectáreas), siendo 18 Estaciones Experimentales, 11 Bosques, 02 Vidas Forestales y 01 Jardín Forestal.

ÁREA DE PROTECCIÓN INTEGRAL: Las Unidades de Protección Integral son áreas naturales para la preservación de la biodiversidad, permitiendo únicamente el uso indirecto de sus recursos naturales.

ÁREA DE USO SOSTENIBLE: Las Unidades de Conservación de Uso Sostenible son áreas naturales con el objetivo de compatibilizar el uso sostenible de los recursos naturales locales y la conservación de la naturaleza.

ÁREA DE PRODUCCIÓN: Dentro de las áreas de producción, se insertan estaciones experimentales, lo que promueve la realización de programas y actividades de investigación científica, generalmente desde importantes colecciones de especies forestales nativas y viveros de plántulas, hasta bosques estatales que desarrollan trabajos de

investigación y reforestación. Viveros forestales que tienen como objetivo fomentar la importancia de la reforestación, y cumplir con los proyectos de recuperación ambiental, y el Jardín Forestal, que estudia la multiplicación de especies forestales y la producción de plántulas que permiten la investigación y las visitas públicas.

151 Áreas sob gestão da Fundação Florestal (4.700.467,414 ha)		
119 Unidades de Conservação (4.660.088,226 ha)		32 Áreas de Produção (40.379,187 ha)
UCs do Grupo de Proteção Integral 66 Unidades em 952.544,107 ha	UCs do Grupo de Uso Sustentável 53 Unidades em 3.707.544,119 ha	18 Estações Experimentais (27.846,879 ha)
34 Parques Estaduais (813.424,171 ha)	33 Áreas de Proteção Ambiental (3.660.911,04 ha)	11 Florestas (12.494,816 ha)
25 Estações Ecológicas (119.107,925 ha)	7 Reservas de Desenvolvimento Sustentável (18.105,06 ha)	2 Viveiros Florestais (23,407 ha)
3 Monumentos Naturais (16.814,172 ha)	6 Florestas Estaduais (8.852,619 ha)	1 Horto Florestal* (14,086 ha)
2 Reservas Biológicas (992,6 ha)	5 Áreas de Relevante Interesse Ecológico (16.884,94 ha)	
2 Refúgios da Vida Silvestre (2.205,24 ha)	2 Reservas Extrativistas (2.790,46 ha)	

Figura 1: Tabla de unidades



Figura 2: Distribución de UCs en el Estado de San Pablo

En la Unidad de Conservación Mosaico de Juréa - Itatíns, lugar donde desarrollo mi trabajo, contamos con 02 Reservas de Desarrollo Sostenible, 02 Parques Estatales, 01 Estación Ecológica y 01 Refugio de Vida Silvestre.

La Reserva de Desarrollo Sostenible (RDR) es un área que alberga poblaciones tradicionales, cuya existencia se basa en sistemas sostenibles de explotación de los recursos naturales, desarrollados a lo largo de generaciones y adaptados a las condiciones ecológicas locales y que juegan un papel fundamental en la protección de la naturaleza y en el mantenimiento de la diversidad biológica.



Figura 3: Reserva de desenvolvimiento sustentable de Barra de Uma

La Estación Ecológica es una unidad de protección integral que tiene como objetivo preservar la naturaleza, realizar investigaciones científicas y desarrollar la educación ambiental.



Figura 5: Cascada Paraíso del Parque Estatal Itinguçu.

El Refugio de Vida Silvestre, es una unidad de conservación de protección integral, que tiene como objetivo proteger los ambientes naturales donde se aseguran las condiciones para la existencia o reproducción de especies y comunidades de flora y fauna.



Figura 6 : RVS- Isla Abrigo y Guararitama.

Hacer frente a la pandemia en las unidades de conservación. Con la llegada de la pandemia a Brasil, el Estado de São Paulo creó un plan para combatir el Covid 19, llamado

Plano São Paulo, que clasificó el progreso de la pandemia en fases según las ocurrencias en cada ciudad del estado de São Paulo, siendo la fase 01 roja, la fase 02 naranja, la fase 03 amarilla, fase 04 verde y fase 5 azul.

Al inicio de la pandemia, parte de los empleados se quedaron en la oficina central, porque tuvieron que mudarse por edad y algunos por algún problema de salud que los puso en riesgo ante el Virus Covid 19, pero el trabajo esencial dentro de las unidades de conservación continuó sucediendo, siempre dentro de los protocolos establecidos por el plan de São Paulo.

Los equipos de Guardia – Parque, Gerentes y colaboradores, comenzaron a atender un mayor número de ocurrencias, debido a que con el cierre de las unidades de conservación, las personas comenzaron a buscar lugares de manera clandestina para visitar las áreas naturales, obligando a los equipos a reinventarse a contener las entradas clandestinas, en áreas naturales de las Unidades de Conservación.

En estas inspecciones, la Policía Militar Ambiental del Estado de São Paulo, los gobiernos municipales, el Cuerpo de Bomberos del Estado de São Paulo, las organizaciones no gubernamentales, fueron socios fundamentales en las inspecciones de estas actividades irregulares.



Figura 7: Parque Estatal Curucutu



Figura 8 : Parque Estadual do Lagamar.



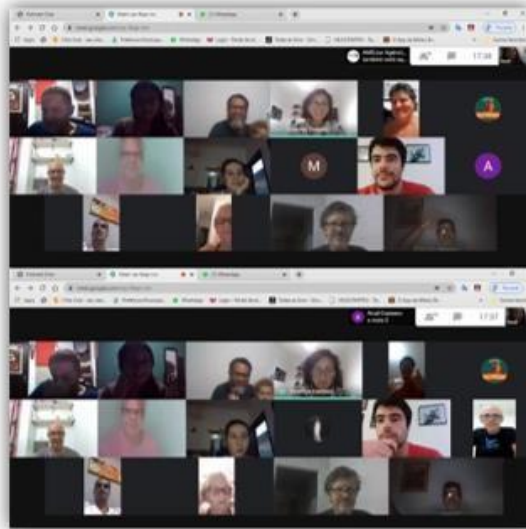
Figura 9: Parque Estadual Ilha Bela

Desde el inicio de la pandemia, la fundación forestal ha estado guiando a todos los empleados y visitantes de las unidades de conservación a prestar atención a las recomendaciones del plan de São Paulo contra el Covid 19 de acuerdo con cada fase en la que se encuentra el Estado. En las campañas de comentarios sobre las actividades de visitas dentro de las unidades, se transmitieron en redes sociales y otros medios, siempre actualizando la situación respecto al control del Covid 19. Algunas actividades comenzaron a realizarse de manera remota, como reuniones, conferencias y trabajos administrativos realizados en el Ministerio del Interior.

Campanñas realizadas por la Fundación Forestal.



Charlas y reuniones em el ministério del interior



Reuniões



Palestras online

Agradezco a la organización de este congreso, y también a nuestro Director Ejecutivo, al Asesor de Monitoreo por el gran apoyo durante mi presentación, al director de la Gestión Vale do Ribeira y Costa Sur, a la Gerencia Vale do Ribeira y Costa Sur, y a todos los Guardias – Parque do Brasil por la dedicación con la que defienden nuestras unidades de conservación sin medir esfuerzos. Felicitar a los Guardaparques y todos los implicados en la defensa de nuestras áreas protegidas.



**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON BOMBEROS TRAS INCIDENTES
CRÍTICOS:
A PROPÓSITO DE UN CASO**

**PSYCHOLOGICAL INTERVENTION WITH FIREMEN AFTER CRITICAL
EVENTS:
REPORT OF CLINICAL CASE**

Natalia Lorenzo Ruiz.

Madrid, España

RESUMEN

Se presenta un caso clínico real, exponiendo la asistencia psicológica realizada con un profesional de la emergencia (bombero) afectado por una situación traumática, en la que su compañero falleció, enfrentándose muy de cerca a su propia muerte.

El objetivo es evidenciar la necesidad de prestar asistencia psicológica a los miembros de los cuerpos de bomberos y otro personal operativo cuando, durante la intervención en una emergencia, se produce un incidente crítico que puede provocar secuelas psicológicas en el personal implicado.

PALABRAS CLAVE: Emergencias, crisis, estrés postraumático, intervención con intervinientes, bomberos

ABSTRACT

A real clinical case is presented, exposing the psychological assistance performed with an emergency professional (fireman) affected by a traumatic experience, in which his colleague passed away, and he had to face his own death very closely.

The main objective is to evidence the need to provide psychological assistance to members of fire brigades and other operational personnel when a critical incident happens during an emergency intervention and can lead psychological consequences in the intervention staff.

KEYWORDS: Emergencies, crisis, post-traumatic stress, intervention with professional involves, firefighters.

INTRODUCCIÓN

Dadas las características del trabajo en emergencias, los profesionales que las abordan están expuestos a situaciones altamente estresantes que pueden repercutir en su bienestar personal, en su rendimiento laboral y en su entorno social y familiar.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) considera un hecho traumático como aquella experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física o psicológica de una persona y ante la que la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.

Entre los hechos más comunes está el sufrir un estado elevado de ansiedad, con irritabilidad, predisposición a dar respuestas de alarma por motivos menores, pesadillas, imágenes invasivas que aparecen repetidamente en la conciencia y provocan una gran angustia, sensaciones de extrañeza e irrealidad, percibir una barrera emocional que separa a la persona del mundo, tristeza, desesperanza, vivencias de culpa por no haber sabido evitar el peligro o por haber sobrevivido, etc. Este tipo de síntomas son extraordinariamente frecuentes y cerca de la mitad de las personas que han experimentado un hecho traumático severo sufren uno o más de ellos.

La agrupación de algunos de estos síntomas es lo que se considera Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT).

El DSM-V lo categoriza como una entidad perteneciente a los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés: El TEPT aparece como consecuencia de la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual (de forma real o en amenaza). El acontecimiento traumático puede re-experimentarse en forma de recuerdos, estados disociativos, memorias retrospectivas (flashbacks), sensaciones físicas o reactivaciones

fisiológicas. Además, el individuo que lo presenta suele evitar de modo persistente los estímulos relacionados al trauma y presenta alteraciones cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático. Esta condición presenta también una alteración importante del estado de alerta y de reactividad del sujeto. Para su diagnóstico su curso debe ser superior a un mes de duración (APA, 2013).

Los bomberos se ven expuestos a situaciones límite durante su respuesta a emergencias, por lo que se debería atender a su estado de salud mental y a los procesos de adaptación psicológica que utilizan tras asistir a estos eventos críticos.

La terapia breve, de tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis, cuyo objetivo es dar apoyo ayudando a la persona a recuperar el equilibrio necesario para seguir su trayectoria vital con una calidad de vida similar o incluso superior a la que disfrutaba anteriormente. En esta línea, cabe distinguir dos momentos para la actuación terapéutica: la intervención psicológica temprana, que abarca la asistencia inmediata; y la psicoterapia de las respuestas a las situaciones traumáticas, o tratamiento psicológico posterior.

MÉTODO

Participantes

Hombre de 36 años, casado, con un hijo de 22 meses, de profesión bombero, con una antigüedad de 5 años en el servicio. Sin antecedentes psiquiátricos ni psicopatológicos personales.

Sufre un accidente de trabajo durante la extinción de un incendio urbano, junto con otro compañero. Ambos caen desde una altura de un quinto piso, al colapsar el edificio a causa de las llamas. Su compañero fallece y él sufre policontusiones y una lesión leve en la extremidad inferior izquierda de las cuales no quedan secuelas físicas alguna.

Los intervinientes en este incendio no reciben ninguna asistencia psicológica especializada en crisis.

Si bien, el paciente de este caso es valorado en interconsulta de Salud Mental del Hospital en el que ingresa, resultando con una impresión diagnóstica de reacción adaptativa ante estrés agudo. En los días posteriores es atendido por el mismo profesional de psiquiatría de este servicio de forma ocasional y no estipulada (tres sesiones), al que accede por una vía informal. De este modelo psiquiátrico, orientado genéricamente al tratamiento de los

síntomas (depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, etc.), el paciente agradece la validación de pensamientos, reacciones y emociones (“*Alguien de fuera que te diga lo que está bien y lo que está mal, lo que es real o no, de tus pensamientos*”) y la prescripción de medicación (“*es necesaria en un momento dado*”), aunque solamente tomó medio lorazepam durante tres días.

No se realiza ninguna intervención psicológica más con esta persona, a pesar que el informe forense del Instituto de Medicina Legal, realizado un mes y medio después del accidente, recoge como secuelas: TEPT en grado leve.

Diez meses después del incidente crítico, contactamos directamente con el profesional superviviente para ofrecerle asistencia psicológica y la acepta muy agradecido.

En este momento, muestra intensa emoción de experiencia de supervivencia, duelo por fallecimiento del compañero de trabajo y angustia ante las ideas intrusas.

Materiales

El proceso de evaluación se llevó a cabo fundamentalmente a través de la entrevista clínica, pero también se utilizaron dos instrumentos estandarizados para obtener medidas cuantitativas:

1. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático – Revisada (EGS-R) (Echeburúa et al., 2016).
2. Escala de Trauma de Davidson adaptada al español (Bobes et al., 2000).

Tabla 1. Resultados obtenidos en la evaluación anterior al tratamiento

Instrumentos	Rango de puntuación	Punto de corte	Puntuación Pre-tratamiento
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT – Revisada (Escala global)	0-63	20	17
Escalas específicas:			
• Reexperimentación	0-15	3	6
• Evitación conductual/cognitiva	0-9	3	2
• Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	0-21	5	5
• Aumento de la activación y reactividad fisiológica	0-18	5	4
Escala de Trauma de Davidson	0-136	40	41

Durante el desarrollo de la entrevista inicial, describe pensamientos en forma de pesadilla, recordando y reviviendo la situación traumática; angustia ante las ideas intrusas, en las que se reproducen secuencias aisladas del accidente; sentimientos de temor, amenaza y

aprehensión ante nuevas intervenciones que puedan ser arriesgadas; anticipación de consecuencias negativas y sensación de malestar psicológico. Se muestra preocupado por la sensación de despersonalización (recuerda el accidente “*como si fuera una película, como si no lo hubiera vivido yo, observándolo desde fuera*”). Se aprecian algunas respuestas de evitación y activación fisiológica relacionada con ansiedad, aunque no son muy significativas. Manifiesta haber tenido sentimientos de culpa los días posteriores al accidente, pero han disminuido considerablemente en la actualidad.

Por otro lado, muestra buenas capacidades de afrontamiento: racionalizador, adecuada resonancia afectiva, con muy buen apoyo de entorno familiar y social y capacidad de autocontrol en las situaciones generadoras de ansiedad.

Procedimiento

A raíz de la entrevista y los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación, se puede concluir que el paciente sufre un TEPT en grado leve según criterios DSM-V.

El diagnóstico coincide con el realizado por el Instituto de Medicina Legal (realizado 9 meses antes), poniendo en evidencia que en la mayoría de los casos el TEPT no remite espontáneamente, necesitando tratamiento.

Una vez realizada la evaluación del caso, se establecieron como objetivos terapéuticos:

1. que el paciente comprendiera su sintomatología en relación con los hechos ocurridos,
2. reducir la sintomatología del TEPT y minimizar las secuelas del mismo,
3. ir más allá de la recuperación, fortalecer las anteriores estrategias y desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento.

La intervención se realizó en 6 sesiones de dos horas de duración cada una, a lo largo de dos meses. Posteriormente, se realizó un seguimiento telefónico al mes y un seguimiento presencial a los dos meses.

Diseño

El tratamiento empleado se basa en la Psicoterapia de situaciones traumáticas (Pérez, P.; 2006) y en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999; Wilson, Luciano, 2002). Se lleva a cabo así un acercamiento más psicoterapéutico, orientado específicamente al tratamiento del trauma.

Tabla 2. Fases del trabajo terapéutico

Fase	Objetivos	Estrategias de intervención	Sesión
Exploración. Narrativa.	Explorar preocupaciones y síntomas. Enfatizar los elementos positivos o de fortaleza. Detectar y potenciar recursos propios. Normalizar y clarificar.	Alianza terapéutica Psicoeducación. Diálogo socrático. Ventilación emocional. Resignificación de síntomas.	1
Detección de pautas-Balance emocional.	Trabajar con emociones para avanzar a pensamientos y conductas. Tratamiento sintomático de pensamientos destructivos.	Psicoeducación. Autorregistro Reestructuración cognitiva. Autoinstrucciones. Autorrefuerzo.	2
Trabajo sobre el sistema de creencias.	Trabajar vivencias de culpa y tareas de duelo.	Psicoeducación. Counselling. Reestructuración cognitiva. Ventilación emocional.	3
Flexibilidad psicológica	Trabajar sobre pensamientos, fusión cognitiva.	Técnicas ACT.	4
Crecimiento postraumático	Explorar cambios vitales positivos. Promover la resiliencia.	Técnicas ACT.	5-6

Primera fase: Exploración. Narrativa

El establecimiento de la alianza terapéutica es imprescindible como paso previo para posteriormente ayudar al paciente a elaborar el trauma.

Una vez establecido el vínculo de apoyo que permite acompañar el proceso de reconceptualización, se invita al superviviente a narrar los hechos, entendiendo que le puede ser útil recordarlos de manera estructurada. Éste accede de manera espontánea y hace una reconstrucción de la situación crítica vivida. Se escuchan los elementos emocionales incluidos en el discurso narrativo, y se devuelve la comprensión de los mismos, a través de paráfrasis, reflejos empáticos y preguntas.

Describe cómo fueron activados y llegaron al lugar del incendio, cómo éste tomaba unas dimensiones extraordinarias, cómo intentaban sofocarlo por todos los medios, y cómo en un momento dado para poder llegar a un foco inalcanzable, se bajan de la cesta del brazo articulado en la que se encontraban y se desanclan, accediendo al tejado del edificio. Relata cómo de repente el edificio colapsa a causa de las llamas y su compañero y él caen al vacío. Recuerda lo que pensaba y sentía durante la caída, y cómo al llegar al suelo le cayeron escombros encima de sus extremidades inferiores, quedando atrapado. Explica perfectamente cómo se queda sin aire en la botella, se ve morir, y en un impulso de fortaleza es capaz de sacar sus piernas de los escombros, deambular y salir al exterior, de un modo inexplicable.

Tras la narración de los hechos, se exploran las preocupaciones y síntomas actuales:

- realizando una devolución de la impresión global y de los puntos de conflicto, normalizando aquellos aspectos que son vistos como reacciones de adaptación.
- enfatizando los elementos positivos o de fortaleza que aparecen en el discurso, devolviéndolos y constituyéndolos como valores de cambio.
- detectando las estrategias propias de afrontamiento que ha desarrollado y potenciándolas.

Ante la sintomatología actual (reexperimentación, miedo, angustia, tristeza...), y a través de un procedimiento de razonamiento socrático, se avanza en una reconceptualización de los síntomas en términos de búsqueda de restablecimiento del equilibrio homeostático y, por tanto, como signos de recuperación.

Se da información al paciente acerca de la definición, síntomas, explicación cognitiva y tratamiento del TEPT. A través de esta psicoeducación se aumenta la comprensión de la patología y se establece una relación de colaboración terapéutica con él (Zayfert, Black, 2008).

Segunda fase: Detección de pautas-problema. Balance emocional.

En la segunda sesión, trabajamos con las emociones para avanzar a pensamientos y conductas, a través de:

- La detección de emociones positivas asociadas al evento traumático: sentirse vivo, apreciar el apoyo de familiares y amigos, valorar pequeñas cosas de la vida, etc.
- La detección de emociones positivas durante la terapia además de las negativas: Se señala que además de las emociones negativas, en estos días se tienen también emociones positivas y que éstas son tan rescatables como las otras, porque el objetivo no es sólo evitar las emociones negativas sino buscar situaciones, pensamientos, acciones que promuevan emociones positivas.
- El balance de elementos positivos y negativos en la respuesta a los hechos: Se trabaja considerando a la persona como el experto, invirtiendo los roles clásicos de la terapia. No es la terapeuta la que recomienda qué es lo que hay que hacer, sino que se le pregunta al superviviente. Esto obliga a rescatar elementos positivos o buscar alternativas.
- El uso de autoinstrucciones positivas con las que se pueden ir balanceando los pensamientos autodestructivos o catastrofistas con otros alternativos elaborados por él mismo, que puedan esgrimirse como apoyo en momentos críticos.
- Se propuso el autorregistro como una medida importante para valorar el análisis de conducta en aquellas situaciones en las que tuviera una intervención difícil. Además, le es útil para lograr restituir la sensación de seguridad y confianza en sus propias percepciones y sentimientos, validando sus emociones.

Tercera fase: Trabajo sobre el sistema de creencias.

Nos centramos en las vivencias de culpa y en las tareas de duelo. Relata que tras el accidente tuvo sentimientos de culpa: *“Aunque decidimos los dos bajarnos, yo tenía que haberle dicho que no”; “Llegué a sentirme culpable, porque él había muerto y yo no”* (errores de juicio: vergüenza y culpa por sobrevivir).

Estos sentimientos de culpa disminuyen en el momento en que puede hablar con la familia del compañero fallecido, siendo de gran ayuda la actitud de éstos (desculpabilizadora y acogedora desde el primer momento): *“Hasta que no les vi y hablé con ellos, me sentía fatal”*.

Otra estrategia que utiliza para disminuir la culpabilidad es el pensamiento mágico como forma de explicación del hecho de sobrevivir (“*algo había allí que me salvó la vida*”).

En la actualidad, parece que ya no presenta sentimientos de culpa. Para confirmarlo, evaluamos culpa, cogniciones postraumáticas e inadaptación con los siguientes instrumentos:

- Escala para medir el Sentimiento de Culpa (SC-35) (Zabalegui, 1993).
- Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI) (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, Orsillo, 1999)
- Escala de Inadaptación (EI) (Echeburúa, Corral, Fernández, 2000)

Aunque concluimos que no hay sentimientos de culpa ni inadaptación a la vida cotidiana, pues en ningún de los instrumentos hay puntuaciones significativas, reforzamos a través del razonamiento lógico permitiendo construir otras narrativas diferentes, viéndose a sí mismo de otra manera y construyendo otra realidad menos culpógena.

Por otro lado, trabajamos la elaboración del proceso del duelo en forma de counselling y psicoeducación. En la entrevista inicial, el paciente había descrito sentimientos de tristeza y dolor relacionados con la pérdida de su compañero. Se le explicó que la capacidad para sentir y expresar el dolor por la muerte de un ser querido es necesaria para consolidar el duelo (Bermejo, 2003).

Revisamos y reforzamos las estrategias desarrolladas en el momento de los hechos que le han sido útiles, como:

- Asistencia al funeral y a los homenajes realizados al compañero.
- Serigrafía de la silueta del compañero fallecido y su nombre en su casco de trabajo.
- Establecimiento de relación con la familia del compañero fallecido.
- Apoyo familiar y social.

Para cerrar las tareas de duelo, se le pidió, a modo de despedida, que escribiese una carta íntima al compañero fallecido, expresando su dolor, sus sentimientos y sus recuerdos.

Además, se le refuerza en pensar en los aniversarios y planificar, junto con los compañeros, ceremonias colectivas, recuerdos, memoriales y otro tipo de elementos que contribuyan a la elaboración del duelo traumático.

Cuarta fase: Flexibilidad psicológica.

Para complementar el trabajo cognitivo realizado en las sesiones anteriores, en esta fase se utilizan algunas técnicas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al. 1999; Wilson, Luciano, 2002), con el objetivo de eliminar la rigidez psicológica.

Una de las reacciones habituales tras una experiencia traumática es una rigidificación de costumbres y esquemas en busca de seguridad. Se reflexionó sobre la necesidad de aceptar que el cambio y el conflicto son el estado natural de las cosas, empleando para ello algunos procedimientos básicos de la ACT: Defusión cognitiva, Atención selectiva, Estar presente, Acción comprometida y Aceptación saludable activa.

Por otro lado, se abordó directamente el circuito completo de la memoria emocional con la exposición en imagen de la secuencia completa del accidente. Para ello, se le pidió que facilitara fotografías de las noticias de prensa sobre el accidente que fueran significativas para él. El procedimiento consistió básicamente en obtener una descripción detallada del recuerdo de lo ocurrido, de cómo se sintió, de qué pensaba en los momentos difíciles del accidente, apoyándose en las imágenes seleccionadas.

La seguridad de la relación terapéutica antes comentada permitió a la persona exponerse a sus recuerdos traumáticos y emociones asociadas.

Esta narración confirmó su capacidad para afrontar los hechos. No hubo ansiedad pero sí un gran dolor, apareciendo conductas de tristeza e ira.

Quinta fase: Crecimiento postraumático.

Uno de los retos de las psicoterapias contemporáneas es incorporar progresivamente formas de terapia basadas en el desarrollo y la potenciación de los recursos de fortaleza y resistencia de las personas, no colocando el énfasis sólo en la mitigación de los problemas y debilidades (Pérez, 2006).

Aunque ya desde la primera sesión hemos tenido presente estas consignas, en esta última fase centramos el trabajo en la exploración y promoción de los cambios vitales positivos y la resiliencia.

Para ello, se evalúan los elementos de cambio que el superviviente ha presentado con el paso de los meses tras el hecho traumático, utilizando el Post-Traumatic Growth Inventory (Goffman, 2001) y la Escala LOT-R (Life Orientation Test-Revised) (Chico, Ferrando, 2008) para evaluar el optimismo disposicional.

Tras explorar los cambios vitales positivos, se promueven los mismos mediante la reflexión conjunta sobre los valores existenciales, las prioridades en la vida, los vínculos afectivos y el valor de los placeres cotidianos, entre otras cuestiones.

Por último, se refuerzan los elementos potenciadores de la resiliencia que hemos ido trabajando a lo largo de las sesiones anteriores: normalización, reconceptualización y anclaje en el valor de la actuación.

Fin de la intervención terapéutica. Seguimiento.

Se da por finalizada la intervención, dejando abierta la posibilidad de alguna recaída. Se le animó a seguir por un tiempo con las tareas de autorregistro, convirtiéndose en su propio observador y evaluador. Se evalúa de nuevo TEPT.

Al mes de terminar el proceso se realiza un seguimiento de forma telefónica, encontrándose con un estado de ánimo regulado y sin fluctuaciones.

Dos meses después de la finalización del proceso terapéutico, se realizó una sesión de seguimiento y una nueva aplicación de los instrumentos psicométricos utilizados en la primera sesión. No se presentaron nuevos episodios de pesadillas, flashbacks, temor o cualquier otra reacción de tipo ansiosa, y se destaca una notable mejoría.

RESULTADOS

A lo largo de la intervención se han ido produciendo cambios en los que subyace una elaboración de los recuerdos traumáticos, una integración de los mismos dentro de su memoria biográfica y un cambio de esquemas en cuanto a sí mismo, a los demás y al mundo. Más en concreto, refiere mayor sentimiento de control de su propia vida y han disminuido los síntomas de reexperimentación (imágenes intrusivas, pesadillas).

El nivel de gravedad del TEPT se redujo notoriamente después de la intervención psicológica realizada, pasando de presentar una puntuación en la Escala de Trauma de Davidson de 41 a 1.

En lo concerniente a la reexperimentación del evento mediante pesadillas y flashbacks (sintomatología más presente), se reduce de forma importante la intensidad y frecuencia de estos síntomas.

Tabla 3. Resultados obtenidos en la evaluación anterior y posterior al tratamiento

Instrumentos	Rango de puntuación	Punto de corte	Puntuación Pre-tratamiento	Puntuación Post-tratamiento	Puntuación Seguimiento
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT – Revisada (Escala global)	0-63	20	17	3	1
Escalas específicas:					
• Reexperimentación	0-15	3	6	1	1
• Evitación conductual/ cognitiva	0-9	3	2	0	0
• Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	0-21	5	5	1	0
• Aumento de la activación y reactividad fisiológica	0-18	5	4	1	0
Escala de Trauma de Davidson	0-136	40	41	10	1

La intervención psicológica realizada parece haber sido efectiva en su totalidad.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra cómo mediante una adecuada relación terapéutica y la aplicación de una serie de técnicas psicoterapéuticas, es posible el restablecimiento de un equilibrio y “confort” emocional en el superviviente a una situación de crisis.

Los profesionales de emergencias afectados por situaciones traumáticas pueden sufrir un estrés severo que puede dar lugar a un conjunto de síntomas disociativos y ansioso-depresivos. El trauma puede interferir negativamente en la calidad de vida de la persona y afectarle a su vida cotidiana y en las relaciones sociales. Si los síntomas se mantienen más allá del primer mes, puede desarrollarse un TEPT.

CONCLUSIONES

La intervención en crisis para personal de emergencias es una herramienta muy útil para la prevención de los efectos psicológicos negativos tras un incidente crítico. Por ello, es de gran interés establecer métodos de detección para identificar a las personas vulnerables y desarrollar programas terapéuticos tempranos.

Por otro lado, un abordaje rápido y efectivo del TEPT provocado por un incidente crítico, facilita que la persona afectada pueda incorporarse de nuevo al trabajo, prácticamente de forma inmediata, sin secuelas psicológicas que le impidan intervenir con eficacia en las emergencias futuras.

La presentación de este caso también es ilustrativa de cómo, con las técnicas adecuadas, tratamos el malestar presente para aumentar las expectativas de futuro y, en definitiva, facilitar el proceso de resiliencia.

Se deberían establecer también programas de formación sobre el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y técnicas de reducción de ansiedad en los diferentes colectivos de profesionales de riesgo (policía, bomberos, personal sanitario, etc.).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric publishing.

Bermejo, J.C. (2003): La muerte enseña a vivir: vivir sanamente el duelo. Madrid: San Pablo.

Bobes, J. et al (2000): Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. Actas Especialidad Psiquiatría 2000, 28(4), 207 - 218.

Chico, E., Pierra, P. J. (2008): Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. Psicothema, 20, 408-412.

Echeburúa, E. et al (2016): Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. Terapia Psicológica, vol.34, nº.2. Santiago.

Echeburúa, E., Corral, P.; Amor, P. J. (2007): Tratamiento psicológico en las fases tempranas del trastorno de estrés postraumático. En J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (dirs.), Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad (pp. 133-141). Barcelona: Elsevier/Masson.

Echeburúa, E., Corral, P., Fernández, J. (2000): Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y modificación de conducta*, 2000, vol.26, nº 107.

Foa, E.; Ehlers, A.; Clark, D. M.; Tolin, D. F.; Orsillo, S. M. (1999): The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11 (3), 303-314.

Hayes S.C, Strosahl K.D; Wilson K.G. (1999): *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press.

Pérez, P. (2006): *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Wilson, K.G., Luciano, C. (2002): *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Zabalegui, L. (1993): Una escala para medir culpabilidad. *Miscelánea Comillas: Revista de Teología y Ciencias Humanas*, 51, 485-509

Zayfert, C., Black, C. (2008): *Cognitive-behavioral therapy for PTSD: a case formulation approach*. (1ª. Ed.). New York: Guilford Press.



**INTERVENCIÓN EN CRISIS PARA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DE GÉNERO EN EVENTOS DE
INTERÉS INTERNACIONAL O SARS COV-2 / COVID-19 U OTROS
EVENTOS DE CONFINAMIENTO**

Mgter. Juan Diego Carpio Espinoza

Mgter. Cecilia Elizabeth Bueno Salinas

Cuenca, Ecuador

Intervención en crisis para atención a víctimas de violencia de género confinadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el 35% de la población femenina del mundo, ha sido víctima de algún tipo de violencia, ya sea física, psicológica y/o sexual. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021).

La presente guía de intervención de crisis está centrada en la atención de las víctimas de violencia de género posterior a las experiencias en eventos en los cuales han sido confinadas con los presuntos violentadores, que para el efecto de este documento llamaremos ofensores.

La intervención en crisis a víctimas de violencia de género está centrada en dos grandes componentes: el síndrome de la cabaña y síndrome de adaptación paradójica; como ejes claves de la naturalización de la violencia durante los confinamientos; estas dos concepciones no son nuevas, han existido durante todos los tiempos en situaciones como privación de libertad, estados de excepción, confinamientos en albergues por catástrofes o movilidad humana y, actualmente, empeoró la situación al tener en los mismos espacios a las víctimas y ofensores producto de los eventos como el SARS CoV-2 / COVID-19.

Definiciones prioritarias de la violencia de género en confinamiento

Violencia de género: es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública, como en la vida privada, antes, durante y después del confinamiento por eventos de salud de interés internacional como el SARS CoV-2 / COVID-19 (Organización de las Naciones Unidas, 2003).

Intervención en crisis a víctimas de violencia de género: La intervención en crisis en violencia de género está diseñada para reducir a corto plazo la angustia inicial producida por un acto de violencia, al tiempo que evitan que éste se desarrolle (Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma y Atención de Crisis emergencias y Desastres SEPAFCED, 2021)

Síndrome de Adaptación Paradójica: Es la acción de la víctima para aceptar bajo una apariencia falsa, que infringe el sentido común y no le permite aceptar la situación de violencia vivida. (Gómez, 2021)

Síndrome de la cabaña: Es cuando una persona experimenta un conjunto de síntomas y reacciones tanto emocionales, cognitivas y motoras tras determinada experiencia vital de privación de la libertad, aislamiento y que están ligados al temor para abandonar ese espacio de “Seguridad” (Vega, 2021)

Círculo de la violencia de género en confinamiento

Estas tres definiciones están completamente vinculadas, producto de la pandemia por SARS CoV-2 / COVID-19, debido a que los signos y síntomas de la violencia se exacerbaron durante el confinamiento al tener durante más tiempo a la víctima y al ofensor en el mismo espacio durante mucho tiempo. Lenore E. Walker plantea que la violencia contra las mujeres aumenta de forma cíclica o en espiral ascendente, esta situación se pudo evidenciar durante la pandemia, es aquí en donde el círculo de la violencia empeoró generando en las víctimas estragos agudizados en su salud física y emocional. (Walker, 2012)

Existen tres fases en este ciclo ascendente, que durante la pandemia se exacerbaron y generaron que cada una de las fases sea agudizada con síndrome de la cabaña y síndrome de

adaptación paradójica desencadenando en la necesidad de intervención en crisis por medio de líneas de ayuda, call center o sistemas de emergencias como el 911.

En la **fase de tensión**, antes de los confinamientos, el ofensor genera una escalada gradual de fricción y conflictos con su pareja, que cesaban muchas veces cuando el ofensor se retiraba al trabajo o a sus actividades cotidianas; comúnmente el hombre violento expresa hostilidad, pero no en forma explosiva mientras acumula tensión por múltiples factores, culpando a su pareja; por otro lado la mujer intenta calmar, complacer o evitar las molestias a su ofensor, tratando de controlar la situación, sin embargo durante la pandemia se evidencia estas exacerbaciones debido a que el ofensor pasa todo el tiempo con su pareja lo que genera que la fase de tensión sea más corta dando paso mucho más rápido a la fase de agresión.

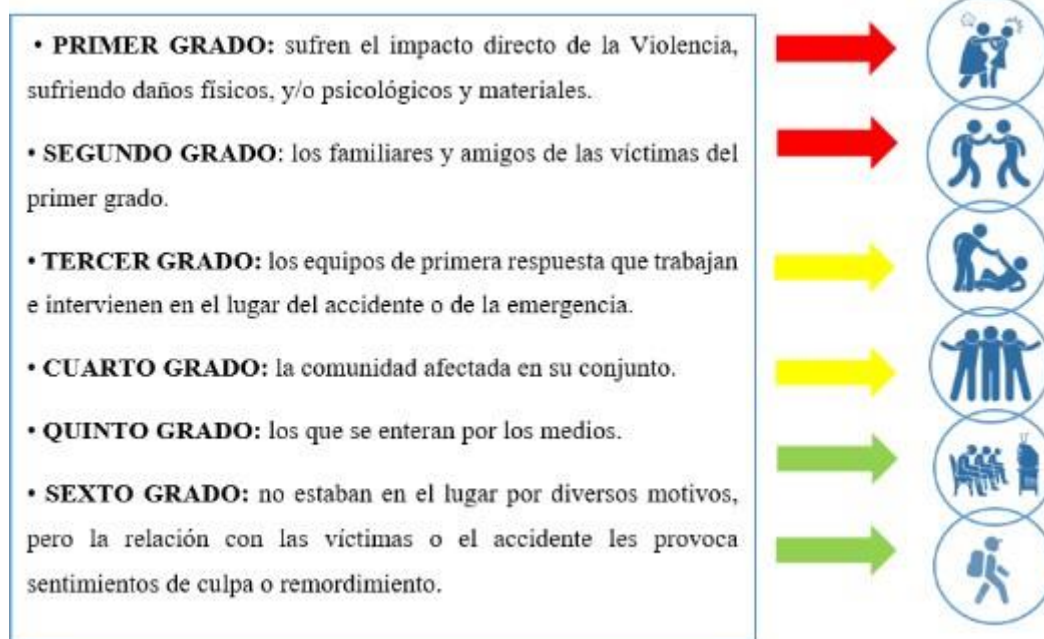
Dentro de la **fase de agresión** se suele hacer totalmente visible la agresión por parte del ofensor, la mujer tiene pruebas para denunciar y motivación para solicitar ayuda y terminar el abuso, sin embargo, el temor puede impedir que ésta tome las acciones pertinentes; durante los confinamientos y al no existir lugares presenciales para poner denuncias, el temor al contagio de la población (médicos, abogados, policías, jueces) incluidos los servidores de los mecanismos de primera respuesta, y la falta de organización a nivel mundial para tener planes de contingencia frente a este tipo de eventos masivos de salud, llevo a que las agresiones físicas sean más continuas, se naturalice la violencia y su periodicidad de esta fase sea más prolongada, cuando normalmente la fase de agresión suele ser muy corta, por la descarga inadecuada del ofensor que suele dejarlo relajado luego de la agresión, sin embargo ya sin normas y límites de autoridades competentes se volvió la fase más extensa del círculo de la violencia.

Finalmente en la **fase de conciliación** o **luna de miel**, el hombre ofensor suele mostrar arrepentimiento y pedir perdón, hace promesas de cambio y muestra afecto exacerbado, sin embargo durante la pandemia y al adaptarse a descargar sus emociones con la violencia física, esta fase se vuelve nula y en otros casos mínima. Al existir estos mínimos cambios, y con el temor de salir de la zona de seguridad “Síndrome de la cabaña” para no contagiarse, la mujer puede justificar a su pareja y permanecer a su lado, pasando por alto los episodios violentos y justificar los hechos para mantenerse en esta zona de seguridad. (Carpio & Cadena, 2020).

Clasificación de víctimas por grados de afectación.

Durante toda la vida a existido varios niveles de víctimas, sin embargo durante episodios de confinamiento los impactos y su posible atención dependerá del grado de víctima luego de los eventos de violencia.

Grafica Nro. 1
Grados de víctimas de violencia de género



Fuente: Juan Carpio Espinoza y Henry Cadena Povea (Carpio & Cadena, 2020)

Es necesario planificar las intervenciones a partir del grado de víctima con el cual se está trabajando, siempre considerar al momento de las intervenciones algunos puntos claves como:

1. En lo posible que sea otra mujer quien realice la intervención, en caso de ser hombre remarcar zonas de seguridad y devolverle de forma física o simbólica el respeto por su espacio personal.
2. Las víctimas de primer, segundo y tercer grados siempre deben ser atendidas en las primeras 72 horas con el fin de aprovechar la memoria narrativa.
3. Para realizar una adecuada intervención es necesario psicoeducar en la adaptación paradójica y el síndrome de la cabaña que suele ser el justificante para no denunciar al ofensor.
4. Es necesario que el lenguaje utilizado evite frases hechas en la violencia tales como: comprendo, entiendo, cálmese, tranquilícese etc. Tome en consideración evitar el “*furor curandis*”, un impulso irreflexivo por “*hacer algo*” por quien está sufriendo.

Esta condición podría hacerlo decir o hacer cosas que dañen a la persona, aunque no haya sido su intención. Todas estas frases invisibilizan la preocupación del paciente y esto puede hacerle sentir que no queremos ayudar o que no interesa lo que él está sintiendo.

5. Proporcionar atención y apoyo práctico, con una escucha activa adecuada, sin tiempos ni limitaciones.
6. Evaluación de las necesidades y preocupaciones, para jerarquizar sus problemáticas y partir de ella para proponer soluciones.
7. Ayudar a las personas para atender las necesidades básicas (por ejemplo, alimentos y agua, información).
8. Escuchar a las personas, pero no presionarlas para que hablen, recuerde que no es permitido, juzgar, culpabilizar o aconsejar.
- 9.

Intervención en crisis a víctimas de violencia por grados de afectación.

La intervención en crisis, describe una respuesta humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que necesita ayuda inmediata, en el caso de la violencia de género, tomar en consideración el tipo de violencia que cursó (física, psicológica, sexual, etc.) y el grado de víctima en el que se encuentra para evitar victimización.

Existen tres tipos de victimizaciones que debemos evitar al atender casos de violencia y con mayor énfasis en los confinamientos, debido a que la víctima habrá naturalizado la situación por su falsa seguridad en el domicilio.

Victimización primaria: Se refiere a las consecuencias psicológicas que sufre una persona víctima de un delito, en el caso de la violencia, según la tipificación de cada uno de los países, en esta victimización hay una violación de derechos y la persona adquiere el rol de víctima. Los efectos psicológicos siempre son negativos y entre ellos, cabe destacar la indefensión, la rabia y el miedo.

Victimización secundaria o revictimización: Es la consecuencia que se genera en la víctima a raíz de la respuesta policial, prehospitaria, legal o administrativa, recibida por la actuación de estos profesionales que le hace revivir su situación de víctima durante sus procesos internos o institucionales. Con lo cual la victimización secundaria es la derivada de

la relación y experiencia personal de la víctima con el sistema, al relatar los hechos vividos por el ejercicio del poder del ofensor.

Victimización terciaria: La victimización terciaria hace referencia al proceso por el que la sociedad ve a la víctima; se produce un proceso de “etiquetación” a una persona con el rol de víctima, esto puede traer profundas consecuencias en el comportamiento posterior.

Entendido estas concepciones el interventor en crisis podrá aplicar las siguientes herramientas de intervención denominado protocolo SETTING.

Tabla Nro. 1 - Protocolo SETTING

La mejor intervención en crisis, es no tener pena de la víctima		
S	Sistematizar información	Recolectar la información que evite la revictimización secundaria, solicitando información que ya puede tener el informante del evento o los familiares.
E	Establecer escenario	Identificar en qué fase del ciclo de la violencia estamos interviniendo a fin de entender los imaginarios, culpas y manipulaciones en las que puede estar expuesta la víctima (Revisar el apartado de círculo de la violencia de género en confinamiento).
T	Triaje emocional	Determinar cuál es el grado de afectación de la víctima (Imagen Nro. 1) para priorizar los pacientes por grado de necesidad.
T	Tratar víctimas de primer y segundo grado	Tratar con estrategias de primeros auxilios psicológicos (PAP) y protocolo SORORIDAD (Tabla Nro. 2) a las víctimas directas de la violencia y sus familiares (Imagen Nro. 1).
I	Implementar acompañamiento	Es necesario estar con la víctima durante todo el proceso desde la denuncia hasta el lugar de seguridad en donde se va a albergar.
N	Neutralizar síntomas agudizados	Una vez que se encuentre en el lugar seguro es necesario verificar que no se agudizan signos y síntomas de estrés, ansiedad, miedo a salir de la zona de seguridad (Domicilio por confinamiento) entre otras problemática comunes asociadas.
G	Garantizar seguimiento	Es prioritario el seguimiento de la persona a los 3, 9 y 12 meses a fin de verificar la evolución y empoderamiento.

Elaboración: Juan Diego Carpio Espinoza y Cecilia Elizabeth Bueno Salinas

¿Qué debemos evitar?

- Hacer falsas promesas o dar información errónea.
- Forzar a la gente a hablar o hacer cosas, ser intrusivo o agresivo.
- Presionar a las personas para que cuenten los hechos de violencia vividos, dar tiempo.
- Compartir la información con terceros, la información es de carácter confidencial y reservado.

- Juzgar a las personas por sus acciones o sentimientos

Finalmente es necesario entender que luego de la intervención en crisis se puede evidenciar hechos de violencia vicaria en casos de víctimas de violencia que tengan a cargo hijos o hijas, en donde son utilizados como objetos y nos como sujetos de protección.

La violencia de género y los niños, niñas y adolescentes (NNA)

Partiendo de que, en el imaginario social, de manera muy “habitual”, incluso casi “natural” se ha asignado el rol de cuidado de la prole de la especie, de manera principal al género femenino en particular a las madres; este hecho no fue diferente durante la pandemia del COVID 19.

Respecto al cuidado de los niños niñas y adolescentes en etapa pre-pandemia diferentes organismos internacionales de derechos humanos, generaron múltiples esfuerzos por la garantía de los derechos de los niños niñas y adolescentes, en especial por el derecho a vivir en familia, pues se considera que naturalmente la familia es el medio más idóneo y necesario para el cuidado y protección de los NNA; por mencionar un ejemplo, la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2010, aprobó las *“Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado”* cuyo objeto es *“promover la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño y de las disposiciones pertinentes de otros instrumentos internacionales relativas a la protección y al bienestar de los niños privados del cuidado parental o en peligro de encontrarse en esa situación”* en las cuales hacen hincapié en la necesidad apremiante de que los Estados son los que deben garantizar los derechos de los niños mediante planes, programas y proyectos de **“FORTALECIMIENTO FAMILIAR”**, con el fin de que la familia, en particular padre y madre, cumpla sus deberes en relación con el niño, niña y adolescente.

Y las principales necesidades de fortalecimiento familiar son mayoritariamente en situaciones de violencia de género, pues es evidente la necesidad de sinergia entre padre y madre para cumplir la tarea de cuidado y protección de los NNA; y es grave, gravísimo, cuando la situación de violencia de género pone en riesgo el ejercicio del derecho a la convivencia familiar de los NNA con sus progenitores; y es terrible el hecho de que los NNA sean instrumentalizados para ejercer violencia de género; a lo que he llamado **“instrumentalización”** es lo que se conoce como violencia vicaria.

¿Qué paso con la violencia vicaria durante el confinamiento por eventos de salud de interés internacional como el SARS CoV-2 / COVID-19?

Aunque no existen datos estadísticos específicos de este tipo de violencia, en el “I Encuentro Estatal sobre Violencia Vicaria y Violencia de Género Institucional”, en España-Mérida, mayo de 2022, Reem Alsalem en calidad relatora especial de la ONU sobre la Violencia Contra la Mujer, ha advertido que la violencia vicaria se ha convertido en un “problema global” y no ha descartado la posibilidad de elaborar un informe mundial para 2023. (Efeminista, 2022).

Violencia vicaria es aquella que ejercen los ofensores sobre las madres a través de sus hijos y que en algunos casos llega hasta el asesinato; según la Corte Constitucional del Ecuador, es el “supuesto en que es el varón quien ejerce el daño/venganza sobre la mujer a través de los hijos” y considera la forma “más extrema de la violencia de género”, indica además que “este tipo de eventos son extremadamente alarmantes”.

En protección social y protección especial, la violencia vicaria se “genera” en un contexto de ruptura familiar, sea separación o divorcio propiamente dicho, en la que el agresor ejerce poder sobre la mujer/ex pareja, sea en procesos de aparente acuerdo mutuo o proceso judicial de régimen de visitas, en el que se utiliza a los NNA como un instrumento para dañar a su ex pareja y poder manipularla para obtener lo que quiere, que suele ser, el retornar o regresar a la convivencia común entre los progenitores, que se pueda “tranzar en el pago de pensiones alimenticias u obligaciones económicas de manutención de los hijos”, o simplemente como estrategia de daño premeditado de ejercicio de poder y búsqueda deliberada de daño en contra de la mujer; lo que suele generar problemas legales y familiares altamente conflictivos en temas de custodia de los NNA, habiendo incluso alienación parental, pues en declaraciones a los medios, Alsalem ha explicado que ha trabajado casos de custodias y de alienación parental en España, pero también los hay en otros muchos países como Italia, Brasil, EEUU e Israel; por ello acordamos con la aseveración de Reem Alsalem relatora especial de la ONU, de que, la violencia vicaria es un problema global, pues de seguro al leer el concepto de violencia vicaria, se viene inmediatamente a la memoria un hecho con el cual asimilar el concepto.

El confinamiento por eventos de salud de interés internacional como el SARS CoV-2 / COVID-19 género que la violencia vicaria se desarrolle en medio de una situación de convivencia familiar en la misma casa o espacio físico, esté o no, relacionada al momento

previo de la ruptura familiar, es decir existía violencia de género, violencia vicaria en un espacio de convivencia diaria, las formas más comunes de esta violencia según denuncias recibidas en un ente de protección especial, es el hecho de que las progenitoras tenían que “defender” a sus hijos/as de la furia o explosiones violentas de su pareja, cuentan los relatos de las denuncias que las madres pedían a los hijos/as que se encierren y utilicen audífonos para “aislarlos” de los hechos de violencia; que los ofensores amenazaban a los hijos/as en presencia de sus madres para obtener acciones u omisiones de sus parejas, de igual manera generaban situaciones en las que propinaban violencia psicológica a sus hijos/as mediante alienación parental y preparándolos/as para que en cuanto termine el confinamiento los niños y niñas vayan a vivir con los agresores/progenitores, con la intención de dejar sola a la mujer sin la presencia de los niños como un golpe estratégico de violencia.

Ante estas situaciones y entendiendo que la mujeres pueden ejecutar acciones para evitar la violencia vicaria desde el enfoque de la sororidad entendida como *“una palabra que se deriva de la hermandad entre mujeres, el percibirse como iguales que pueden aliarse, compartir y, sobre todo, cambiar su realidad debido a que todas han experimentado en algún punto de su vida opresión o desigualdad por el hecho de ser mujeres”* adjuntamos el protocolo sororidad diseñado para la intervención en crisis de las víctimas y sus dependientes.

Tabla Nro. 2 - Protocolo SORORIDAD

La sororidad es la herramienta que construye fortaleza desde la disidencia y la diferencia	
S	Sostener si juzgar
O	Operativice un espacio de atención sin anclajes
R	Rodee de emociones positivas
O	Ofrezca técnicas centradas en soluciones y necesidades de la víctima
R	Recuérdale que no está sola
I	Inicie desviación a redes de apoyo
D	Delegue la responsabilidad del cambio
A	Aplique el lenguaje corporal de acompañamiento
D	Despídase con empatía



“En este cuento todas son las buenas
 Por lo tanto es hora de pensar en que las mujeres
 deben liberarse del cuento donde yo soy la buena y tú la mala,
 o yo soy mala y tú buena.
 Y con ello, desde niñas aprendemos a rivalizar,
 a tener miedo a competir, a mirar con sospecha
 y llenarnos de miedo para no crecer.



Elaboración: Juan Diego Carpio Espinoza y Cecilia Elizabeth Bueno Salinas

“La violencia es el último recurso del incompetente”
Isaac Asimov

Bibliografía

Carpio, J., & Cadena, H. (2020). *Protocolo de Intervención en violencia de género: primeros auxilio psicológicos*. Ibarra.

Efeminista. (2022). <https://efeminista.com/onu-violencia-vicaria-problema-global/>. Obtenido de <https://efeminista.com/onu-violencia-vicaria-problema-global/>

Gómez, A. M. (2021). *Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica*.

Organización de las Naciones Unidas. (2003). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Violencia de Género*.

Sociedad Ecuatoriana de Psicotrauma y Atención de Crisis emergencias y Desastres SEPAFCED. (2021).

Vega, A. (2021). *Síndrome de la cabaña”: cuando la libertad se convierte en un problema*.

Walker, L. E. (2012). *Ciclo de la violencia*. 9788433026095.



LA ORIENTACIÓN FAMILIAR EN TIEMPO DE LA COVID-19

Dra. Caridad Rosario Zurita Cruz.

La Habana, Cuba.

En las condiciones actuales de la COVID-19, la familia está en el primer plano del cuidado, protección y educación de los niños, con limitados apoyos de la red externa afectada por la pandemia. Ante esta situación la familia requiere de orientación que le permita mantener una conducta responsable de autocuidado, dirigida a cumplir con todas las normas de seguridad impuestas por los Ministerios de la Salud de cada país. Es objetivo de este capítulo reflexionar sobre la importancia de la orientación dirigida al desarrollo de conductas responsables de la familia ante la formación de habilidades y hábitos de autocuidado que posibiliten el bienestar físico y psicológico de sus hijos. Para ello la autora se apoya de las aportaciones de diferentes investigadores en el área.

La orientación y acompañamiento a la familia

Es el contexto familiar la primera institución que propicia el desarrollo de los seres humanos. Las relaciones de apego en el seno familiar, específicamente de comunicación afectiva que se establecen entre el niño y los adultos, posibilitan su posterior interrelación con el medio que le rodea. El vivir en un contexto social y familiar donde se transmitan las normas de responsabilidad, nos permite la formación de hábitos, habilidades, conocimientos, modos de comportamiento, sentimientos y emociones, en fin, el desarrollo integral.

El tema del papel de la familia en la educación de sus hijos ha sido estudiado por diferentes investigadores de la psicología, la sociología y la pedagogía. En Cuba se destacan

Arés, P. (1990, 1995, 2002, 2004); Castro, P.L. (1995, 1998, 2004); Castillo, S. (1998, 2005); Blanco, A. (2000, 2001); Martínez, C. (2002, 2005); Arias, G. (2003, 2004); Núñez, E. (2003); Benítez, M.E. (2003); Gutiérrez, E. (2003, 2005); Brito, T. (2005, 2006); Padrón, A.R. (2007, 2008), entre otros. Estos autores resaltan que la familia es la institución más importante para el desarrollo de un niño.

Estos autores resaltan que la familia es la institución más importante para el desarrollo de un niño en las primeras etapas de su vida; es decir, en su seno el niño llega al mundo, va adquiriendo sus primeros valores, normas de comportamiento, sentimientos, lo que influye en el desarrollo de su personalidad.

Señala Arés, P. (2007) que en la familia se deben cumplir diferentes funciones que son insustituibles por otros grupos e instituciones. Estas funciones persisten y persistirán a través de todos los tiempos, pues estamos ante la presencia de una forma de organización propia de la especie humana, inherente al hombre, por su doble condición de ser individual y ser social. Estas funciones son: biosocial, económica, educativa, cultural y afectiva.

En este siglo XXI la familia a nivel internacional está sumergida en un mundo cambiante, cuya inestabilidad e incertidumbre fomenta el no cumplimiento de sus funciones por inseguridad y miedo. La familia se encuentra confundida en la crianza de sus hijos, en ocasiones actúan indiferente a la necesidad del otro, no se involucran con la responsabilidad para educar, al contrario se dividen, llegando a una convivencia conflictiva, tensa donde los niños escuchan gritos, maltratos físicos y psicológicos que dañan su autoestima.

Hablar de familia en Cuba desde un punto de vista sociopsicológico trasciende los estrechos marcos del hogar de convivencia. Es cierto que el núcleo doméstico proporciona los principales servicios de apoyo, de cuidado y amparo a todos sus miembros y, de manera particular, a los adultos mayores. Pero existe un sistema de relaciones más amplias al que denominamos «familia de interacción o ampliada», que representa un grupo de referencia y pertenencia mucho mayor, una red de sostén, apoyo material, instrumental y emocional nada

desdeñable, en el que se incluyen los hijos adultos no convivientes, padres biológicos no custodios, otros parientes, la familia emigrada e incluso los vecinos y amigos. (Arés, P. 2020, p 21). Asumimos en la orientación familiar lo planteado por esta autora la familia ampliada.

Ser madre, ser padre en el contexto del siglo XXI es trabajo agotador. La familia se encuentra expuesta en una lucha en el día a día con sus hijos. Se necesita orientar a la familia cómo educar en valores y con disciplina, amor donde la educación es lo más importante en estos tiempos de aislamiento físico (cuarentena) a consecuencia de la pandemia de la COVID-19.

Se señala en la bibliografía consultada que las principales alteraciones psicológicas ante, durante y postpandemia son: Miedos, sentimientos de abandono ansiedad, depresión, duelos, estrés peri-traumático, crisis emocionales y de pánico, reacciones colectivas de agitación, descompensación de trastornos psíquicos preexistentes, entre otros. Todo esto nos lleva a experimentar mayores niveles de estrés por la falta de control sobre la situación y por las exigencias que impone el aislamiento físico.

Con relación a lo anteriormente planteado es necesario señalar que las víctimas, usualmente, no tienen la necesidad sentida de apoyo psicológico, no aceptan sufrir de una enfermedad mental y no demandan los servicios de salud mental, por el estigma sociocultural que esto significa. Por lo tanto, puede ser útil divulgar, por todos los medios posibles y usando los recursos de la comunidad, que existen alternativas de ofertas de ayuda para superar las dificultades emocionales y el sufrimiento que pueden estar experimentando muchas de las personas que han vivido el desastre”. (Organización Panamericana de la Salud 2006, p 44).

El impacto psicosocial de cualquier evento traumático depende de los siguientes factores: la naturaleza misma del evento, las características de la personalidad de las víctimas y el entorno y las circunstancias. En esta fase interviene el personal especializado en salud mental, junto con el equipo de salud del primer nivel de atención. Deben establecerse los

mecanismos de registro de los datos, de manera que se recopile la información de las acciones". (Organización Panamericana de la Salud 2006, p 16).

Señala además la Organización Panamericana de la Salud 2006 la importancia de la atención psicosocial, individualizada y especializada en los casos más complicados. La atención psicológica debe brindar seguridad y afecto, que facilitar la construcción de sentimientos, confianza en sí mismo que les permita construir un proyecto de vida optimista. Considera que la familia, posibilita en el niño modos de comportamientos sanos, este grupo social de pertenencia también generan las redes de apoyo que le permiten experiencia y el desarrollo de una personalidad resiliente. Se plantean que la resiliencia es la capacidad de resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y volver a acceder a una vida significativa y productiva.

Es por ello que, ante esta situación de pandemia por la COVID-19 la familia experimente un estado de crisis, al estar saturados los mecanismos de adaptación, está atravesando una situación que desconoce y la cual dificulta de alguna manera el curso de su vida. Esta incapacidad de adaptación es una peligrosa situación, ya que se ve elevado el nivel de estrés, desencadenándose cambios extremos en la impulsividad y la excitación, ante los cuales los mecanismos de defensa no funcionan, al igual que los mecanismos de adaptación, los cuales se verán disminuidos precipitadamente. (Núñez, D. 2018, p 3).

Este autor señala que ante esta situación de tensión, se puede inhabilita la búsqueda de posibles soluciones; por supuesto coincidimos con el mismo pues, el aislamiento propicia en el seno familiar crisis de ansiedad por incertidumbre de no saber cuando terminará todo, dando paso al miedo y emociones negativas. Por consiguiente los agentes y las agencias desde lo social deben ir a la búsqueda de recursos y apoyos necesarios cuyo objetivo este encaminado a la orientación familiar.

Se asume la orientación familiar como un proceso de relación de ayuda o asistencia que promueve el desarrollo de mecanismos psicológicos de los miembros de la familia y

estimula una buena dinámica, a través de la reflexión, la sensibilización, la asunción responsable de los roles para la implicación personal en la solución de los problemas y tareas realizada por niveles según las características del funcionamiento familiar y las necesidades básicas de aprendizaje de los adultos y de su descendencia, en el empleo de diversos procedimientos, técnicas y métodos de orientación. (Castro, P.L, 2011, p. 64).

Es una necesidad acompañar a la familia en estos tiempos de la COVID-19, con un enfoque centrado en: Flexibilidad cognitiva (repensar), adaptación emocional (conocerse), activación conductual (actuar, hacer, motivar). La orientación a la familia durante este período de crisis, requiere de un acompañamiento inmediato con métodos flexibles, para que su ansiedad no quede estática y se mantenga en constante cambios. Esta orientación debe ir dirigida a la adaptación emocional, hacia nuevas formas de convivencia basadas en la asunción responsable de los roles, al respeto de las diferencias individuales de sus miembros, a la ayuda mutua, a motivar la realización de actividades diversas que permitan aliviar la crisis y encontrar el cambio.

El presente capítulo va dirigido a reflexionar sobre la importancia de la orientación dirigida al desarrollo de conductas responsables de la familia, para ello nos apoyaremos en las siguientes preguntas: **¿Qué sucede en el bienestar psicológico ante la presencia de una enfermedad como la COVID-19?. ¿Cómo orientar a la familia en las condiciones que impone el COVID-19? ¿Cuáles pudieran ser las acciones a realizar en estos momentos?.**

En este capítulo tomamos en consideración los resultados obtenidos por diferentes investigadores a nivel internacional y nacional, que han dado respuestas a qué y cómo orientar a la familia ante situaciones de emergencia y de la pandemia COVID-19. Entre ellos se destacan: Losada, P. (2004); Lorenzo, A. (2017, 2020); Núñez, D. 2018; Alonso, M. (2020); Pérez-Acosta, A. M; Modesto A. (2020); Torralbas, J E. (2020); Roselli, N. (2020);

Hermosilla, A M. y Filippi, J. (2020); Carneiro, C. (2020); Peiró, J M. (2020); Rigoni, G. y Cornejo, H. (2020); entre otros.

¿Qué sucede en el bienestar psicológico ante la presencia de una enfermedad como la Covid-19?

Son numerosas las investigaciones relacionadas con la responsabilidad de la familia en situaciones de emergencia en el cuidado de sus hijos. En este capítulo asumimos lo planteado por Arés, P. (1990) quien señala que la familia es la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad reciprocidad y dependencia, cumple funciones que son insustituibles por otros grupos e instituciones. (Arés, P. 1990, p 21). Desempeña un rol en la educación formal e informal, en el desarrollo de sus hijos, en sus valores éticos y humanísticos, donde existen lazos de solidaridad.

Con relación a este aspecto Zaldívar, D. (2007) señala que la familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobre todo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. Ella desempeña un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos, y donde se profundizan los lazos de solidaridad. Es también en su interior donde se construyen los límites entre las generaciones y son observados los valores culturales". (Zaldívar, D. 2007, p 30).

Son estos valores éticos y humanísticos imprescindibles en estos tiempos de aislamiento físico (cuarentena) a consecuencia de la pandemia de la COVID-19, donde se requiere de la familia, nuevas formas de convivencia basadas en el respeto a las diferencias individuales, a la ayuda mutua, a compartir y a desempeñar nuevos roles en el hogar, sobre la base de ese sentimiento que se llama amor.

La COVID-19, es una enfermedad infecciosa respiratoria, altamente contagiosa y potencialmente mortal, que rápidamente alcanzó a todo el planeta, sin cura ni vacuna comprobadas a la fecha, que nos obligó a una cuarentena generalizada. Sus consecuencias a todo nivel (salud pública, economía, sociedad, política, cultura, psicología, entre otras) colocan este evento al mismo nivel de las Guerras Mundiales del siglo XX . (López-Cañón, LM.1 y Pérez-Acosta, A. M. 2020, p 21).

El término cuarentena (en el ámbito de la salud) se define como el aislamiento preventivo a que se somete durante un período de tiempo, por razones sanitarias, a personas y animales. En la actual pandemia de la COVID-19 se trata de la principal medida de salud pública que se ha adoptado globalmente para contener o decelerar la expansión del nuevo coronavirus. En mayor o menor medida, los países afectados (casi todos los existentes), han decidido e impuesto esta medida a sus respectivas poblaciones"(López-Cañón, LM. y Pérez-Acosta, A. M. 2020, p 21).

En la investigación realizada en Paraguay con el objetivo de evaluar la prevalencia de sintomatología asociada a problemas de salud mental (ansiedad, depresión, insomnio, distrés y fatiga por compasión) a que se ha visto sometido el equipo de salud que atienden pacientes con la COVID-19, se constato que "uno de cada tres participantes reportó síntomas moderados o severos de depresión, ansiedad, insomnio y distrés. Dos de cada tres evaluados reportó síntomas moderados o severos de fatiga por compasión. (Samaniego; Urzúa; Buenahora & Vera-Villaruel. 2020, p 14).

Con relación a lo anteriormente expuesto, especialistas de Ecuador y Cuba, realizaron una sistematización teórica de toda la información sobre la COVID-19, constando que el personal de la salud es el segmento de población que genera mayores expectativas, lo que ha incrementado el nivel de responsabilidad y el despliegue individual y colectivo de fortalezas ante la adversidad; sin embargo, no solo son los más expuestos al contagio, sino

los depositarios del dolor y el sufrimiento de los pacientes y por tanto, desde el punto de vista psicológico, son más vulnerables. (Gutiérrez ; Cruz ; Zaldivar. 2020, p 4).

Morales-López, E P. (2020) en México, plantea en su investigación las líneas de acción que los psicólogos pueden desarrollar para el bienestar de los profesionales de la salud. Dentro de estas acciones se señalan "la terapia cognitivo-conductual, como una excelente herramienta de intervención, buscar temas como detención de pensamiento y aplicaciones que le ayuden a meditar y relajarse, buscar información sobre higiene del sueño. Finalmente, es muy importante generar redes de apoyo". (Morales-López, E P. 2020, p 61).

En Argentina el investigador Alonso, M. (2020) señala que se afecta el estado emocional al estar aislados, con menos recursos, con menos contactos, menos estímulos y posibilidades de canalizar necesidades, gustos, etc. Es un estrés adicional al del miedo a enfermarse, porque además hay pérdida de actividades importantes, de trabajo, de ingresos, de estímulos, de oportunidades, de proyectos. Puede haber enojo por lo que se considere injusto, por la situación, o en relación con otros que son negligentes, etc. (Alonso, M. 2020, p 42).

Igualmente el investigador argentino Roselli, N. (2020) considera que el stress y las condiciones psicológicas anormales influyen directamente en el sistema inmunológico. La medicina psicosomática ha demostrado sobradamente que el enfermarse, el curarse o sobrellevar mejores patologías orgánicas (incluida las infecciosas) depende mucho del estilo de afrontamiento, del grado de resiliencia, de la autoestima, de las actitudes positivas. Como medida profiláctica, el aislamiento extremo y la parálisis social no son inocuas desde el punto de vista sanitario, y puede ser peor el remedio que la enfermedad. Por supuesto, esto no implica que no sea necesario recurrir a él para disminuir la circulación viral en una coyuntura, pero debe ser administrado adecuadamente hay que decir que toda toma de decisiones debe estar basada en datos confiables. (Roselli, N. 2020, p 48).

Es meritoria la labor desempeñada de forma voluntaria por los psicólogos brasileños, argumento expuesto por la investigadora Carneiro da Cunha, C. (2020). Esta autora describe como se está trabajando para prevenir enfermedades mentales y aliviar los síntomas emocionales derivados del miedo a la infección por Covid-19, el aislamiento social y la pérdida de seres queridos... evaluó que era necesario revisar el modelo de desempeño acción en la que predominará el modelo de Grupos de Apoyo Terapéutico on line, aunque se mantiene la atención individual para situaciones específicas. (Carneiro da Cunha, C. 2020, p 53).

Por otro lado Bregman, C y Vega, E. (2020) plantean que la pandemia de COVID-19 nos enfrenta a desafíos psicológicos sin precedentes, pues para mitigar el distanciamiento físico se requiere favorecer la comunicación funcional entre el niño y su familia. Comunicación dirigida a establecer una relación afectiva emocional positiva que le permitan reacciones adecuadas de protección, cuidado y responsabilidad frente a la situación actual.

En dependencia de la comunicación y las relaciones que desempeñen los miembros de la familia en estos momentos de aislamiento físico, así serán los resultados en la estabilidad emocional de los niños. Por supuesto no podemos negar que este distanciamiento que ocurre a nivel social puede propiciar en el seno familiar ansiedad por la incertidumbre de no saber cuando terminará todo, dando paso al miedo y emociones negativas.

Los especialistas del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, a través de su grupo de trabajo de Urgencias y Emergencias, relacionado con la COVID-19 señalan que debido a la incertidumbre que ocasionan este tipo de situaciones, debemos prestar atención a los cuidados relacionados con la propia prevención de la transmisión, tales como las medidas de higiene, como a aquellos cuidados que tienen que ver con la salud emocional con la finalidad de reducir en la medida de lo posible situaciones de alarma que afecten a la ciudadanía. (Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. 2020, p 1).

Es necesario señalar que en la familia se afecta el estado emocional por estar aislados con menos recursos, con menos contactos, menos estímulos y posibilidades de canalizar necesidades, gustos, etc. Es un estrés adicional al del miedo a enfermarse, porque además hay pérdida de actividades importantes, de trabajo, de ingresos, de estímulos, de oportunidades, de proyectos. Puede haber enojo por lo que se considere injusto, por la situación, o en relación con otros que son negligentes, etc. Es común que las parejas afronten conflictos nuevos por convivir más horas y en las nuevas condiciones no deseadas frustrantes para ambos, así como los padres con los niños sin la escolaridad, o cualquier familia ampliada conviviente pues se ven obligados a enfrentar sin recetas algo nuevo, amenazante, no elegido y estresante. (Alonso, M. 2020, p 42).

Lo anteriormente señalado puede traer como consecuencia que la familia limite la satisfacción de las necesidades psicológicas, afectivas y de aprendizaje de su hijo. En estos tiempos de la COVID-19 se requiere que la familia transmita los valores socialmente aceptados; tales como, la responsabilidad, el autocuidado, las medidas de higiene ante la pandemia. Les toca ahora a la familia cumplir su función educativa, de continuidad de los estudios que en estos momentos se realiza a distancia, con la utilización de orientaciones docentes televisivas en Cuba y en otros países utilizando internet.

Es por ello que los profesionales de la educación han jugado un rol protagónico en la implementación y sostenibilidad de diferentes modalidades y actividades educativas por televisión (conocidas como “TeleClases”). Igualmente, apoyos de videos educativos, software, etc., cuyo líder nacional es la Empresa de Informática y Medios Audiovisuales (Cinesoft). (Lorenzo, A. 2020, p 66). Pero a pesar de los esfuerzos que se realiza desde el estado, la función educativa en tiempos de la COVID-19 necesita de una orientación familiar, vía importante para garantizar el desarrollo psicológico adecuado de los niños y su familia, se requiere de acciones de orientación familiar.

La pandemia de COVID-19 enfrenta a la familia a desafíos sin precedentes, por supuesto las capacidades psicológicas y las formas de relación se ven afectadas. Se constata que en ocasiones los problemas psicológicos se manifiestan, frecuentemente, mediante síntomas somáticos (insomnio, taquicardia, cefalea, etc.) pues, los estados emocionales y afectivos producen reacciones fisiológicas que pueden generar problemas psicosomáticos.

Esta situación de emergencia afecta el estado emocional, el estar aislados, con menos recursos, con menos contactos, menos estímulos y posibilidades de canalizar necesidades, gustos, etc. Es un estrés adicional al del miedo a enfermarse, porque además hay pérdida de actividades importantes, de trabajo, de ingresos, de estímulos, de oportunidades, de proyectos. Puede haber enojo por lo que se considere injusto, por la situación, o en relación con otros que son negligentes, etc. (Alonso, M. 2020, p 42).

Para mitigar los efectos de este distanciamiento físico se requiere favorecer la comunicación funcional entre el niño y su familia que le permitan un bienestar psicológico. Asumimos lo planteado por Peña, I. (2020) quien plantea que el bienestar psicológico tiene que ver con las creencias expectativas, empoderamiento y el estar rodeado de un contexto de tranquilidad y esperanza. El bienestar, depende de uno mismo, y de las condiciones ambientales. Consideramos que para ello se requiere de una comunicación dirigida a establecer una relación afectiva emocional positiva que le permitan reacciones adecuadas de protección, autocuidado y responsabilidad frente a la situación actual.

Es necesario señalar que el bienestar físico, emocional y de la salud humana es la situación de equilibrio, que el individuo establece consigo mismo y con todo aquello que le rodea, y esto ocurre por su capacidad de autocuidado. El bienestar siempre depende de nosotros mismos, en la medida que asumimos una conducta responsable de autocuidado.

Según la Organización Mundial de la Salud el autocuidado es nuestra actitud, habilidad y destreza para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades; y cuando se padece una de ellas, adoptar el estilo

de vida más adecuado para frenar su evolución. Es por ello que ante esta pandemia hemos cambiado nuestro estilo de vida, quedándonos todos en casa, para frenar la evolución de la COVID -19.

Se requiere ante la COVID-19 tomar la decisión de cumplir con las medidas orientadas de autocuidado ante una enfermedad sin precedente. Estas acciones de autocuidado orientadas hacia el cumplimiento de las medidas higiénicas y de aislamiento físico nos posibilita visualizar mejor las metas para enfocarnos y concentrarnos en lo que se está haciendo, dirigido a evitar la propagación de la enfermedad, el bienestar físico y emocional de todas las personas.

Para este logro se requiere de una actividad volitiva, de la toma de conciencia, dirigida a decidir cómo realizar acciones de autocuidado. Actualmente las acciones están centradas en: el aislamiento físico, mantener una extrema higiene (el lavado de las manos, desinfección de superficies y otras), y el uso de nasobuco, es así y no de otra manera que vamos a erradicar la pandemia, hay que actuar con disciplina, perseverancia y responsabilidad.

¿Cuáles pudieran ser las conductas de autocuidado a seguir en estos momentos?

Asumimos lo planteado por González, P. I. (2020) quien recomienda las siguientes .

- Infórmate de la situación, pero no te satures.
- Si trabajas desde casa, mantén un equilibrio entre el trabajo y el descanso.
- Cuida tu alimentación y tus hábitos de sueño.
- Ejercítate, realiza ejercicios de relajación y practica juegos en familia.
- Mantén una actitud fraterna, serena y amable, tanto con tu familia como con los demás.
- Escucha música tranquila, positiva y agradable.
- Conversa sobre temas positivos, que animen, alegren y alimenten tu mente.
- Resalta lo constructivo y lo favorable, de las personas y situaciones.

- A muchas personas les ayuda leer ya sea artículos científicos, libros de autoayuda, novelas o poesía, elige lo que tu prefieras.
- También puedes ver películas.
- Escribe tus pensamientos o sentimientos; también puedes escribir poemas, cuentos, etc. lo importante es que te puedas expresar. Eso te ayudará a comprender y a superar la situación crítica.
- Dale rienda suelta a tu creatividad. Grandes cosas surgen a partir de las dificultades, puedes crear muchísimas cosas, ¡deja volar tu imaginación!
- Obsérvate y aprende de ti. Reconócete, pregúntate qué sientes, qué te atemoriza, qué descubres de tí frente a esta situación y sobre todo respóndete honestamente y sin miedo.
- Reconoce tus recursos personales, que son, los aspectos con los que cuentas y de los cuales obtienes beneficios, estos te ayudan a enfrentar los conflictos. Son aprendidos; se pueden desarrollar, por ejemplo: Capacidades, habilidades, hábitos, conocimientos, rasgos de personalidad, sentimientos, etc.
- Si sientes que esta pandemia te desborda, pide ayuda. Recuerda que la crisis es temporal y que todo esto pasará". (González, P. I. 2020, p 12).

¿Cómo orientar a la familia en las condiciones que impone el COVID-19?

La experiencia cubana de acompañar a las familias en las nuevas condiciones que impone el COVID-19, se realizó a partir del diseño de Grupos de Ayuda Psicológica a distancia, por vía telefónica e internet. Las actividades realizadas en los grupos estuvieron dirigidas al establecimiento de un espacio de interacción, socialización y retroalimentación, con el objetivo de favorecer el bienestar físico y emocional de todas las personas. Esta experiencia se apoyo de los resultados obtenidos en las investigaciones ante situaciones de desastres y emergencia.

Con relación a lo anteriormente planteado la investigadora cubana Losada, P. (2004) señala la importancia de "los beneficios de la primera ayuda psicológica afirma que una intervención adecuada. Repercute en el personal interviniente facilitando la noción de control de la situación y, por lo tanto, el control de sus propias reacciones". (Losada, P. 2004, p).

Con relación a lo anteriormente planteado la investigadora cubana Losada Fernández, P. (2004) señala la importancia de "os beneficios de la primera ayuda psicológica, afirma que una intervención adecuada:

- Tiene una influencia positiva sobre las reacciones psíquicas de las víctimas, ayudándolas a recuperar el equilibrio roto por la situación que están viviendo.
- Favorece la resolución de las secuelas que quedan después del acontecimiento traumático.
- Repercute en el personal interviniente facilitando la noción de control de la situación y, por lo tanto, el control de sus propias reacciones. (Losada Fernández, P. 2004, p 2).

La Organización Panamericana de la Salud (2006) en su manual de guías prácticas ante situaciones de desastres y emergencias señala que las víctimas, usualmente, no tienen la necesidad sentida de apoyo psicológico, no aceptan sufrir de una enfermedad mental y no demandan los servicios de salud mental, por el estigma sociocultural que esto significa. Por lo tanto, puede ser útil divulgar, por todos los medios posibles y usando los recursos de la comunidad, que existen alternativas de ofertas de ayuda para superar las dificultades emocionales. (Organización Panamericana de la Salud, 2006, p 44).

Señala además esta organización la importancia de la atención psicosocial, atención más individualizada y especializada en los casos más complicados. La atención psicológica debe brindar seguridad y afecto, que facilitar la construcción de sentimientos, confianza en sí mismo que les permita construir un proyecto de vida optimista.

Lorenzo, A. (2017) investigador cubano en el área de los desastres y emergencias. considera la importancia de la Psicología en los desastres, señala que se ha demostrado que es de primordial importancia prestar asistencia inmediata tanto a las víctimas, como a los propios socorristas y hasta los responsables de las gestiones de asistencia y de garantizar el apoyo a largo plazo para ciertas comunidades de damnificados". (Lorenzo Ruiz, A. 2017, p 3).

Para lograr lo anteriormente planteado el especialista Lorenzo, A. (2017), señala que el psicólogo requiere de un nivel de preparación y otros recursos de personalidad que garanticen su accionar ante los desastres y emergencia. Señala que este especialista debe poseer un conjunto de conocimientos, que le permitan la activación, disposición y estabilidad psicológica que garanticen el éxito de las acciones durante las situaciones críticas, difíciles, complejas y peligrosas que va a enfrentar.

Al encontrarnos frente a una persona en situación de emergencia debemos siempre tener en cuenta, que en ese momento se sienten incapaces de salir de la situación traumática por sí mismas, es por esta razón que nosotros nos encontramos allí. El trato debe ser firme y respetuoso, por la pérdida que vive (entiéndase por pérdida todas las variantes aplicables al término. Por ejemplo; humanas, afectivas, emocionales, materiales, etc.), y porque la persona depende de nuestro accionar. (Núñez, D. 2018, p 8).

Desde el punto de vista metodológico se señala por Lorenzo Ruiz, A. (2020) que ante la presencia de la COVID-19 en Cuba se hace necesaria la implementación de un protocolo de actuación, con alcance nacional, que contribuya a su prevención, control, al mejor manejo de los casos, así como a la protección de los trabajadores de la salud y de la población, se señala la utilización de la Tele Psicología, varios proyectos de acompañamiento psicológico y social a distancia. (Lorenzo Ruiz, A. 2020, p 66).

El acompañamiento psicológico y social a distancia a partir de los Psicogrupos WhatsApp garantizan la orientación psicológica para un mejor proceso de afrontamiento a

la pandemia de la COVID-19. Para ello se trabaja con varios grupos poblacionales (jóvenes, personas en la adultez media, personas mayores), pero también con temáticas de mucho significado psicosocial (familia y migraciones, por ejemplo). En ocasiones, emergen temas pertinentes pero que son anteriores o no directamente relacionados con la situación epidemiológica. A estos, se les intenta dar respuesta, pero el foco del trabajo se centra de nuevo en la tarea. El fin último de este servicio es la orientación psicológica a la población. (Psico Grupo WhatsApp, 2020, p 1).

Los resultados obtenidos en la experiencia cubana del uso de la plataforma WhatsApp como medio de interacción, les permitieron evidenciar algunas consideraciones, que por su importancia a continuación se van a referenciar:

- En condiciones de la pandemia, y con un llamado a mantener un *aislamiento social*, o *aislamiento sanitario*, WhatsApp da la posibilidad de estar conectados sin salir de casa. Esto dado la circunstancia referida, es de suma importancia.
- Es una plataforma de trabajo de bajo costo, ya que se puede operar en ella limitándose a la producción de textos (las conferencias de video son altamente consumidoras de datos, y en este sentido más costosas).
- Al mismo tiempo, ofrece una variedad de recursos expresivos (imágenes, *emojis*, *emoticones*, *stickers*, *gif*, etcétera), así como el intercambio de fotos, videos, documentos, mensajes de voz, etcétera de manera inmediata.
- Se puede acceder a él muy fácilmente desde un dispositivo móvil, desde un teléfono. De modo que permite la movilidad de los participantes, no implica que estén en un lugar predeterminado, pudiendo participar en el grupo desde su casa, su trabajo, o cualquier otro lugar.
- Se pueden conformar grupos, ciertamente con cupos limitados, pero el volumen es significativo (256 personas). Otras aplicaciones, como *Telegram*, admiten miles de sujetos, pero tal vez estas cifras son impracticables para el trabajo grupal. Junto a esto es bueno

señalar, que cada vez que se produce, por cualquier razón, una salida de un grupo, esta puede ser cubierta por un nuevo sujeto.

- Las personas pueden sumarse directamente a los grupos, así como darse de baja si lo desean. El vínculo es voluntario.
- Como en los grupos presenciales, todas las intervenciones de los participantes son visibles para todos, son recuperables, y admiten que el coordinador envíe mensajes por interno.
- Los registros escritos de las sesiones quedan disponibles, por lo que pueden ser revisados, sistematizados posteriormente, tanto por los coordinadores, como por los participantes.
- Según informaciones y observaciones empíricas es la red social de mensajería instantánea por excelencia, la más utilizada con independencia relativa de los grupos etarios. (Psico Grupo WhatsApp, 2020, p 1). Consideramos importante señalar que en la orientación familiar a distancia hacer uso del privado, pues este intercambio permite una atención más individualizada.

Asumimos, en la orientación familiar lo señalado por Núñez, D. (2020) ante esta emergencia, relacionado con las intervenciones breves y rápidas que ofrezcan resultados, ante una demanda social que se va incrementando día a día, es por ello que se considera como muy adecuada la utilización de las redes sociales. Se requiere auxiliar a la familia, para que de inmediato afronte la crisis por la pandemia de la COVID-19, restablezca su control sobre sus sentimientos y emociones para enfrentar la realidad y restablecer sus funciones como primer contexto de socialización y de satisfacción de necesidades materiales y espirituales de los niños.

Esta orientación familiar debe cumplir los objetivos establecidos en los Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales señalados por Cafarelli, F. R. (2020). Estos son:

- Ofrecer recursos posibles para que la familia reconozca sus potencialidades y las ponga en marcha.

- Brindar orientaciones dirigidas a la prevención, autocuidado, protección y seguridad, así como también aliviar inmediatamente o a corto plazo, síntomas de estrés, previniendo de este modo la aparición de futuras reacciones emocionales negativas.
- Dar apoyo a la familia en el aquí y ahora, para permitir aliviar su desorganización emocional, ya que su ansiedad no permanecerá estática sino, muy por el contrario, dada la tensión por la crisis se encontrará en constante cambio.
- Brindar consuelo, empatía y cariño para ello se puede utilizar los recursos que brindan las redes sociales.

Se asume en este proceso de orientación familiar en condiciones de la COVID-19, los principios básicos para la atención a personas en estado de perturbación emocional, señalados por Núñez, D. (2020) Estos son:

1. Protección. Lo fundamental en la orientación es que la familia se sienta acompañada y protegida en esta en situación crítica.
2. Contacto. Es conveniente proporcionar un espacio cómodo que en las actuales circunstancias es a distancia (redes de internet o la vía telefónica) para comenzar a hablar de lo sucedido. Se debe comenzar con preguntas concretas mediante el lenguaje cognitivo para poder procesar y establecer las acciones de orientación a realizar.
3. Aceptar sin juzgar los sentimientos. Poner la atención a lo ocurrido en el seno familiar, sin emitir opinión de culpas o juzgamientos, dándole importancia por lo que siente sin intentar dirigir sus emociones. Transmitir que no hay emociones malas, ni buena lo importante es aceptarlas.
4. Aceptar nuestras limitaciones y la imposibilidad de resolver todo en el momento. Ser conscientes de nuestros propios límites, no pretendamos hacer de todo. Conocer que estamos viviendo en pandemia y poseemos limitaciones, para realizar un trabajo consciente y eficaz. Si tenemos dudas respecto a nuestras emociones, lo más conveniente y sincero, será

saber que estamos limitados para ayudar a alguien que está pasando por algo similar a lo que nos sucede.

5. Evaluar capacidades de la persona o grupo. Se requiere de tiempo para obtener información acerca de la familia y del estado emocional de sus miembros

(crisis, estado de pánico, ansiedad, miedo, etc), y cómo está procesando la situación de la COVID-19. Las entrevistas de búsqueda de información y orientación deben ir dirigida a identificar cuál es la preocupación de la familia y lo más importante que ayudemos a afrontar activamente el momento.

6. Brindar opciones. Ante esta situación de pandemia a la familia, le es muy difícil la búsqueda de alternativas o redes de apoyo que la ayude a salir de la crisis en la que se encuentra. Desde el sistema social con sus agencias y agentes debe brindarle la posibilidad de confeccionar una lista de opciones.

7. Acciones concretas y estimulantes. Una vez que la familia tenga consciencia y acepte el el momento que vive, es importante desde los recursos que posea en el presente, estimularla, motivarla, para que realice acciones de autocuidado, regulación emocional, actúe de forma responsable en el cumplimiento de las medidas higiénicas o hable sobre sus expectativas

8. Ofrecer información. Un recurso que podemos ofrecer a la persona es el de la información; acerca de la disponibilidad de recursos que pudiera necesitar, ya que el momento de la intervención pasará, pero la crisis en la persona puede perdurar aún un tiempo.

Es necesario señalar que la autora de este capítulo incluyó los objetivos anteriormente expuestos y los principios en la orientación familiar desde el Grupo de Ayuda Psicológica en el que participa. Constató; a través del método testimonio, como las orientaciones a la familia dirigida a la comunicación, responsabilidad, la formación de habilidades y hábitos de autocuidado han posibilitado el bienestar físico y emocional. Señalan que han desarrollado actitudes de desarrollo personal e interpersonal, para cuidarse mejor y lograr su bienestar físico y emocional.

Podemos concluir que la sistematización teórica realizada a los resultados de las investigaciones sobre la COVID 19, nos permitió conocer que se requiere de la toma de conciencia y aceptación de que a mayor percepción del riesgo será menor el impacto y las consecuencias psicológicas. Toma de conciencia dirigida a mantener una conducta responsable individual y colectiva hacia el cumplimiento de todas las normas de seguridad impuestas por los Ministerios de la Salud de cada país.

Esto demanda con urgencia a los especialistas la búsqueda de acciones; en virtud del bienestar psicológico, la estabilidad emocional y la salud humana. Acciones dirigidas a orientar el autocuidado. Entendidas estas, como todas las que una persona realiza para promover el propio bienestar físico, mental y emocional, es parte esencial para una vida sana y plena, sobre todo porque las principales enfermedades de hoy, son prevenibles con cambios de estilo de vida.

Referencias bibliográficas

1. ALONSO, M. (2020) Psicología y psicoterapia en nuevos tiempos de crisis. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Argentina. SIP Bulletin. Número Especial COVID-19. Mayo 2020.
2. ARÉS, MUZIO, P. (1990). Mi familia es así. La Habana: Editorial. Ciencias Sociales.
3. _____ (2020). Familias y adultos mayores en Cuba. Revista Temas 100 101Inscrita en el Sistema de Publicaciones Seriadadas Científico-Tecnológicas, del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medioambiente (CITMA). Octubre 2019 a marzo 2020 18 -26.
4. Nuñez D. (2020). Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales. Núñez.D, (Eds.) Psicología de la emergencia(pp.101-109). Diseño de tapa by PURPLE HAZE. Venezuela

5. CARNEIRO DA CUNHA, C. (2020) La Psicología de la UERJ haciendo la diferencia en la pandemia de Covid-19. Instituto de Psicología. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil.SIP Bulletin. Número Especial COVID-19. Mayo 2020.
6. CUADERNO DE ESTRATEGIAS 203. (2020). Emergencia pandémicas en un mundo globalizado: Amenaza a la seguridad. Instituto español de estudios estratégicos. Disponible en: <http://cpage.mgr.gob.es> 14 mayo 2020.
7. SEGURIDAD PSICOLOGICA EN EL PERSONAL DE LA SALUD EN SITUACIÓN DE PANDEMIA POR COVID-19. Experiencia cubana Grupo de Atención Psicológica a Distancia para Profesionales de la Salud*. Holguín, Cuba. Revista Iberoamericana de Psicología . Vol 54, No 1 (2020). 17 de mayo.
8. GONZÁLEZ, P. I. (2020) Pequeño manual para entender y afrontar la crisis. Guadalajara, Jal. Mexico.
9. HERMOSILLA, A M. y FILIPPI VILLAR, J. (2020) Programa Integral de Orientación y Acompañamiento en el Cuidado Colectivo frente al Covid-19 Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina. SIP Bulletin. Número Especial COVID-19. Mayo 2020.
10. LORENZO RUIZ, A. (2020). Orientaciones para el adecuado manejo de los aspectos psicológicos y sociales en emergencias y desastres. Disponible en: www.sld.cu-sitio/desastre.14-5-2020.
11. _____(2020). Experiencias de trabajo de la Psicología Cubana ante Covid-19. Facultad Psicología. Universidad de La Habana. Cuba.SIP Bulletin. Número Especial COVID-19. Mayo 2020.
12. NÚÑEZ, D. (2018) Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales. Intervenciones junto a diferentes víctimas. Facebook: Diego Nuñez Primeros Auxilio Psicológicos Emocionales.

13. NÚÑEZ, D. (2020). Psicología de la emergencia. Núñez D., Psicología de la emergencia(pp.123-161).Diseño de tapa by PURPLE HAZE. Venezuela.
14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2016). Autocuidado, su valor y 3 claves para practicarlo. Disponible en: <https://www.womenalla.com.blogs>. 21-8-2020.
15. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA E LA SALUD. (2006). Guía práctica de salud mental en desastres. Serie manuales y guías sobre desastres. Washington. Estados Unidos de América.
16. PEÑA, I. (2020). El valor y la responsabilidad de ser padres. Disponible en: <https://www.la habana./nacionales/5364>. 21-8-2020.
17. PSICO GRUPOS WhatsApp. (2020). Orientaciones psicologicas en Grupo WhatsApp. Sección de Orientación psicológica. Sociedad cubana de Psicología. Revista Integración Académica en Psicología, Volumen 8. Número 22. Enero - Abril 2020, Cuba.
18. ZURITA, C. R. (2020) Manejos psicológicos para la adaptación escolar en tiempos de Covid-19 Disponible en: <https://www.la habana./nacionales/4950>. 20-9-2020.
19. _____Expectativas e intereses en tiempos de Covid -19. Disponible en: <https://www.la habana./nacionales/4960>. 21-9-2020.

La editorial In Vivo agradece la alianza para difundir la ciencia y el conocimiento relacionado con este momento tan único para la humanidad, la pandemia del Covid 19.

Solo la ciencia salva vidas, no tiene sentido negarlo.

Mis más cordiales saludos a todos los investigadores involucrados en este trabajo.

Prof. Dr. Everton Nogueira Silva

Editor Chefe / Editor en Jefe / Editor-in-Chief



EDITORA

IN VIVO

ACESSE:

www.editorainvivo.com

Juntos Somos +