

2026

Banderas Verdes y Banderas Rojas

en la Psicología de la Emergencia

Buenas prácticas y señales de alerta en la Psicología de la Emergencia
durante la intervención en emergencias y desastres



Dirección: **Diego Nuñez**



**BANDERAS VERDES Y BANDERAS ROJAS
EN LA PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA**

**Buenas prácticas y señales de alerta en la Psicología de la Emergencia
durante la intervención en emergencias y desastres**

Dirección: Diego Nuñez
@diegopsicologodelcaos



www.fipe-ifep.org

International Federation of Emergency Psychology
Federación Internacional de Psicología de la Emergencia



2026



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

Editora Executiva

Profa. Dra. Juliana Paula Martins Alves

Editor Adjunto

Dr. Luís de França Camboim Neto

1 CIÊNCIAS AGRÁRIAS

- Dr. Aderson Martins Viana Neto
- Dra. Ana Paula Bezerra de Araújo
- Dr. Arnaldo Pereira da Silva
- Dr. Aureliano de Albuquerque Ribeiro
- Dr. Cristian Epifanio de Toledo
- MSc. Edson Rômulo de Sousa Santos
- Dra. Elivânia Maria Sousa Nascimento
- Dr. Fágner Cavalcante P. dos Santos
- MSc. Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti
- Dra. Filomena Nádia Rodrigues Bezerra
- Dr. José Bruno Rego de Mesquita
- Dr. Kleiton Rocha Saraiva
- Dra. Lina Raquel Santos Araújo
- Dr. Luiz Carlos Guerreiro Chaves
- Dr. Luís de França Camboim Neto
- MSc. Maria Emília Bezerra de Araújo
- MSc. Yuri Lopes Silva

2 CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

- Dra. Antônia Moemia Lúcia Rodrigues Portela
- Dr. David Silva Nogueira
- Dr. Diego Lisboa Rios

3 CIÊNCIAS DA SAÚDE

- Dra. Ana Luiza Malhado Cazaux de Souza Velho
- Msc. Cibelle Mara Pereira de Freitas
- MSc. Fabio José Antônio da Silva
- Dr. Isaac Neto Goes Silva
- Dra. Maria Verônica Coelho Melo
- Dra. Paula Bittencourt Vago
- MSc. Paulo Abílio Varella Lisboa
- Dra. Vanessa Porto Machado
- Dr. Victor Hugo Vieira Rodrigues

4 CIÊNCIAS HUMANAS

- Dra. Alessandra Maria Sousa Silva
- Dr. Francisco Brandão Aguiar
- MSc. Juliana Alves Sales
- Dra. Solange Pereira do Nascimento

5 CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

- Dr. Cícero Francisco de Lima
- MSc. Erivelton de Souza Nunes
- DR. Janaildo Soares de Sousa
- MSc. Karine Moreira Gomes Sales
- Dra. Maria de Jesus Gomes de Lima
- MSc. Maria Rosa Dionísio Almeida
- MSc. Marisa Guilherme da Frota
- Msc. Silvia Patrícia da Silva Duarte
- MSc. Tássia Roberta Mota da Silva Castro

6 CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA

- MSc. Francisco Odécio Sales
- Dra. Irvila Ricarte de Oliveira Maia
- Dra. Cleoni Virginio da Silveira

7 ENGENHARIAS

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

9 LINGÜÍSTICA, LETRAS E ARTES.

- MSc. Kamila Freire de Oliveira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - CIP

- N972b Nuñez, Diego. (Org.).
Banderas verdes y banderas rojas en la psicología de la emergencia: buenas prácticas y señales de alerta en la psicología de la emergencia durante la intervención en emergencias y desastres = Green flags and red flags in emergency psychology: good practices and warning signs during psychological intervention in emergencies and disasters. [livro eletrônico]. / Diego Nuñez (Organizador). - Fortaleza: Editora In Vivo, 2026.
425 p.
Inclui textos em espanhol e inglês.

Bibliografia.
ISBN: 978-65-87959-91-7
DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7

1. Psicologia. 2. Psicologia de emergência. 3. Psicologia aplicada. 4. Saúde mental. I. Título. II. Nuñez, Diego.

CDD 158

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

Marco Ético y Legal

La *International Federation of Emergency Psychology – Federació Internacional de Psicologia de la Emergència*, informa que no se responsabiliza por las opiniones, afirmaciones, interpretaciones ni expresiones vertidas por los autores y autoras de los capítulos que integran esta obra. Las ideas aquí expuestas son de exclusiva responsabilidad de quienes las manifiestan y no reflejan necesariamente la postura institucional de esta *International Federation of Emergency Psychology - Federació Internacional de Psicologia de la Emergència*.

Asimismo, la *International Federation of Emergency Psychology - Federació Internacional de Psicologia de la Emergència*, mantiene una posición neutral frente a agrupaciones políticas, corrientes científicas o filosóficas, y sistemas de creencias religiosas. Su accionar se rige por el respeto irrestricto a los principios del secreto profesional, el compromiso con el rigor científico, el respeto por los derechos humanos y la defensa de la confidencialidad en el tratamiento de datos e información sensible de personas e instituciones.

Se establece como prioridad la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, en concordancia con los tratados internacionales vigentes y las normativas locales, provinciales/estatales y nacionales aplicables. Esta *International Federation of Emergency Psychology - Federació Internacional de Psicologia de la Emergència*, reafirma su compromiso ético con la práctica responsable de la psicología en contextos de emergencia, promoviendo estándares que garanticen la integridad, la dignidad y la seguridad de todas las personas involucradas.

Este libro contiene material en diferentes idiomas.

This book contains material in different languages.

Agradecimientos / Acknowledgements

Everton Nogueira Director Editora IN VVIVO - Brasil y Juliana Martins, Nira Kaplansky, Vera Fogwill, Merlina Nuñez Corrado "siempre", Tatiana Schapiro, Alberto Trimboli Pte. Asociación Argentina de Salud Mental - AASM, Fanny Kohon Directora del Programa HOSEN + equipo y a toda la cálida y bella gente de la AMIA, Ciudad de Buenos Aires – Argentina, Mooli Lahad Director of the Institute of Dramatherapy, and president of the CSPC - The International Stress Prevention Centre Israel, Lorena Salthu Decana Facultad Internacional de Psicología y Psicoanálisis Lalangue de Francia - FIPP, Guillermo Tanos Rector Universidad Salesiana de Bahía Blanca, Ana Cecilia Espinoza Directora Universidad Paulo Freire de Costa Rica & Miami, EE.UU, Miguel Steuermann Director Radio JAI, Ciudad de Buenos Aires - Argentina Tte. Cnel. Edir Paixao de Sousa - Brasil, Sissi Grisbowzky y Margareth Hurtado Directora Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia, María Teresa Almada Pta. y Elda Agarie Colegio de Psicólogos Dist. 12 Quilmes, Zulema Yunis Decana Facultad de Ciencias Sociales y Alba Picardi Decana Facultad de Psicología de la Universidad Salesiana de Bahía Blanca - UNISAL, Eugenia Ghiotto Directora Universidad Nacional del Delta - UNDelta, Robert Mazzoni, Instituto Universitario Vucetich - IUV, Superintendencia de Seguridad Siniestral del Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires, Bomberos Voluntarios de Merlo Provincia de San Luis, Bombeiros Militares do Ceará – Fortaleza, Brasil y a todas/os las/os representantes internacionales de Federación Internacional de Psicología de la Emergencia FIPE - IFEP diseminadas/os por los diferentes países, autoras y autores que participan de esta obra con sus capítulos y a las amadas familias y personas queridas de quienes participamos en este libro. Siempre gracias ! Este libro no hubiera sido posible sin el aporte, compañerismo y experiencia de todas las personas que se desempeñan en el ámbito de las emergencias, desastres y seguridad. A todas esas personas heroínas y héroes anónimos, les brindamos nuestro más profundo agradecimiento, dado que desempeñan la cualidad mas elevada del ser humano, cuidar y salvar vidas. Mamá y Papá gracias por mostrarme el caminho!

Diego Nuñez - @diegopsicologodelcaos

Una sociedad se vuelve grande cuando las personas plantan árboles bajo cuya sombra saben que nunca descansarán (anónimo).

Esta es nuestra misión como Federación Internacional de Psicología de Emergencia.

A society becomes great when people plant trees whose shade they know they will never rest under. (anonymous).

This is our mission as the International Federation of Emergency Psychology

PROLOGO

Este es un libro sobre el que vamos a aprender lo que naturalmente todos deberíamos saber: humanidad y dolor. Vamos a reflexionar sobre temáticas urgentes para darnos cuenta cuánto nos falta aún conocer, explicados por los profesionales más destacados que nos llevarán por todos los temas inminentes.

Llego a este valioso proyecto de la mano de Diego Núñez, con quien he colaborado en anteriores proyectos académicos y a quien admiro. Diego Núñez y muchos de los que participan en este libro han salvado vidas, han tenido que ver con la detención de una catástrofe mayor, han prevenido un evento trágico. Son los que yo llamo: **los importantes y los necesarios**. Todos los que escriben sus valiosos artículos en este libro que se plantea como un “Manual de supervivencia” tanto para las víctimas como para los que los cuidan, son fundamentales.

¿Vivimos una vida de emergencia?

Este libro puede verse como referente para los profesionales de la psicología de emergencia o como guía en primeros auxilios emocionales y sociales para todo el mundo. Pero es mucho más. Es un libro que hay que leer y estudiar para conocer lo que a todos nos atañe. Demuestra que todos vivimos en un mundo de emergencias, rodeados o inmersos en algunas de ellas, donde quizá somos víctimas de otras pero de cualquier manera estamos en la urgencia social: lidiando con un mundo herido y roto, que además amenaza sobre sí mismo. Un mundo al que todos padecemos con sufrimientos, que la mayoría anestesiarnos. ¿Y por qué?... Porque hay que seguir. Y en ese seguir, aparecen los problemas: las amenazas, tanto internas del “yo” como externas; la sociedad y las exigencias; las crisis; las catástrofes que eran evitables y las inevitables- de orden natural, para las que podemos estar prevenidos, tener protocolos como no tenerlos y si los tenemos igual no se pueden impedir-.

Vivimos haciendo análisis del mundo en que vivimos. Los expertos dan números, pasamos a ser datos, los eventos de gran magnitud se convierten en fórmulas y la historia se hace a partir de toda esta suma de sucesos con fechas y porcentajes (como las epidemias o las bajas en las guerras por no utilizar la palabra muerte). ¿Sirven los datos?... ¿De qué sirve saber que la sociedad en su mayoría padece síntomas de Burnout si no se detiene la sobreexigencia laboral y emocional sobre la persona?...

En el libro nos encontraremos, entre otros tantos temas, con la mirada específica sobre “El síndrome de Burnout en el Poder judicial”, de la autora Lilia Ana Novillo. Y si ya

sabíamos que el personal de salud pública mundial vive en una epidemia de Burnout, podremos reflexionar sobre todos los otros campos de la sociedad. Todavía los médicos hacen guardias de cuarenta y ocho horas. Por lo cual, seguimos estando en manos de quienes nos cuidan sin tener la posibilidad de cuidarse, algo tan básico como el descanso que parece que hoy es un bien de unos pocos. En el capítulo Un modelo de gestión pública para la reducción de riesgos y de desastres, su autora, Silvia Paola La Ruffa, coloca un subtítulo perfecto: “¿Responder o planificar?”. Y salvo algunos países que son excepciones, no podemos planificar como se debería y a veces, tampoco responder.

El sistema neoliberal y la economía son el gran “trastorno límite” de esta época y de las anteriores y de las que vendrán. Nunca hay suficientes recursos para poder enfrentar un terremoto; ni suficientes para frenar un incendio; ni alcanzan los medios para solventar la hambruna ni las epidemias; ni una persona es suficiente para su propia vida aunque trabaje más de lo posible para pagar las cuentas y llegar a fin de mes. Llamamos a eso vivir, trabajar, ser útil.

Hay que ser útil a un sistema inútil.

Libros como estos nos ayudan a ver cuánta gente está dispuesta a ser útil en sistemas de vida inútiles, donde estamos en un círculo que avanza y retrocede sobre sí mismo y que cada vez más abre nuevas amenazas -sumamos ahora la era digital y sus nuevas problemáticas de conflicto-. Cuántos están enfocados en entender y resolver los problemas, en el bien comunitario. Pero no son filósofos, son personas que trabajan en lo concreto, psicólogos de emergencia: personal de la salud y la sanidad, quienes se dedican a la previsión, prevención, intervención y rehabilitación psicosocial para minimizar en lo posible los efectos psicológicos adversos que pueden aparecer en tales situaciones: nada menos que el dolor y el sufrimiento.

No sé si se pueden frenar las emergencias, tampoco sé si hay una “psicología de emergencia” porque vivimos en un tiempo donde hay que estar preparados a todo pero nunca lo estamos. Los psicólogos sufren como los pacientes y las emergencias pueden incluirnos a todos. En este libro, hay muchos autores para enseñarnos cómo intentar que se sufra menos, que el costo de un daño de cualquier tipo sea menor si sabemos cómo. Y eso, es lo que le da el gran valor y lo hace necesario.

En su capítulo “Del aislamiento del Punto Nemo al renacimiento del Punto Génesis”, Diego Núñez, hace un gran aporte que es la mirada sobre la psicología operativa en emergencias, que como bien subraya: “los modelos tradicionales de intervención han demostrado ser insuficientes ante la complejidad emocional que enfrentan las víctimas de

desastres, crisis y violencia”. Este capítulo propone pensar en que frente a “La sociedad del cansancio”, del filósofo Byung Chul Han, no hay tiempo de una psicología tradicional, tampoco lo hay en la psicología de emergencia porque aparte debe ser “operativa”: funcional. El Punto Nemo como el estado de desconexión emocional y el inicio de la recuperación psíquica como el Punto Génesis, sugiere que hay un posible camino en el aquí ahora. Esto me despierta una pregunta: ¿Acaso la desconexión emocional no es un problema de base de índole mundial? ¿No vivimos así para sobrevivir? Si al episodio catastrófico le sumamos a esa desconexión de base que tiene el individuo de no poder tener una vida de contemplación sino de urgencias -del tiempo que se vive sin tiempo- le sumamos la desconexión de la situación catastrófica, ¿se podrá llegar a un punto de génesis - de recuperación-? O el origen en realidad es antes, en el cotidiano, la desconexión de uno con sí mismo, de unos con los otros y de todos con las situaciones extremas.

¿Es posible volver a la salubridad mental inmersos en un mundo violento? Llamo violento a las violaciones que se hacen permanentemente de la humanidad del ser, donde cada día debemos ser más máquinas que resuelven, que producen, que son eficaces que seres que sienten y viven. Donde el dolor que es innato a nuestra naturaleza no está recibido como natural: debemos erradicarlo, salir rápido de él para ser funcionales: ¿acaso felices?. Este capítulo propone una respuesta en la reconstrucción: el Punto Génesis se activa en colectivo cuando se encuentra un sentido de la vida comunitario, con sus rituales y como ejemplo, entre otros, está lo sucedido con el Pueblo Mapuche en Chile, tras los incendios forestales en la Araucanía que demuestra que es necesario también involucrar lo espiritual, el ser con el sentido cultural identitario y comunitario. Y vuelvo a unirlo a Byung Chul Han, que analiza la pérdida de los rituales como la pérdida del ser por ende del sentido.

Otro de los temas de gran valor es el de los protocolos. Cuánto nos falta de conocimiento de acción, de protocolos por el bien común. Son tan importantes como los primeros auxilios, de los que en general la mayoría tampoco sabemos, como no sabemos sobrevivir ni qué hacer sin lo que ya nos está servido. Y la punta está, en lo que hacen foco muchos de los capítulos: en que es un trabajo en colectivo de la sociedad. Pero si la sociedad se desconoce a sí misma, ¿en qué aspecto se puede pensar en lo colectivo?

¿Por qué la humanidad - en este caso, solidaridad- aparece solamente en los momentos de tragedia colectiva?

¿Estamos dispuestos a renunciar a todo el confort por una vida más saludable con el planeta?

En el capítulo “Autocuidado psicológico en la intervención de emergencias”, su autora, Natalia Lorenzo Ruiz, enseña qué hacer, cómo hacerlo y qué es lo que no se debería hacer y decir para cuidar. No es fácil pero hay una manera de distanciarse del dolor para poder curar el dolor del otro y determina lo importante del trabajo en equipo ya que nadie puede salir de una catástrofe solo. El error humano, se paga caro en trabajos de vida o muerte. También aporta una guía de gran valor en estos sentidos, el capítulo “Clínica postraumática en emergencias y desastres: mapa sensorial del vínculo como herramienta para el abordaje de duelos traumáticos”, de Dagny Alejandra Castañeda Espinoza.

En el capítulo “Atención psicológica en emergencias para personas migrantes” de la autora Elsy C. Acosta, se abren muchas preguntas sobre cómo se aborda al migrante y se dan muchas respuestas de cómo intervenir. Se muestra cómo el que recibe puede hacer un abuso de poder desde el desconocimiento. Y da en la clave: el migrante con su llegada nos está regalando algo que aún no sabemos recibir: “todo lo que tiene para sumar”. Nos encontraremos con un manual de las buenas y malas prácticas, para poder entender qué hacer y qué no hacer en cada caso diferente de tipos de migración y en quién es el que migra, que también debe aplicarse de una manera diferente.

En el capítulo “Errores y aciertos en los Primeros Auxilios Psicológicos: formación de voluntarios durante la guerra en Ucrania”, su autora Melinda Endrefy, expresa con enorme sabiduría y experiencia todo lo que debemos evitar al abordar a las víctimas y la gran necesidad de formar a los voluntarios que a veces tienen menor capacidad de resiliencia que los damnificados en la guerra y a pesar de que “los orígenes de los PAP se remontan a contextos de posguerra y desastres del siglo XX, cuando las organizaciones humanitarias comenzaron a reconocer que el apoyo inmediato y empático podía influir significativamente en la recuperación de los sobrevivientes” todavía -y se demuestra con ejemplos-, hay mucho para aprender. Y parecería que lo que falta aún es lo más básico: escuchar.

En el capítulo “Mucho por hacer: Infancias y adolescencias en riesgo algorítmico: datos, gobernanza y violencias digitales” de Fernanda Spinuzza, nos enfrentamos a que lo que veíamos en datos, se convierte en algoritmos e información. La violencia de lo ausente pero presente. La violencia que no vemos pero que está, que se recibe igual, que duele igual, que daña igual pero que las normativas vigentes son muy débiles ante el daño irreparable. Y se suma, que internet es global y las leyes del acosador y víctima pueden caer en jurisprudencias y países diferentes. Esto lo hace un rompecabezas que se va complicando cada día más donde Fernanda Spinuzza nos previene y alerta.

“Riesgos de desinformación en situaciones de emergencia” de Clara Isabel Vélez Rincón, nos alerta ante el manejo de la información y los protocolos de cómo no entrar en las conspiraciones, los bulos y también en las fallas de los estados de alerta. Tener acceso a la información al instante a veces no simplifica la situación sino que la amplifica con más conflictos en esta era de la infocracia pero donde hay que tener mucho cuidado antes de despararramar la noticia (por si carece de verdad) y en la fuente. Y otra vez se habla de la responsabilidad de comunidad por ejercer con seriedad los temas de índole humanitaria y en los estados reforzar la prevención, que muchas veces falla.

En “Buenas prácticas penales en violencia de género en el ámbito doméstico y abuso sexual”, Eugenia Ghiotto, nos hace reflexionar sobre el rol del Estado y el cambio de paradigma para hacer una gran crítica constructiva. El Estado no puede seguir delegando en la víctima la responsabilidad de sostener el límite frente a la violencia sobre todo en los delitos de género donde el agresor es siempre el mismo y la víctima ya ha podido identificarlo en su denuncia.

En “Tenemos que hablar del suicidio, tratamiento psicoterapéutico de crisis suicidas” de la autora Vanesa Carpaneto Sueldo, citando los datos de la “Organización Mundial de la Salud (OMS) que afirma que, el suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años, representando la tercera causa de mortalidad a nivel global (OMS, 2021)”, este capítulo aborda con excelencia, el proceder y la dificultad que necesitan la prevención -ante los anuncios de intento-, la contención y el acompañamiento, con una guía práctica con los consejos de lo que debe hacerse y no debe hacerse. Esta temática, en preocupante crecimiento, también se enfoca en el capítulo “Suicidio desde una perspectiva de género” de María Belén Trindade Pereyra, que basa su estudio en Uruguay, para comprender por qué debe abordarse desde el género, dado que las mujeres doblan en los intentos de suicidio a los hombres.

“Buenas prácticas y señales de alerta en la Psicología de la Emergencia durante la intervención en emergencias y desastres” se consuma, con muchos autores más que los aquí mencionados y miradas de estas temáticas y relacionadas a estas, como un **Vademécum urgente de medicación para el alma**.

Madrid, España; 15 de diciembre de 2025

Vera Fogwill

INTRODUCCION

En este año 2025, período de intensos trabajos de naturaleza intersectorial junto a amigos y amigas de la Federación Internacional de Psicología de las Emergencias, tuve la oportunidad de reencontrarme una vez más con el gran Diego Núñez, presidente de la FIPE-IFPE, en mi ciudad, Fortaleza, Brasil, durante nuestra participación como ponentes en el Congreso Nacional de Bomberos (CONABOM). En esa ocasión, fui nuevamente testigo de su manifiesto amor por el ámbito de la ayuda humanitaria y la promoción de la salud física y mental en beneficio de la sociedad global.

La dedicación de nuestro presidente se expresa principalmente, a mi entender, a través de su capacidad de articulación y de unión de personas provenientes de distintas partes del mundo para alcanzar el objetivo común de poner la ciencia al servicio del bien y de la vida. Este impresionante libro constituye una de esas pruebas vivas del trabajo conjunto articulado por medio de la FIPE-IFPE.

Hoy me siento honrado y profundamente satisfecho de haber recibido la invitación de gran relevancia para escribir la introducción de este libro sobre buenas prácticas y sobre conductas que deben evitarse en el ámbito de la Psicología de las Emergencias y áreas afines. La recopilación de capítulos elaborados por investigadores de diferentes continentes ofrece, en diversas lenguas, un conocimiento extraordinario que, sin lugar a dudas, iluminará caminos y orientará acciones para la aplicación adecuada y provechosa de la Psicología de las Emergencias, generando bienestar y salvando vidas.

Deseo a ustedes, lectoras y lectores de esta obra, que disfruten cada capítulo como si fuera único, porque en verdad lo es. Este libro científico tiene el poder de reunir el conocimiento de investigadores del más alto nivel mundial, quienes aplican la Psicología de las Emergencias mucho más allá de las teorías. Todos los hombres y mujeres valiosos que aquí han escrito sus trabajos han vivido y viven diariamente lo que significa aplicar, en el encuentro con los seres humanos, incluso en las situaciones más críticas y dolorosas, un conocimiento que alivia y prácticas que protegen la vida.

Les deseo una excelente lectura.

Ciudad de Fortaleza, Brasil, 24 de septiembre de 2025.

Respetuosamente,

José Edir Paixão de Sousa

INTRODUÇÃO

Neste ano de 2025, período de muitos trabalhos de natureza intersetorial com amigos e amigas da Federação Internacional de Psicologia das Emergências, tive a oportunidade de encontrar mais uma vez com o grande Diego Nuñez, presidente da FIPE-IFPE, em minha cidade Fortaleza, Brasil, durante nossa apresentação como palestrantes no Congresso Nacional de Bombeiros CONABOM. Nessa ocasião, uma vez mais fui testemunha de seu desvelado amor pela área de ajuda humanitária e promoção de saúde física e mental em benefício da sociedade global.

A dedicação de nosso presidente se expressa principalmente, a meu ver, através de sua articulação e união de pessoas de diferentes lugares do mundo para alcançarem o objetivo comum de utilizar a ciência a serviço a serviço do bem e da vida. Este livro impressionante é uma dessas provas vivas do trabalho conjunto articulado por meio da FIPE-IFPE.

Hoje, encontrei-me honrado e feliz por receber o convite de alta magnitude para escrever a introdução deste livro sobre condutas boas e sobre comportamentos que devem evitados diante da Psicologia das Emergências e áreas afins. A coletânea de capítulos de pesquisadores de diferentes continentes mundiais traz, em diversas línguas, conhecimento extraordinário que, sem sombra de dúvidas, irá iluminar caminhos e orientar ações de aplicação da Psicologia das Emergências de forma adequada e proveitosa produzindo o bem-estar e salvando vidas.

Desejo a você, leitores e leitoras desta obra, que aproveitem cada capítulo como se fossem únicos, porque de fato eles são. Este livro científico tem o poder de unir o conhecimento de pesquisadores do mais nível mundial que usam a Psicologia das Emergências muito além das teorias. Todos os homens e mulheres valorosos que aqui escreveram suas obras, vivenciaram e vivem diariamente o que é aplicar no encontro em seres humanos, mesmo diante das situações mais críticas e dolorosas, o conhecimento que alivia e as práticas que protegem a vida.

Tenham uma excelente leitura.

Cidade de Fortaleza, Brasil. Em 24 de setembro de 2025.

Respeitosamente,

José Edir Paixão de Sousa

Capítulo 1 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-1

UN MODELO DE GESTIÓN PÚBLICA PARA LA REDUCCIÓN DE RIESGOS DE DESASTRES
¿RESPONDER O PLANIFICAR?.....16

Capítulo 2 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-2

A PUBLIC MANAGEMENT MODEL FOR RISK REDUCTION DISASTERS RESPOND OR
PLAN?.....24

Capítulo 3 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-3

PAGRI AS A SYMBOL OF RESILIENCE: A CULTURAL FRAMEWORK FOR CRISIS
INTERVENTION WITH FARMERS IN PUNJAB”.....32

Capítulo 4 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-4

ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EMERGENCIAS PARA PERSONAS MIGRANTES.....54

Capítulo 5 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-5

PSYCHOLOGICAL EMERGENCY CARE FOR MIGRANTS.....73

Capítulo 6 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-6

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM EMERGÊNCIAS PARA PESSOAS MIGRANTES.....83

Capítulo 7 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-7

AUTOCUIDADO PSICOLÓGICO EN LA INTERVENCIÓN DE EMERGENCIAS: BUENAS Y
MALAS PRÁCTICAS. Cuidarse para poder cuidar: claves psicológicas en la intervención de
emergencias 102

Capítulo 8 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-8

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PODER JUDICIAL.....118

Capítulo 9 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-9

DEL AISLAMIENTO DEL PUNTO NEMO AL RENACIMIENTO DEL PUNTO GÉNESIS.
PSICOLOGÍA OPERATIVA EN EMERGENCIAS.....140

Capítulo 10 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-10

FROM THE ISOLATION OF POINT NEMO TO THE REBIRTH OF POINT GENESIS
OPERATIONAL EMERGENCY PSYCHOLOGY.....163

Capítulo 11 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-11

MODELO NAHYPER NEGOCIACIÓN – APOYO HUMANITARIO – PSICOLOGÍA DE LA
EMERGENCIA. Modelo para la intervención psicoperativa mediante la Psicología de la Emergencia,
el Apoyo Humanitario y la Negociación en Emergencias.....188

Capítulo 12 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-12

CLÍNICA POSTRAUMÁTICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES: MAPA SENSORIAL DEL VÍNCULO COMO HERRAMIENTA PARA EL ABORDAJE DE DUELOS TRAUMÁTICOS. Buenas prácticas y señales de alerta en la aplicación de técnicas sensoriales para la integración del duelo postraumático.....230

Capítulo 13 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-13

POST-TRAUMATIC CLINIC IN EMERGENCIAS AND DISASTERS: SENSORY BOND MAP AS A TOOL FOR ADDRESSING TRAUMATIC BEREAVEMENT. Best practices and warning signs in the application of sensory techniques for the integration of post-traumatic grief.....235

Capítulo 14 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-14

LO QUE SE DEBE Y NO SE DEBE HACER DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS: FORMACIÓN DEL VOLUNTARIADO DURANTE LA GUERRA EN UCRANIA. BREVE HISTORIA DEL APRENDER A ESCUCHAR......240

Capítulo 15 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-15

DOS AND DONT'S IN PSYCHOLOGICAL FIRST AID: TRAINING VOLUNTEERS DURING THE WAR IN UKRAINE. BRIEF HISTORY OF LEARNING TO LISTEN......250

Capítulo 16 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-16

EMERGENCY PSYCHOLOGY IN WAR ZONES: INTERPRETING TRAUMA AND COORDINATING HUMANITARIAN SUPPORT. Best Practices and Pitfalls in Crisis Communication and Psychological First Aid.....259

Capítulo 17 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-17

ПСИХОЛОГІЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ У ЗОНАХ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ: ЯК ІНТЕРПРЕТУВАТИ ТРАВМИ ТА КООРДИНУВАТИ ГУМАНІТАРНУ ДОПОМОГУ. Найкращі практики та підводні камені кризової комунікації та психологічної першої допомоги.....264

Capítulo 18 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-18

INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS EN RIESGO ALGORÍTMICO: DATOS, GOBERNANZA Y VIOLENCIAS DIGITALES......270

Capítulo 19 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-19

RIESGOS DE DESINFORMACIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA......281

Capítulo 20 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-20

ENTRE O CAOS E O CONTROLE: PSICOLOGIA APLICADA À NEGOCIAÇÃO DE CRISES CONDUTAS QUE SALVAM VIDAS......288

Capítulo 21 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-21

APORTES PARA PENSAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DIVERSIDAD EN LA GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS DE DESASTRES Y EMERGENCIAS.....294

Capítulo 22 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-22

BUENAS PRÁCTICAS PENALES EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO Y ABUSO SEXUAL.....301

Capítulo 23 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-23

SUICIDIO DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.....306

Capítulo 24 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-24

SUICIDE FROM A GENDER PERSPECTIVE.....311

Capítulo 25 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-25

PROTOCOLO DE APOYO EN EL PROCESO DE RESIGNIFICACIÓN Y TRÁNSITO EN DUELO POR TELECONSULTA (PART-T).....316

Capítulo 26 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-26

TENEMOS QUE HABLAR DE SUICIDIO. Tratamiento psicoterapéutico de crisis suicidas.....352

Capítulo 27 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-27

LA GESTIÓN DEL RIESGO Y LA PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA: UNA MIRADA NECESARIA PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL.....361

Capítulo 28 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-28

LA GESTIÓN DEL RIESGO Y LA PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA: UNA MIRADA NECESARIA PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL.....366

Capítulo 29 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-29

ENTRE LOS ESCOMBROS DEL ALMA LA HUMANIDAD QUE NO SE DERRUMBA.....371

Capítulo 30 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-30

AMID THE RUBBLE OF THE SOUL HUMANITY THAT DOES NOT COLLAPSE.....375

Capítulo 31 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-31

PARMI LES DÉCOMBRES DE L'ÂME L'HUMANITÉ QUI NE S'EFFONDRE PAS.....379

Capítulo 32 – DOI: 10.47242/978-65-87959-91-7-32

EQUIPOS DE ASISTENCIA MÉDICA EN DESASTRES E IMPORTANCIA EN EL SISTEMA DE SALUD LOCAL Y NACIONAL.....383

Capítulo 33 – DOI: 10.47242/10.47242/978-65-87959-91-7-33

IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL DOCENTE PARA SER MEDIADOR DURANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA.....389

Capítulo 34 – DOI: 10.47242/10.47242/978-65-87959-91-7-34

PSICOLOGÍA DE LAS EMERGENCIAS: ENTRE LO VISIBLE Y LO INVISIBLE DE LA EMERGENCIA EN EL CONTEXTO COLOMBIANO.....407

UN MODELO DE GESTIÓN PÚBLICA PARA LA REDUCCIÓN DE RIESGOS DE DESASTRES ¿RESPONDER O PLANIFICAR?

Silvia Paola La Ruffa - Argentina

1 LA IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN PARA UN ABORDAJE EXITOSO

Gestión de riesgos desastres: ¿qué es eso? El Marco de Sendai 2015-2030¹, un acuerdo global adoptado por Naciones Unidas, da lugar al concepto de “gestión integral del riesgo”, bajo un enfoque centrado en las personas. Un análisis sobre este documento sostiene que promueve prácticas que **“sean multiriesgo, multisectoriales, inclusivas y accesibles con el fin de que también sean eficaces, ... la vinculación del Estado con todos los sectores: mujeres, niños, migrantes, voluntarios, sector privado y académico, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), voluntarios, entre otros y, la cooperación internacional para la reducción de riesgos de desastre.”** (La Ruffa y Collinao, 2023)

Adentrarse en el moderno paradigma de la gestión de riesgos de desastres implica definir, en primer término, qué entendemos por evento adverso, emergencias y/o desastres. Para la legislación argentina², un **evento adverso** es una situación, suceso o hecho que produce alteración en la vida de las personas, en la economía, los sistemas sociales y el ambiente, causado por fenómenos de orígenes naturales o provocados por los seres humanos mientras que por **emergencia** se entiende a un daño provocado por un evento adverso que, por su magnitud, puede ser atendida por los medios disponibles localmente. **Desastre** es la interacción entre una amenaza o factor externo representado por la posibilidad que ocurra un evento adverso en un momento y lugar específico y una población vulnerable que, por su magnitud, crea una interrupción en el funcionamiento de una sociedad y/o sistema a partir

¹ https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf

² Ley 27.287 de creación del Sistema Nacional para la Gestión Integral del Riesgo y la Protección Civil (SINAGIR) (art 2)

de una desproporción entre los medios necesarios para superarla y aquellos medios a disposición de la comunidad afectada.

La intervención en cualquier tipo descrito requiere de la comprensión general de los hechos y la planificación previa a fin de no profundizar los efectos de esa situación ni revictimizar a la población afectada. La genealogía de este cambio de paradigma es reseñada por el experto Carlos Villalba (2022) **“El desarrollo de esta visión atravesó un tránsito institucional desde la concepción de “defensa civil”, importada del ámbito militar, que la sujetó a una lógica castrense, y avanzó hacia la de “protección civil”, a través de un paso importante que arrancó las decisiones de la visión bélica. Concebir un enfoque de “gestión integral” permitió la incorporación de nuevas herramientas e implicó un cambio de enfoque que obliga a transformar las políticas y las estructuras institucionales y a centrar el trabajo en la reducción de los riesgos, enfocarlo desde una perspectiva preventiva, con encuadre local de la problemática y participación de las comunidades.”**

El objetivo central de toda intervención es tanto prevenir la ocurrencia de estos hechos como reducir sus riesgos y morigerar sus impactos. Para ello, el paradigma de la gestión integral de riesgos³ plantea 4 líneas de trabajo:

Conocer el riesgo: por riesgo entendemos **“la relación entre la presencia de una amenaza, el nivel de vulnerabilidad y la capacidad de respuesta y adaptación de una persona o una población frente a esa amenaza”** (Maddio, 2022)

Para conocer el riesgo es necesario que todas las disciplinas, las organizaciones de la sociedad civil así como los organismos científicos-técnicos, los centros de estudios y universidades produzcan información sobre las amenazas y vulnerabilidades de un territorio en particular a fin de que se adopten las decisiones necesarias para evitar que un evento adverso ocurra, el alerta sea temprana o garantizar que el impacto sea el mínimo posible.

En este punto, la Psicología de la Emergencia tiene mucho para aportar respecto de las vulnerabilidades que atraviesan a la población como la pertenencia a un grupo etario, las identidades de género, las orientaciones sexuales, las situaciones de violencia previas, las capacidades especiales y/o los problemas de salud mental de base así como las herramientas y recursos necesarios para equilibrar las desigualdades y que no se constituyan en factores de

³ Este cambio se produjo a raíz de la adopción del Marco de Acción de Sendai para la reducción de riesgos de desastres que es un acuerdo global adoptado por Naciones Unidas en 2015. Ver:

mayor vulnerabilidad y los abordajes que se requieren realizar en las diferentes etapas de intervención una vez ocurrido el hecho.

También es importante entender el impacto que un evento adverso, emergencia o desastre puede tener sobre las y los respondedores y cómo abordarlos desde la Psicología de la Emergencia. Deconstruir el paradigma del respondedor-héroe tan habitual en los sistemas de seguridad y emergencias de América Latina y el Caribe es un aporte relevante que debe iniciarse antes de que los eventos ocurran y tenerse en cuenta al momento de brindar apoyo tanto durante la respuesta como con posterioridad. Muchas veces las personas encargadas de asistir en la respuesta son parte de la población afectada y tienen el deber de intervenir aún habiendo perdido a un ser querido o parte de su patrimonio y deben hacerlo con el máximo de responsabilidad ya que tiene en sus manos la protección integral de la vida de su comunidad. Eso no puede pasar desapercibido para la salud mental de las y los respondedores y no debe ser desatendido por quienes tienen la responsabilidad de conducir los equipos de respuestas.

No alcanza solo con capacitarse en estas técnicas especiales que propone la Psicología de la Emergencia sino también es necesario elaborar protocolos de intervención que sean aprobados por las áreas gubernamentales encargadas de la gestión integral de riesgos, guías de actuación que interactúen con el personal de respuesta tanto en tiempos de paz como durante la emergencia y con posterioridad.

Conocer el riesgo también implica medir las pérdidas cuando los eventos adversos, emergencias o desastres ocurren. Esa medición no incluye solo a las víctimas fatales y a la destrucción de infraestructura social sino que importa relevar el lucro cesante en una actividad, la reducción de la superficie productiva, las personas dañadas físicamente, el impacto en el desarrollo de la educación y también los efectos en la salud mental. La incorporación de esta última dimensión en los cálculos de las pérdidas es todavía un desafío y requiere de la participación de las y los profesionales de la Psicología de la Emergencia para establecer una metodología homogénea y compatible con el cálculo general.

Camilo Reynoso (2022) expresa que **“Estos desarrollos en la comprensión del riesgo se traducen en una Gestión Integral del Riesgo de emergencias y desastres. Lo que a su vez resulta en la desjerarquización de la amenaza como única variable y menor protagonismo de la Respuesta a Emergencias como única alternativa posible frente a las emergencias y los desastres. Así, la Respuesta se transformó en un proceso nivelado y fuertemente interdependiente con los diferentes procesos de gestión integral del riesgo”**

Fortalecer la gobernanza: más allá de la responsabilidad estatal primaria que presupone el paradigma de la gestión integral de riesgos, la eficacia y eficiencia en la reducción de riesgos implica el compromiso de toda la comunidad y la intervención de una gran cantidad de áreas estatales de diferente nivel y no gubernamentales. Esta articulación y coordinación requiere de decisión política, preparación y compromiso social.

Los equipos de Psicología de la Emergencia y de apoyo humanitario debieran ser convocados por las áreas locales, subnacionales y/o federales responsables de la gestión integral de riesgos para que participen de la planificación, diseño e implementación de las políticas públicas de prevención, reducción de riesgos, respuesta en emergencias y reconstrucción para la resiliencia. Organizaciones como la Asociación Mundial de Salud Mental, los colegios profesionales de psicología y/o psiquiatría deben tener una actitud proactiva ante gobiernos que no convoquen a los equipos de Psicología de la Emergencia y/o apoyo humanitario a fin de garantizar que todos los recursos disponibles estén integrados a las estrategias de reducción de riesgos de desastres.

Inversión en la gestión de riesgos: los sectores públicos y privados deben incrementar anualmente sus inversiones en materia de gestión de riesgos para evitar eventos adversos (por ejemplo la construcción de un dique para evitar que la crecida de un río inunde a una población o la reconversión de un proceso industrial para evitar impactos en el ambiente) y también para contar con la tecnología y la logística necesarias para advertir con anticipación un suceso o responder en tiempo y forma ante la ocurrencia de un hecho.

En este aspecto no hay un impacto directo en la Psicología de la Emergencia ya que no requiere tecnología o logística particular. Sin embargo, es importante que la asistencia a la población afectada por una emergencia o desastre así como a los respondedores sea parte del presupuesto que los gobiernos planifican tanto para la etapa de respuesta como de reconstrucción posterior.

Planificar la respuesta y la reconstrucción posterior con resiliencia: reducir los riesgos del evento adverso, emergencia o desastre requiere de una correcta planificación que se inicia con el conocimiento de las amenazas y vulnerabilidades de un territorio determinado, el registro y actualización permanente de los recursos públicos y privados a disposición y la determinación de las responsabilidades de todas las áreas y organizaciones intervinientes durante el hecho y con posterioridad a fin de implementar la reconstrucción.

En ese sentido, los equipos de Psicología de la Emergencia y de apoyo humanitario deben ser parte del proceso de diseño a fin de garantizar que la salud mental y el

acompañamiento de la población afectada no sea ignorado o abordado sin todo el potencial del desarrollo científico de la disciplina. Los aportes deben abarcar todos los planos como la intervención en las primeras horas, los centros de evacuación, el acompañamiento a las familias que sufren pérdidas fatales y el sostenimiento de los hombres y mujeres que tienen responsabilidad en la respuesta ante la emergencia o desastre y la reconstrucción tras los hechos.

Es importante que los equipos de Psicología de la Emergencia sean reconocidos por la autoridad de planificación, diseño, implementación, control y evaluación de las políticas públicas de gestión del riesgo a nivel nacional, subnacional y local. También es fundamental que los equipos constituyan una red que les permita no solo compartir buenas prácticas y los avances académicos de la disciplina sino coordinar la intervención de varios equipos al mismo tiempo cuando la magnitud de los hechos así lo requiera. En ese marco, el coordinador de este proyecto, Lic Diego Nuñez junto a Florencia Cafarelli (2023) elaboraron la *“Guía para el abordaje emocional ante situaciones de emergencias y desastres. Pautas de actuación ante víctimas y recomendaciones para el autocuidado del personal interviniente”* con el objetivo de dar a conocer pautas y recomendaciones para ser aplicadas ante situaciones de emergencias y desastres con los diferentes tipos de víctimas y para el personal interviniente, brindando herramientas para el antes, durante y después del evento.

2 SIN PLANIFICACIÓN LOS RIESGOS AUMENTAN

El 4 de julio de 2025 Texas en Estados Unidos sufrió una inundación sin precedentes con casi un centenar de víctimas fatales y uso de gran cantidad de recursos humanos, logísticos y económicos, entre otros, tanto federales como estatales y locales para el rescate. Las crónicas dan cuenta de que no hubo un sistema de alerta temprana ya que el Servicio Meteorológico advirtió sobre la ocurrencia de lluvias intensas pero no se previó el crecimiento del río producto de esa caída de agua. Este ejemplo refleja la importancia de fortalecer los sistemas de alerta temprana así como la interacción con los organismos científico-técnicos para, desde la interdisciplina, merituar una amenaza y emitir las recomendaciones a la comunidad para reducir la cantidad de víctimas fatales y las pérdidas sociales y económicas.

No realizaré una evaluación del operativo de respuesta porque no estoy en territorio. Sin embargo, las crónicas dan cuenta de algunas dificultades de articulación al inicio del evento con el gobierno federal. La existencia de protocolos que indiquen las

responsabilidades de cada nivel de actuación (gobierno federal, gobierno estadual, gobierno local, comunidad) así como los canales de comunicación y que hayan sido testeados mediante simulaciones y/o simulacros reducen las posibilidades de falta de diálogo previo y facilita conocer a los actores de antemano llegando a la respuesta con algunos lazos de confianza contruidos.

En 2017 desapareció el submarino ARA San Juan en aguas del Mar Argentina con 44 tripulantes a bordo. Al inicio del evento, el gobierno ocultó la información. La comunicación es un aspecto crucial en estas situaciones. Quién comunica qué y cómo se comunica debe estar planificado. No se puede resolver las cuestiones de comunicación en el momento de la respuesta. La demanda por información será constante e intensa. En época de redes sociales y fake news, el esfuerzo será mayor para evitar la dispersión de noticias falsas. Pero no es sólo comunicación externa. Informar a las familias que se ha identificado una víctima fatal debe estar acompañado de equipos que puedan contener esa situación sin afectar al operativo general de rescate y/o asistencia.

El 30 de diciembre de 2004 en la Ciudad de Buenos Aires se produjo un estrago en un local bailable (República de Cromañón) que concluyó con 194 víctimas fatales, cientos más intervenidos y familias muy afectadas. La respuesta inicial se vio desbordada ya que el distrito no había atravesado otros eventos con múltiples víctimas. El sistema mortuario se vio colapsado. Las familias deambularon durante horas con temperaturas de extremo calor por los hospitales para encontrar a sus seres queridos. Días, semanas y meses después se conocieron situaciones de suicidio entre sobrevivientes y familiares. La respuesta estatal estuvo enfocada en la atención médica y en la reparación económica. El desarrollo actual de la Psicología de la Emergencia podría haber sugerido un abordaje especial al momento de brindar asistencia médica contemplando los aspectos vinculados con la salud mental.

3 REFLEXIONES FINALES

El paradigma descrito de gestión de riesgos de desastres es un proceso continuo, multidimensional, interministerial y sistémico de formulación, adopción e implementación de políticas, estrategias, planificación, organización, dirección, ejecución y control, prácticas y acciones orientadas a reducir el riesgo de desastres y sus efectos, así como también las consecuencias de las actividades relacionadas con el manejo de las emergencias y/o desastres y comprende acciones de mitigación, gestión de la emergencia y

recuperación. Por ello **“actores públicos y privados, organizaciones e individuos deben involucrarse y participar en una gestión integrada ya que poseen valiosos conocimientos sobre el territorio y conciencia sobre los factores que generan el riesgo y limitan el desarrollo”** (Nievas y Stevenazzi,2023)

La planificación importa no solo conocer las amenazas y vulnerabilidades de un territorio así como los recursos disponibles y tener en claro qué debe hacer quién sino que es necesario controlar la pertinencia de las decisiones adoptadas a través de capacitaciones, simulaciones y simulacros en los que los equipos de Psicología de la Emergencia deben ser convocados.

La evolución de la humanidad traerá nuevos y desconocidos riesgos pero si hemos trabajado sostenidamente en el paradigma de gestión de riesgos de desastres, las posibilidades de reducir sus consecuencias son altas y prometedoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LA RUFFA, Silvia y COLLINAO, Fernanda (2023), *“Los ODS reflejados en la Mesa Interinstitucional por Ola de Temperaturas Extremas del SINAGIR argentino”*, Vol. 6 Núm. 2 (2023): Perspectivas: Revista Científica de la Universidad de Belgrano. ISSN: 2618-2246

MADDIO, Agustina (2022), *“Manual GIRD N° 3. Hacia una gestión integral del riesgo con perspectiva de género”*, ed: Ministerio de Seguridad y Universidad Nacional de San Martín, República Argentina, https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/10/hacia_una_gestion_integral_de_l_riesgo_con_perspectiva_de_genero.pdf

NIEVAS, Ricardo y STEVENAZZI José (2023), *“Herramientas para un abordaje del riesgo de desastres. Un enfoque integra, práctico y estratégico”*, ed IUPFA, Buenos Aires.

NUÑEZ, Diego y CAFARELLI, Florencia (2023), *“Guía para el abordaje emocional ante situaciones de emergencias y desastres Pautas de actuación ante víctimas y recomendaciones para el autocuidado del personal interviniente”* Ed: Ministerio de Seguridad, [op.es/uploads/PDF/GUIA-ABORDAJE-SITUACIONES EMERGENCIAS.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/10/guia_abordaje_situaciones_emergencias.pdf)

REYNOSO, Camilo (2022); *“Manual GIRD N° 7. Planificación, preparación y respuesta a emergencias. Sistemas de gestión para las organizaciones”*, Ed: Ministerio de Seguridad y Universidad Nacional de San Martín, República Argentina https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/10/planificacion_preparacion_y_respuesta_a_la_emergencia._sistemas_de_gestion_para_las_organizaciones.pdf

VILLALBA, Carlos (2022), *“Manual GIRD N° 1. Gestión integral de riesgos de desastres”*, Ed: Ministerio de Seguridad y Universidad Nacional de San Martín, República Argentina, https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/10/gestion_integral_de_riesgos_de_desastres.pdf

Silvia La Ruffa, politóloga (diploma de honor) y doctora en Ciencia Política (Universidad de Belgrano). Docente en diversas casas de altos estudios desde 1997. Autora y coautora de ponencias, artículos con referato, capítulos de libros y libros así como expositora en congresos, seminarios, paneles y jornadas internacionales, regionales y nacionales sobre instituciones políticas, género, seguridad, acceso a la justicia y gestión de riesgos. Ocupó varios cargos de responsabilidad política en los tres Poderes del Estado de gobiernos locales y subnacionales y el gobierno federal. Entre ellos, fue Diputada de la Ciudad de Buenos Aires (2003-2009) presidiendo la comisión de Seguridad durante 4 años, subsecretaria de Planificación del Ministerio de Justicia y Seguridad de la provincia de Buenos Aires con competencia en materia de defensa civil (2011-2013) y secretaria de Articulación Federal de la Seguridad a cargo de la Secretaría Ejecutiva del SINAGIR (2021-2023). Dirige el área de Seguridad del Instituto de Políticas para Buenos Aires (ICiudad) y es secretaria ejecutiva de la Auditoría General de la Nación desde el año 2024.

Correo electrónico: s.laruffa@hotmail.com.ar

A PUBLIC MANAGEMENT MODEL FOR RISK REDUCTION DISASTERS RESPOND OR PLAN?

Silvia Paola La Ruffa - Argentina

1 THE IMPORTANCE OF PLANNING FOR A SUCCESSFUL APPROACH

Disaster Risk Management: what is it? The Sendai Framework 2015-2030, a global agreement adopted by the United Nations, gives rise to the concept of “integrated risk management”, under a people-centered approach. An analysis of this document argues that it promotes practices that **“are multi-risk, multi-sectoral, inclusive and accessible so that they are also effective, ... the link between the State and all sectors: women, children, migrants, volunteers, private and academic sector, Civil Society organizations (OSCs), among others, and international cooperation for disaster risk reduction”** (La Ruffa and Collinao, 2023).

Entering into the modern paradigm of disaster risk management involves defining, first of all, what we understand by adverse events, emergencies and/or disasters. For the Argentine legislation, an **adverse event** is a situation, occurrence or fact that produces disruption to people's lives, the economy, social systems and the environment, caused by phenomena of natural origin or caused by human beings while an **emergency** is understood as damage caused by an adverse event that, due to its magnitude, can be addressed by locally available means. **Disaster** is the interaction between a threat or external factor represented by the possibility that an adverse event at a specific time and place and a vulnerable population that, due to its magnitude, creates a disruption in the functioning of a society and/or system from a disproportion between the means necessary to overcome it and those means available of the affected community.

Intervention in any type described requires a general understanding of the facts and prior planning in order not to deepen the effects of that situation or re-victimize the affected population.

The genealogy of this paradigm shift is outlined by the expert Carlos Villalba (2022) **“The development of this vision went through an institutional transition from the conception of “civil defense”, imported from the military sphere, which subjected it**

to a military logic, and moved towards that of “civil protection”, through an important step that removed decisions from the warlike vision. Conceiving an "integrated management" approach allowed the incorporation of new tools and implied a change of approach that It forces us to transform policies and institutional structures and to focus our work in risk reduction, focus on it from a preventive perspective, with a framework local problem and community participation.”

The central objective of any intervention is both to prevent the occurrence of these events and reduce their risks and mitigate their impacts. To achieve this, the paradigm of integrated risk management risks proposes 4 lines of work:

Knowing the risk: By risk we understand “the relationship between the presence of a threat, the level of vulnerability and the capacity of response and adaptation of a person or a population facing that threat” (Maddio, 2022)

To know the risk is necessary that all disciplines, organizations of the civil society as well as scientific-technical organizations, study centers and universities produce information on the threats and vulnerabilities of a territory in particular so that the necessary decisions can be taken to prevent an event adverse event occurs, the alert is early or to ensure that the impact is as minimal as possible.

At this point, Emergency Psychology has much to contribute regarding the vulnerabilities that affect the population such as belonging to an age group, gender identities, sexual orientations, previous situations of violence, special abilities and/or underlying mental health problems as well as the tools and resources needed to balance inequalities and ensure that they do not become factors of greater vulnerability and the approaches that need to be carried out at the different stages of intervention once the event has occurred.

It is also important to understand the impact that an adverse event, emergency or disaster may have on the responders and how to approach them from the Psychology of the Emergency. Deconstructing the hero-responder paradigm so common in emergency response, security and emergencies services in Latin America and the Caribbean is a relevant contribution that should be initiated before events occur and considered when providing support both during the response and afterwards. Many times, the people in charge of assist in the response are part of the affected population and have a duty to intervene even having lost a loved one or part of their assets and must do so with the utmost responsibility since they have in their hands the comprehensive protection of the life of the community. This cannot go unnoticed for the mental health of the responders and should not be being

neglected by those responsible for leading response teams.

It is not enough just to train in these special techniques proposed by the Psychology of Emergency but it is also necessary to develop intervention protocols that are approved by the government areas in charge of comprehensive risk management, guides acting personnel who interact with response personnel both in peacetime and during the emergency and afterwards.

Knowing the risk also involves measuring the losses when adverse events, emergencies or disasters occur. This measurement does not only include fatalities and the destruction of social infrastructure but it is important to identify the loss of profits in economic activities, reduction of productive area, physically injured people, impact on the development of education and also the effects on mental health. Incorporating this last dimension into loss calculations is still a challenge and requires the participation of Emergency Psychology professionals to establish a homogeneous methodology compatible with general calculation.

Camilo Reynoso (2022) expresses that **“These developments in the understanding of risk are translate into comprehensive emergency and Disaster Risk Management. which in turn results in the de-hierarchization of the threat as the only and minor variable the role of Emergency Response as the only possible alternative to the emergencies and disasters. Thus, the Response became a leveled and strongly interdependent with the different processes of comprehensive risk management”**

Strengthening governance: beyond the primary state responsibility that presupposes the paradigm of comprehensive risk management, effectiveness and efficiency in risk reduction involves the commitment of the entire community and the intervention of a large number of state areas and non-governmental organizations at different levels. This articulation and coordination require of political decision, preparation and social commitment.

The Emergency Psychology and Humanitarian Support teams should be called in by the local, subnational and/or federal areas responsible for the comprehensive management of risks so that they participate in the planning, design and implementation of prevention, risk reduction policies, emergency response and reconstruction measures for resilience. Organizations such as the World Mental Health Association, schools Psychology and/or psychiatry professionals must have a proactive attitude towards governments that they do not call on the Emergency Psychology and/or humanitarian support teams in order to ensure that all available resources are integrated into the disaster risk reduction strategies.

Investment in risk management: public and private sectors must increase annually their investments in risk management to avoid adverse events (for example, the construction of a dam to prevent a river from flooding a city's population or the conversion of an industrial process to avoid impacts on the environment) and also to have the technology and logistics necessary to warn in advance an event or respond in a timely manner to the occurrence of an event.

In this aspect there is no direct impact on Emergency Psychology since it does not require particular technology or logistics. However, it is important that assistance to the population affected by an emergency or disaster as well as the responders are part of the budget that governments plan for both the response and recovery stages later reconstruction.

Planning for resilient response and rebuilding: reducing risks of an adverse event, emergency or disaster requires proper planning that begins with knowledge of the threats and vulnerabilities of a given territory, the permanent registration and updating of public and private resources available and the determination of the responsibilities of all areas and organizations involved during the event and afterwards in order to implement reconstruction.

In this sense, the Emergency Psychology and humanitarian support teams must be part of the design process in order to ensure that mental health and support for the affected population is not ignored or addressed without the full potential of scientific development of the discipline.

Contributions must cover all levels, such as intervention in the first hours, evacuation centers, support for families who suffer fatal losses and the support of the men and women who have responsibility in the emergency or disaster response and reconstruction after the events.

It is important that Emergency Psychology teams are recognized by the authority for planning, design, implementation, monitoring and evaluation of policies public risk management at the national, subnational and local levels. It is also essential that these teams form a network that allows them not only to share good practices and academic advances in the discipline but also to coordinate the intervention of several teams at the same time when the magnitude of the events so requires. In this framework, the coordinator of this project, Lic Diego Nuñez together with Florencia Cafarelli (2023) prepared the **"Guide for the emotional approach to emergency and disaster situations. Guidelines for "action to victims and recommendations for self-care of the intervening personnel"** with the aim

of making known guidelines and recommendations to be applied in situations of emergencies and disasters with different types of victims and for the staff intervener, providing tools for before, during and after the event.

2 WITHOUT PLANNING, RISKS INCREASE

On July 4, 2025, Texas in the United States suffered an unprecedented flood with almost a hundred fatalities and the use of a large amount of human, logistical and economic, among others, both federal and state and local for the rescue. The chronicles show that there was no early warning system since the Meteorological Service warned about the occurrence of heavy rains but the event was not foreseen. growth of the river as a result of this waterfall. This example reflects the importance of strengthening early warning systems as well as interaction with agencies scientific-technical experts to, from an interdisciplinary perspective, assess a threat and issue the recommendations to the community to reduce the number of fatalities and losses social and economic.

I will not be assessing the response operation because I am not in the territory. However, media reports some difficulties in articulation at the beginning of the event with the federal government. The existence of protocols that indicate the responsibilities of each level of action (federal government, state government, local government, community) as well such as communication channels and that have been tested through simulations and/or drills reduce the chances of a lack of prior dialogue and make it easier to get to know the actors. arriving at the answer in advance with some bonds of trust built.

In 2017, the ARA San Juan submarine disappeared in the waters of the Argentine Sea with 44 crew members on board. At the beginning of the event, the government concealed the information. The communication is a crucial aspect in these situations. Who communicates what and how they communicate must be planned. Communication issues cannot be resolved at the time of the response. The demand for information will be constant and intense. In the age of social media and fake news, the effort will be greater to prevent the spread of fake news. But it is not only external communication only. Informing families that a fatal victim has been identified must be accompanied by a team or professional that can contain this situation without affecting the operation. general rescue and/or assistance.

On December 30, 2004, in the City of Buenos Aires, a devastation occurred in a local dance (República de Cromañon) which ended with 194 fatalities, hundreds more intervened and families greatly affected. The initial response was overwhelmed as the district

had not experienced other mass casualty events. The mortuary system was collapsed. Families wandered for hours in extremely hot temperatures through the hospitals to find their loved ones. Days, weeks and months later they learned of suicides among survivors and family members. The state's response was focused on medical care and economic reparation. The current development of Emergency Psychology could have suggested a special approach at the time of provide medical assistance considering aspects related to mental health.

3 FINAL REFLECTIONS

The described paradigm of disaster risk management is a continuous, multidimensional, inter-ministerial process and systemic formulation, adoption and implementation of policies, strategies, planning, organization, direction, execution and control, So practices and actions aimed at reducing disaster risk and its effects, as well as the consequences of activities related to the management of the emergencies and/or disasters and includes mitigation actions, emergency management and recovery. Therefore, **"public and private actors, organizations and individuals must get involved and participate in integrated management as they possess valuable knowledge on the territory and awareness of the factors that generate risk and limit the development"** (Nievas and Stevenazzi, 2023)

Planning is important not only to know the threats and vulnerabilities of a territory and the available resources and being clear about what should be done by who but also what is necessary control the relevance of the decisions taken through training, simulations and drills in which Emergency Psychology teams must be called in.

The evolution of humanity will bring new and unknown risks but if we have worked hard in the disaster risk management paradigm, the possibilities of reducing its consequences are high and promising.

BIBLIOGRAPHICAL REFERENCES

LA RUFFA, Silvia and COLLINAO, Fernanda (2023), **“The SDGs reflected in the Round Table Interinstitutional Report on the Wave of Extreme Temperatures in the Argentine SINAGIR”**, Vol. 6 No. 2 (2023): Perspectives: Scientific Journal of the University of Belgrano. ISSN: 2618-2246

MADDIO, Agustina (2022), **“GIRD Manual No. 3. Towards comprehensive risk management with gender perspective”**, ed: Ministry of Security and National University of San Martín, Republic Argentina, https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/10/hacia_una_gestion_integral_de_l_risk_with_gender_perspective.pdf

NIEVAS, Ricardo and STEVENAZZI José (2023), **“Tools for an approach to the Disaster risk: An integrated, practical, and strategic approach,”** ed. IUPFA, Buenos Aires

NUÑEZ, Diego and CAFARELLI, Florencia (2023), **“Guide for the emotional approach to emergency and disaster situations Guidelines for action in the case of victims and Recommendations for self-care of the intervening personnel”** Ed: Ministry of Security, op.es/uploads/PDF/GUIA-ABORDAJE-SITUACIONES-EMERGENCIAS.pdf

REYNOSO, Camilo (2022); **“GIRD Manual No. 7. Planning, preparation and response to Emergencies. Management systems for organizations”**, Ed: Ministry of Security and National University of San Martín, Argentine Republic https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/10/planificacion_preparacion_y_r Emergency response: management systems for organizations.pdf

VILLALBA, Carlos (2022), **“GIRD Manual No. 1. Comprehensive disaster risk management”**, Ed: Ministry of Security and National University of San Martín, Republic Argentina, https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/10/gestion_integral_de_riesgos_de_disasters.pdf

Silvia La Ruffa is a political scientist (diploma with honors) and PhD in Political Science (University of Belgrano). Professor at various higher education institutions since 1997. Author and co-author of presentations, refereed articles, book chapters and books as well as exhibitor at international, regional and national conferences, seminars, panels and workshops on political institutions, gender, security, access to justice, and risk management. She held various positions of political responsibility in the three branches of government, local governments and subnational and federal governments. Among them, she was a Deputy of the City of Buenos Aires (2003-2009) presiding over the Security Commission for 4 years, Undersecretary of Planning of the Ministry of Justice and Security of the province of Buenos Aires with competence in matters of civil defense (2011-2013) and secretary of Federal Articulation of Security in charge of the Executive Secretariat of SINAGIR (2021-2023). She directs the area of Security of the Institute of Policies for Buenos Aires (ICiudad) and is executive secretary of the General Audit Office of the Nation since 2024.

Email: s.laruffa@hotmail.com.ar

PAGRI AS A SYMBOL OF RESILIENCE: A CULTURAL FRAMEWORK FOR CRISIS INTERVENTION WITH FARMERS IN PUNJAB”

¹Amandeep Singh

²Harprit Kaur

³Edward De Bono

¹Assistant Professor, Department of Liberal Arts Humanities and Social Sciences, Manipal Academy
of Higher Education (MAHE), Manipal (India)
Email: ammandeep5192@hotmail.com; amandeep.singh@manipal.edu, Contact: +918699224755

²Professor, Department of Psychology, Punjabi University, Patiala (India)
Email: harprit.kaur@yahoo.com

³Da Vinci Professor of Thinking chair at University of Advancing Technology in Tempe, Arizona,
US and author of ‘Six Thinking Hats’
Email: info@debono.com.

PAGRI AS A SYMBOL OF RESILIENCE: A CULTURAL FRAMEWORK FOR CRISIS INTERVENTION WITH FARMERS IN PUNJAB”

Abstract

With the alarming rate of farmer suicide in Punjab, ‘Six Thinking Pagris’ was used as a crisis intervention by trained peer support volunteers to prevent suicidal ideation, cognitive distortion and enhance self-esteem among farmers of Fatehgarh Sahib (Punjab) who had lost productivity in their lands because of fire. The chapter involved a total of 120 farmers from the villages of Fatehgarh Sahib. They were screened by the Suicide Behaviours Questionnaire-Revised (SBQ-R) and those who scored above the threshold score on SBQ-R, were given Modified Scale for Suicidal Ideation (MSSI), Cognitive Distortions Scale (CDS) and Rosenberg Self-esteem Scale (RSE). Out of 120 farmers, 60 farmers were given intervention ‘Six Thinking Pagris’ as a crisis intervention extending over 6 weeks, and no intervention was given to the control group. Post assessment was also done. The results revealed that intervention had significantly alleviated suicidal ideation, hopelessness, helplessness, and enhanced self-esteem in the farmers of experimental group. The chapter also showcases the importance of cultural relevance in crisis intervention in the prevention of farmers’ suicide.

Key Words: Suicidal Ideation, farming community, six thinking hats, six thinking pagris.

1 INTRODUCTION

According to O'Connor and Kirtley (2018), suicide is the act of a person purposefully ending his or her own life, and it typically begins with suicidal ideation, progresses through suicidal attempts, and then culminates in an act that results in the person's death (Wetherall et al., 2018). According to the World Health Organization (WHO, 2025), suicide is responsible for the deaths of more than 7,20,000 people worldwide every year. Seventy-nine percent of all suicide deaths occurred in low- and middle-income nations, where most of the world's population resides (eighty-four percent) (WHO, 2019). In 2016, the suicide rate in Southeast Asia was 13.4 per 100,000 people, significantly higher than the average suicide rate worldwide, which was 10.5 per 100,000 people. India was responsible for 2,15,872 of the suicides that occurred in South-East Asia region countries in 2016. (WHO, 2019).

The National Crime Record Bureau (NCRB) suggested that a total of 1,70,924 suicides were reported in India during 2022 showing an increase of 4.4% in comparison to 2021. Higher suicide rates for farmers are identified as a manifestation of a larger socioeconomic malaise which causes the crisis in Indian agriculture (Mishra, 2014). Information from Punjab state in India revealed, there has been an alarming increase of 37.5 % in farmers' suicide in Punjab from 2018-2019 (NCRB, 2019). Thus, it is necessary to give needful attention to suicide among the farming community of Punjab, and to its risk and protective factors so that further steps will be taken to protect farmers from engaging in suicidal behaviors.

However, a large body of empirical research is devoted to identifying the psychological risk factors associated with suicidal ideation. Research has shown that several cognitive distortions (which refers to thoughts that can be biased and illogical) including hopelessness, helplessness, self-criticism, and self-esteem (known as one's sense of self-worth) emerged to be the possible mechanisms that may underlie the development and maintenance of suicidal ideation and behaviour (Fazakas-DeHoog, Rnic, & Dozois, 2017; O'Beaglaioich et al., 2020; Singh & Kaur, 2022). Similarly, research has shown that psychotherapy principles-based interventions have been effective in the prevention of various mental disorders including depression, bipolar disorder, anxiety disorder, substance use disorders, and suicidal ideation and suicidal behaviour (Firth et al., 2017; Rosen et al., 2020).

Despite the accumulation of empirical evidence supporting the efficacy of many suicide prevention measures, a comprehensive assessment comparing the impact of diverse intervention approaches has yet to be presented. Furthermore, there is still a lack of clarity regarding which intervention is the most efficacious in addressing the demands of a diverse population. The Sustainable Development Goals (SDGs) for 2030, WHO (2025) emphasized that in south-Asian countries, community suicide prevention interventions play a crucial role in suicide prevention because they serve as a bridge between community needs, national policies, and evidence-based interventions that are adapted to local conditions.

Numerous scholars have posited that the implementation of community-based crisis intervention strategies aimed at mitigating suicide rates necessitates the integration of interventions from various providers across multiple domains at the community level. These interventions, commonly referred to as multilevel community interventions, have been advocated by researchers such as Hofstra et al. (2020), Kaur, Singh, and Singh (2021), Singh and Kaur (2022), the World Health Organisation (WHO; 2013), and Zalsman et al. (2016). At the community level, the achievement of this objective can be facilitated by several strategies. Firstly, the establishment of peer-support volunteers can be essential in identifying individuals who may be susceptible to harm. Secondly, the integration of community-based crisis interventions can be employed in conjunction with the approach. Lastly, the implementation of publicity campaigns can further contribute to the overall effectiveness of these efforts. With the previously mentioned consideration in mind, this chapter will demonstrate the effectiveness of Six Thinking Pagris in addressing suicidal thoughts among the farming community of Punjab, utilizing the Six Thinking Hats model proposed by De Bono (1985). This chapter aims to elucidate the significance of culturally tailored intervention i.e., Six Thinking Pagris as a crisis intervention in the effective management of suicidal ideation, as well as explore their potential integration within national suicide prevention initiatives.

2 SIX THINKING PAGRIS IN PUNJAB: A CASE STUDY ON CRISIS AMONG FARMERS

In 2018, Strong winds fuelled fires in wheat fields and damaged wheat crop of villages of Fatehgarh Sahib district — Sangatpur, Chanarthal, Chanarthal Khurd, Pandrali, Attapur, Khojemajra, Sangatpur, Khare, Mirpur, Majri, Majri Sodian, Sidhwan and Sanipur. This incident had caused loss of productive land and distress among farmers of Fatehgarh sahib

district in Punjab (India) (The Tribune, April 21, 2018). This fire caused substantial loss of beloved ones and materials. Farmers have lost their standing crops, and the fields experienced a nutrient loss, which could cause a deficit in yield in the subsequent years as well. Several farmer houses along with their beloved ones and personal items and possessions were also burnt down because of the fire caused in these villages. This overwhelming situation or crisis in the villages of Fatehgarh Sahib district did not just devastate the physical aspects of farmers but also deeply bruised their psychological aspects in terms of their psychological homeostasis, distress and coping abilities. Research have demonstrated that crisis like catastrophic fires can cause helplessness, hopelessness, painful constriction of perception, especially of suicide as an only choice among rural individuals (Nock et al., 2008; Gulliver et al., 2016; Singh & Kaur, 2022).

The *Pagri* or Turban, which is also called 'Pag', and 'Dastaar' symbolizes sovereignty, dedication, self-respect, courage, and piety in the Sikh religion (Cole & Sambhi, 1989). It is a headgear- a long scarf-like single piece of cloth wound around the head has been crucial to Sikh men in Punjab. McLeod (2001) emphasized that the turban is regarded as a symbol of religious belongingness and identity for Sikh men. To make the "Six Thinking Hats" more relatable and culturally relevant to the farmers who are suicidal, the present study replaced the hat concept with the "Pagri" as indicated in Figure 1.

De Bono's "Six Thinking Hats" inspired "Six Thinking Pagris" (De Bono, 1985; Kivunja, 2015). Figure 1 shows six metaphorical hats that represent different types of thinking. These hats can be worn to express a thought. Putting on and taking off helps people adjust their mindsets. The "Six Thinking Hats" split the cognitive process into six areas, each with a colored metaphorical "thinking hat" (De Bono, 1985; Kivunja, 2015).

In this paradigm, the 'White Hat' lets a person consider how information can solve a problem. Imagine a computer that provides requested data. The computer is impartial. Interpretations and viewpoints are absent. Wearing the white thinking hat, the thinker mimics the computer. The requester utilizes focusing questions to find or fill informational gaps. In practice, information can be two-tiered. The first tier comprises verified first-class facts. Second-class facts are assumed to be true but have not been fully verified. The chance spectrum spans from 'always true' to 'never true'. Between are useful levels like 'by and large', 'sometimes', and 'occasionally'. This information can be released under the white hat if the right 'frame' indicates plausibility. Thinking white is a discipline and direction. The thinker tries to deliver knowledge impartially. White (colourless) entails neutrality.

The Yellow Hat helps pessimists see the bright side. Yellow hat thinking is characterized by a positive and constructive approach. Yellow is often associated with concepts such as warmth, visibility, and hope. Yellow-hat thinking pertains to the process of conducting positive evaluations, while black-hat thinking pertains to the process of conducting negative evaluations. Yellow hat thinking encompasses a range of positive perspectives, spanning from the rational and pragmatic on one end to goals, ambitions, and optimistic outlooks on the other end. Yellow hat thinking is a cognitive approach that involves the examination and investigation of potential value and benefits. Yellow hat thinking is characterized by the pursuit of logical justification for a given value or benefit. Yellow hat thinking aims to present well-founded optimism while acknowledging that it is not the only kind of optimism. However, it is important to adequately identify and distinguish different varieties of optimism. Yellow hat thinking is a cognitive process that is characterized by its creative and generating nature. Concrete thoughts and solutions arise through the application of yellow hat thinking. Yellow hat thinking is focused on efficacy and the ability to bring about desired outcomes. The primary objective of constructive thinking using the yellow hat is to achieve effectiveness.

Using intuition and feelings to solve difficulties, 'Red Hat' helps people express themselves. The act of putting on the red hat enables the individual engaged in cognitive processes to express their subjective emotions and sentiments about the subject matter at hand. The red hat serves to validate emotions and feelings as a significant component of cognitive processes. The red hat facilitates the visualization of emotions, enabling their integration into the cognitive framework and the decision-making process. The red hat offers a practical means for a thinker to transition between the emotional and logical modes of thinking, which would otherwise be unattainable without the utilization of this tool. The use of the red hat in cognitive processes enables an individual to delve into the emotional perspectives of others through the solicitation of a red hat viewpoint. When a cognitive individual employs the red hat, they must refrain from engaging in any endeavors to rationalize or substantiate their emotions. The red hat encompasses two major emotional categories. Fear, hatred, and even subtler feelings like mistrust are all part of the human emotional spectrum. Second, feelings like hunch, intuition, sense, and aesthetic sensation are the culmination of nuanced analyses. When an opinion is heavily influenced by this sort of emotion, it can also be classified as a "red hat" theory (De Bono, 2017).

The Black Hat encourages caution and consideration of a concept's flaws. The individual wearing the black hat endeavors to mitigate risks and overcome challenges. The

black hat serves the purpose of identifying areas that require attention due to their potential weaknesses or detrimental effects. The black hat aims to elucidate the potential dangers and challenges that may arise in the future, specifically examining the negative outcomes that could occur. The concept of "fit" is highly emphasized in the context of the black hat. In the context of the black hat, the primary emphasis is on the elements associated with caution. The application of black hat thinking can potentially identify procedural problems inside the thought process. The primary objective of engaging in black hat thinking is to identify and highlight potential areas of concern or caution. The utilization of black-hat thinking may lead to potential abuse and excessive reliance if it becomes the exclusive way of cognitive processing (De Bono, 2017).

The Green Hat encourages new talents and creative problem-solving. The green hat is designated to foster creative thinking. The individual who puts on the green hat will employ the idiomatic expressions associated with the realm of imaginative cognition. Ideally, both the thinker and the listener should be adorned with green caps. The color green has long been linked to ideas of growth, well-being, and the importance of seeds. The exploration of alternate options is a basic component of green hat thinking. There exists a must to surpass the realm of established knowledge, evident truths, and mere adequacy. The individual employing the green hat thinking approach utilizes the concept of a creative pause to engage in a reflective process, wherein they actively contemplate the existence of different ideas at any given moment. Green-hat thinking involves the process of intellectual inquiry endeavors to progress beyond a certain concept to attain a novel and innovative notion. The concept of provocation carries substantial importance in the realm of green hat thinking, as it is denoted by the term "po." The primary function of a stimulus is to interrupt our habitual thinking patterns. The application of this thinking style enables the creation of innovative ideas and viewpoints.

The Blue Hat organizes and controls thoughts to boost productivity. The blue hat serves as the designated control headgear. The blue-hat thinker is responsible for the organization of the thought process. Blue-hat thinking refers to the cognitive process of contemplating the necessary thinking strategies required to delve into an issue or matter. The blue-hat thinker assumes a role like that of a conductor in an orchestra. The blue-hat thinker advocates for the utilization of alternative thinking approaches. The blue-hat thinker delineates the specific areas or topics that are the focus of their thought process. Blue-hat thinking establishes the central point of attention. Blue-hat thinking plays a crucial role in

problem identification and question formulation. Blue-hat thinking is the cognitive process that is responsible for determining the specific cognitive activities that need to be undertaken and the generation of summaries, overviews, and conclusions. Thinking about thinking is the blue hat. The blue hat focuses on meta-cognition (Kivunja, 2015).

Six Thinking Pagri (Turban) Styles

(1)	White Turban		Information gathering. It helps an individual to think about how information can help him tackle a particular issue
(2)	Red Turban		Feelings, intuition, and emotions. It allows an individual to express his/ her feelings, looking at problems using intuition, gut reaction and feelings
(3)	Yellow Turban		Benefits and feasibility It is considered to be optimistic yet logical Pagri. It helps an individual to see the brighter side of a situation when feeling negative about situation.
(4)	Black Turban		Caution, criticism and assessing risks. It is the Pagri of logic and critical judgement. It allows an individual to consider any weak points in notion or solution.
(5)	Green Turban		Creativity, new ideas, and possibilities. It is the Pagri of creativity and it allows an individual to seek new approaches, innovative solutions to the problem
(6)	Blue Turban		Process control It considered to be the Meta Pagri, that is, thinking about thinking. It allows an individual to see keep an overview of what thinking is necessary to pursue the goal.

*Inspired from:
'Six Thinking Hats' by Edward de Bono, 1992*

Figure 1 - is an illustration of the Six Thinking Pagris

These colored metaphorical hats address hopelessness, turmoil, and emotions during a crisis (De Bono, 2017; Mostafa et al., 2020). Thus, in this case study, the "Six Thinking Pagris" crisis and early intervention are based on the "Six Thinking Hats" model (De Bono, 1985) to assist them in restoring their functioning, easing their suicidal ideation symptoms, and creating adaptive coping mechanisms. Several research studies have shown that the Six Thinking Hats thinking model can be effective in teaching creativity, enhancement of learning, academic achievement, problem-solving, development of pivotal

thinking among adolescents and adults, cognitive flexibility, positive thinking, self-regulation and metacognitive skills, suicide prevention (Dhanapal & Ling, 2013; Kivunja, 2015; Kaur & Singh, 2021). Therefore, with keeping the desperate need for the prevention of suicidal ideation in various villages of Fatehgarh Sahib, “Six Thinking Pagris” as a crisis intervention technique was used to alleviate suicidal ideation, cognitive distortions, and enhance self-esteem among farmers of Fatehgarh Sahib.

A total of 120 male farmers out of 183 participated in the study and were screened based on a threshold score of Suicide Behaviours Questionnaire-Revised (SBQ-R; Osman et al., 2001). These farmers belonged to Sangatpur, Chanarthankalla, Khojemajra, and Mirpur villages of Fatehgarh Sahib district of Punjab (India), within the age range of 31-60 years, and were living in intact families. These farmers were identified by fifteen peer support volunteers (seven males and eight females) belonging to Fatehgarh Sahib, and Sangrur districts in Punjab (India). The pre-scores of the control group and experimental were also matched (Table 2) by calculating the paired sample t-test to see the difference between the pre-scores of the experimental and control group on the modified suicidal ideation scale (MSSI); cognitive distortion scale (CDS) and Rosenberg self-esteem scale (RSES)

3 DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS

Demographic data of age, place of residence, and family type have been presented in Table 1. The table shows that the maximum farmers were within the age range of 31-40 years old, that is, 37.5 %, followed by 31.66 % within the age range of 41-50 years old, and 30.83 % within the age range of 51-60 years old and the average range was found to be 45.22 years old. In terms of their residence in Fatehgarh Sahib District, the maximum number of farmers were from Khojemajra village, that is, 33.33 % farmers, followed by 30% from Chanartahal Kalan village, 27.55 % were from Sangatpur village and 9.16 % from Mirpur village. Many of the farmers came from joint families, that is, 55.80 %, and others resided in a nuclear family setup, that is, 52.50 %.

Table 1. Demographic characteristics of the respondents.

Characteristic	Category	N	%
Age	31-40 years	45	37.5
	41-50 years	38	31.66
	51-60 years	37	30.83
Villages of Fatehgarh Sahib	Khojemajra	40	33.33
	Chanartahal Kalan	36	30
	Sangatpur	33	27.55
	Mirpur	11	09.16
Family type	Nuclear	63 ⁰	52.50
	Joint	67 ⁰	55.80

Table 2. Paired samples t–test comparing the pre-intervention scores of farmers in the experimental group and pre-intervention scores of farmers in the control group.

Paired Groups (N=60)		Pre-Pre intervention Mean Difference	SD	Df	T	sig
Pair 1	Self-Criticism	0.08	.49	59	1.29	0.19
Pair 2	Self-Blame	0.43	12.41	59	0.27	0.78
Pair 3	Helplessness	3.00	14.08	59	1.65	0.10
Pair 4	Hopelessness	0.17	2.87	59	1.04	0.98
Pair 5	Preoccupation with danger	0.29	2.30	59	0.56	0.95
Pair 6	MSSI	0.16	5.74	59	0.22	0.82
Pair 7	RSE	0.01	2.60	59	0.50	0.96

The matching of the pre-intervention scores of farmers in the experimental group and the pre-intervention scores of farmers in the control group was also calculated by paired sample t-test. Table 2 shows that no significant difference was found in the scores of farmers in the experimental group and pre-intervention scores of farmers in the control group on the Cognitive Distortion scale's dimensions, self-blame (SB), self-criticism (SC), hopelessness

(HOP), helplessness (HLP), and preoccupation with danger (PWD), the modified scale for suicide ideation (MSSI) and Rosenberg self-esteem (RSE).

4 MEASURES

4.1 The Suicide Behaviours Questionnaire-Revised

The SBQ-R is a 4- item that measures four levels of suicidality, suicidal ideation/ suicidal behaviour/, frequency of suicidal ideation, intent to communicate suicide, and the likelihood of committing suicide in the future. The cut-off score for a general adult population is 7 and the psychiatric population is 8. It means those who score above or equal to this cut-off score are found to be clinically significant. The score ranges from 3 to 18. The higher the score, the higher will be the suicidal behavior. Research indicates that it yields good psychometric properties. Aloba, Ojeleye, and Aloba (2017) found its internal consistency to be $\alpha=.83$.

4.2 The Modified Scale for Suicidal Ideation

The MSSI is an 18-item which measures the intention of suicidal ideation, competence to attempt suicide, and amount of communication about suicide (Miller et al., 1986). The MSSI has been adapted from the Beck Scale for Suicidal Ideation (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979). Each item rates on a 4-point scale and responses are summed up to derive a total score. Severity ranges on the MSSI are as follows: 0–8 = none/low, 9–20 = mild/moderate, 21+ = severe. Research indicates that it possesses good internal consistency $\alpha= .94$ (Clum & Yang, 1995).

4.3 The Cognitive Distortion Scale

The scale is a 40-item, which is measured on a 5-point Likert scale, 1(never) to 5 (very often). It measures dysfunctional patterns of thinking in adults. The scale measures five subscales each having eight items, Self-Criticism (SC), Self-Blame (SB), Helplessness (HLP), Hopelessness (HOP), and Preoccupation with Danger (PWD). The raw scores for each subscale are first converted into T-scores, and if T is equal to or greater than 70, that

distortion would be considered clinically significant. Research has found that it has good psychometric properties and can be predictive of suicidal behavior (Briere & Spinazolla, 2005). Briere (2000) has found that it yields an internal consistency for hopelessness $\alpha = .97$, helplessness $\alpha = .94$, self-criticism $\alpha = .93$, self-blame $\alpha = .92$ and preoccupation with danger $\alpha = .89$. These values indicate very high internal consistency reliability for adult sample.

4.4 Rosenberg Self-Esteem Scale

Rosenberg Self-Esteem Scale is a 10-item scale that measures positive and negative evaluation of self. It is a 4-point Likert-type scale, ranging from *Strongly Agree* to *Strongly Disagree*. The score ranges from 10 to 40, with the higher score indicating higher self-esteem. Research has found that the internal consistency for the RSES was found to be $\alpha = .86$ (Wongpakaran, & Wongpakaran, 2012).

4.5 Reliability of the tools used

The internal consistency for the farmers ($N = 120$) was determined by Cronbach's alpha. The result showed that the Modified scale for Suicidal Ideation had a reliability of $\alpha = .69$. In terms of the Cognitive distortion scale's dimensions, Self-Criticism (SC) had a reliability of $\alpha = .63$, Self-Blame (SB) had a reliability of $\alpha = .68$, Helplessness (HLP) had a reliability $\alpha = .70$, Hopelessness (HOP) had a reliability of $\alpha = .79$ and Preoccupation with Danger (PWD) had a reliability of $\alpha = .67$. In addition, the result showed that Rosenberg Self-esteem scale had a reliability of $\alpha = .76$. Therefore, internal consistency for the farmers was found to be good for all the scales used in the present study.

5 PROCEDURE

The present study comprised two stages in the research. In the *first stage*, 'Life Skill Awareness Camps' were organized at the university campus, to sensitize youth studying in graduate or post-graduate courses, and hailing from rural backgrounds, about farmers' suicide in Punjab and to motivate them to become Peer Support Volunteers (PSV) for the prevention of farmers' suicide in Punjab. After the identification of fifteen Peer Support Volunteers (PSV), Capacity Building of PSVs was started. Selected PSVs were psycho-educated about suicide and were trained to impart a structured "Six Thinking Hats" module

by replacing the word 'Hat' with 'Pagri (turban)' for cultural relevance. This "Six Thinking Pagris" was used as a community-based extending over six weeks for the identified farmers. Imparting skills towards early identification of suicidal population and Crisis Intervention with appropriate skills was the main aim of these trainings.

In the second stage, the study was further conducted in three phases. In the *first phase*, PSV screened the 120 distressed farmers from Fatehgarh Sahib district, based on a threshold score of Suicide Behaviours Questionnaire-Revised (SBQ-R, Osman et al., 2001), and those who scored above the threshold score of 8 were given Modified scale for Suicidal Ideation (MSSI; Miller et al., 1986), Cognitive Distortions Scale (CDS; Briere, 2000) and Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965). Sixty farmers were placed in an experimental group, and sixty farmers were placed in a wait-list control group.

In the *second phase*, 'Six Thinking Pagris' as a crisis intervention was given to the sixty farmers in the experimental group in 5 stages over a period of six weeks (Myers, 2001). On the other hand, farmers in the control group did not receive the "Six Thinking Pagris" intervention but they were in touch with the authors of the study. Eight sessions of 15 minutes were given to the farmers in the control group and principles of psychological first aid was used in the sessions. The farmers in the control group were not given any input. The authors of the present study made an unstructured risk assessment of any deterioration.

In the *final phase*, the Modified Scale for Suicidal Ideation (MSSI; Miller et al., 1986), the Cognitive Distortions Scale (CDS, Briere, 2000), and the Rosenberg Self-esteem scale (Rosenberg, 1965) were again administered to both the groups by PSVs to see whether 'Six Thinking Pagris' as a crisis intervention has been effective in experimental group in terms of alleviating the suicidal ideation and cognitive distortions and enhancing the self-esteem. After the final stage, by keeping the ethical issue of distressed farmers in the control group into consideration, farmers belonging to the control group were also given the Six Thinking Pagris as a crisis intervention by the PSVs so that their suicidal ideation and cognitive distortion could be alleviated, and their self-esteem could be enhanced. Pre- and post-assessment was not measured in that case.

6 DATA ANALYSES

A paired sample t-test was utilized to examine the difference in pre-post intervention scores on the modified scale for suicidal ideation, cognitive distortion scale, that is, self-blame (SB), self-criticism (SC), hopelessness (HOP), helplessness (HLP), and preoccupation with danger (PWD) and Rosenberg self-esteem scale in the sample under study. In the analysis, IBM SPSS for Windows version 20 was used.

7 ETHICAL CONSIDERATION

Ethical clearance was obtained by the Advisory Committee (AC) of a project under the National Agricultural Science Fund (NASF)-Indian Council of Agricultural Research (ICAR). All participants were briefed about the current study, and that they would be helped to learn a method by which they can manage the current crisis. The participants were informed that they could withdraw at any time from the study without giving the reasons for the same. The confidentiality of the information was assured and written informed consent was also obtained from the participants.

8 RESULTS

Table 3. Paired samples t-test comparing the pre and post-intervention scores of farmers in the experimental group

Paired Groups		Post-Pre intervention Mean Difference	SD	Df	T	sig
Pair 1	Self-Criticism	.93	6.69	59	1.80	.28
Pair 2	Self-Blame	1.61	8.62	59	1.45	.15
Pair 3	Helplessness	26.70	20.46	59	10.10	.000**
Pair 4	Hopelessness	32.98	21.62	59	11.81	.000**
Pair 5	Preoccupation with danger	.81	7.37	59	.85	.395

Pair 6	MSSI	5.70	4.59	59	9.61	.005*
Pair 7	RSE	-1.30	3.98	59	-2.52	.014*

Paired samples t-test results of pre and post-intervention phases (Table 3) revealed that intervention has significantly reduced scores on helplessness, $t(59) = 10.10, p < 0.00$ hopelessness, $t(59) = 11.81, p < .000$), the modified scale for suicidal ideation, $t(59) = 9.61, p < 0.05$) while improving scores on Rosenberg self-esteem, $t(59) = -2.52, p < 0.01$).

Table 4. Paired samples t-test comparing the pre and post-test scores of farmers in the control group

	Paired Groups (N=60)	Post-Pre intervention Mean Difference	SD	Df	T	sig
Pair 1	Self-Criticism	0.35	4.43	59	0.63	0.53
Pair 2	Self-Blame	0.41	2.49	59	1.06	0.20
Pair 3	Helplessness	0.08	0.38	59	1.68	0.96
Pair 4	Hopelessness	2.71	20.22	59	1.04	0.30
Pair 5	Preoccupation with danger	0.08	0.82	59	0.77	0.44
Pair 6	MSSI	0.56	3.27	59	1.34	0.54
Pair 7	RSE	0.16	0.41	59	1.09	0.67

Paired samples t-test results of pre-and post-scores of farmers belonging to the control group (Table 4) without intervention revealed that without intervention, no significant difference was found among the variables.

9 DISCUSSION

The present study emphasizes the significance of community-based crisis intervention utilizing the Six Thinking Hats approach, also known as Six Thinking Pagris, in addressing suicide ideation within the agricultural community. The findings of the case study conducted in Fatehgarh Sahib district of Punjab indicate that the implementation of the 'Six

'Thinking Pagri' intervention demonstrated effectiveness in mitigating suicidal ideation and cognitive distortions, as well as improving self-esteem among the experimental group of distressed farmers in Fatehgarh Sahib. The findings presented in the case study of Punjab indicate that the observed changes in the experimental group of farmers, namely in their scores related to suicidal ideation, cognitive distortions, and self-esteem, may be attributed solely to the implementation of the 'Six Thinking Pagri' intervention, rather than any other external factors or interventions and there were no statistically significant variations observed in the scores of the different dimensions of the Cognitive Distortion scale, namely self-blame (SB), self-criticism (SC), hopelessness (HOP), helplessness (HLP), and preoccupation with danger (PWD), as well as the modified scale for suicide ideation (MSSI) and Rosenberg self-esteem (RSE), among farmers who were part of the control group..

Several researchers have found that community-based intervention can be effective in providing support to vulnerable individuals (James, 2018). A study conducted by Al-Sulaiman et al. (2018) has found that community-based intervention on Roberts's model of seven-stage crisis (which focuses on helping the client to resolve the inability to solve his problems related to the crisis, helping them to resolve symptoms of crisis, and helps them change their coping mechanisms) was found effective in improving the mental health problems of women with breast cancer from Qatar. In another recent study conducted in the context of surviving fire, a crisis intervention model called R(Rescue), E(Exposure), C (Confinement), E (Extinguishment), O (Overhaul) developed by Khadri and Ahmad (2019) who found it to be effective among Malaysian firefighters and fire survivors in terms of improving mental health. They further suggested that this model can be used in crisis settings and clinical settings.

In the current case study, "Six Thinking Pagris" was given to the farmers in several villages of Fatehgarh Sahib during a crisis. The six-hat system makes problem-solving more flexible, which may be its greatest benefit. In a crisis, a susceptible person may feel overwhelmed by emotions like hopelessness and helplessness. The six thinking hats technique simplifies this by dividing the many modes of thinking (metaphorical Hats) and letting the thinker employ each one at a time. Instead, of trying to do everything at once, one divides the many components of thinking and uses the entire thinking potential to examine all sides of an issue or dilemma.

In this study, the result showed that a significant difference was found in pre-intervention and post-intervention scores of suicidal ideations, cognitive distortion specifically hopelessness and helplessness, and self-esteem. In other words, six thinking Pagri

skills helped in reducing suicidal ideation, and dysfunctional thinking patterns, specifically, hopelessness (HOP) and helplessness (HLP), and improving confidence in their own abilities (self-esteem) in farmers of Fatehgarh Sahib. Whereas, no significant difference was found in pre and post-intervention scores of other dimensions of cognitive distortions, particularly, a tendency to devalue oneself, that is, self-criticism (SC), a tendency to blame oneself for detrimental experience that was out of one's control, that is, self-blame (SB) and tendency to assume that objectively benign circumstances may contain negative risk of negative emotional or physical outcomes, that is, preoccupation with danger (PWD).

The reason behind the significant difference in pre-intervention and post-intervention scores of suicidal ideations, cognitive distortion specifically hopelessness and helplessness, and self-esteem could be because of De Bono's metaphorical colored hats or in this Pagris which deals with three fundamental difficulties when faced with a problem or crisis (De Bono, 1992). De Bono identified the difficulties as *Emotions* (i.e., one's tendency to rely on intuitions, and emotions than thinking); *Helplessness* (i.e., one's feeling of paucity); *Confusion* (one's feeling of uncertainty, what to do next?) (De Bono, 1992; Kivunja, 2015).

The power of the six-thinking hats metaphor is that the wearer can switch hats after finishing one. De Bono (1985) suggests using the six hats method to use emotions and feelings in the proper location. It is believed that wearing different colored hats provides a basic framework for considering activities [in the form of] precise next steps that can be taken to tackle the situation that causes helplessness or hopelessness. The six-hat strategy helps people use emotions appropriately. The third issue arises when one attempts to do too much at once, but the six hats technique allows him to take one path at a time. (p. 8).

Whereas, in terms of other dimensions of cognitive distortions, self-blame (SB), Self-criticism (SC), and Preoccupation with Danger (PWD), no significant difference was found in pre- and post-intervention scores. The reason could be that those were relatively more internal and stable characteristics of an individual and perhaps required long-term therapeutic goals to reduce this dysfunctional pattern of thinking. Also, the six thinking hats model was more focused on problem-solving thinking rather than on more of self-devaluation schemas in the form of critical thinking and Self- Blame (SB), and Self- Criticism (SC). Research has shown that compassion-focused intervention strategies have been more effective in dealing with self-devaluation schemas than problem-focused strategies (Rose, McIntyre & Rimes, 2018).

The current chapter on the case study in Punjab also suggest that by setting up peer support volunteerism and by doing PSV capacity building, they can effectively contribute towards reducing suicidality in times of crisis. Specifically, suicide is often misunderstood and there is stigma related to it, due to which a lot of times people do not reach out for help. Therefore, the current chapter showcases the implementation of community-based strategies i.e., Six Thinking Pagris aimed at catering to the mental health of the farming community of Punjab. The chapter also elucidates the significance of culturally tailored intervention i.e., Six Thinking Pagris in the effective management of suicidal ideation, and it could be an effective intervention for bridging the gap in mental health facilities that remain inaccessible to most of the farming community of Punjab.

Specifically, in the current study peer support volunteers were able to identify those distressed farmers and by using “Six Thinking Pagri” as a crisis intervention were able to instil problem-solving skills in distressed farmers and make them feel psychologically empowered. Having the “Pagris” colored differently helped the farmers to understand that at the time of crisis, there usually cannot be one-way to resolve an issue. which if one approach doesn't appear to derive an answer, they ought to be prepared to do other approaches that help to advance their thinking and problem solving (De Bono, 1992; Kaur & Singh, 2021; Kivunja, 2015). This flexibility in thought and the feeling of de-catastrophizing helped in minimising the hopelessness and helplessness which was contributing to the suicidal ideation in the farmers under study. To back this explanation, a similar study was conducted by Kaur and Singh (2021) who examined the efficacy of “Six Thinking Dupatta Skills” as a problem-solving skill for the prevention of suicide in grieving wives of Bathinda district (Punjab) who had lost their husbands because of suicide. The findings suggested the ‘Six thinking Dupatta Skills based on six thinking hats can be effective as problem-solving skills at the time of grieving situations.

10 CONCLUSIONS

Six Thinking Pagri, based on the six thing hats paradigm, was utilized to reduce suicidal thoughts, cognitive distortions, and self-esteem in fire-surviving farmers. The present findings suggest that it has been effective with fire-surviving farmers by teaching them how to develop problem-solving skills by employing a certain type of thinking and to stop using it once they have exhausted its utility and activate to a different type of thinking in times of crisis. The sample under investigation responded well to this multifaceted dynamic process of switching in analysing a situation/problem using colored "Pagri."

The present chapter also emphasizes the relevance of young peer support volunteers, which can provide informal help to people in difficult situations and improve their well-being, resilience, and psychosocial functioning. In times of difficulty, Punjab farmers are rarely treated for suicide. Thus, Fatehgarh Sahib district farmers' first crisis intervention was successful. The present study is particularly relevant to educational settings and community settings, such as colleges, by providing training and sensitization programmes to youth to develop and inculcate more sensitivity towards mental health issues, with the goal of increasing the welfare of others and eradicating psychosocial issues like suicide, drug abuse, and stigmas and stereotypes about mental illness. A community-based intervention like Six Thinking Pagris can help people without physical or mental healthcare in times of need.

11 CHALLENGES AND PITFALLS TO AVOID IN CRISIS INTERVENTION

It is important to understand the limitations of Six Thinking Pagri Skills as a culturally grounded crisis intervention approach for suicide prevention among farmers in Punjab. There are certain practices which can be avoided while using a crisis intervention with vulnerable population. For instance, giving farmers a simplistic reassurance (e.g., “don’t worry, everything will be fine”) or quick solutions may invalidate their lived experiences. Similarly, it is crucial to consider the cultural values, religious beliefs, or symbolic aspects of a diverse cultural group when working with them, as this may facilitate the trust-building process (e.g., the turban as an identity marker in Punjab). Roberts (2005) emphasized that the crisis process demands behavior that is nonjudgmental, ventilation, and affirmation of feelings that are overwhelming. Therefore, ignoring the sadness, anger, and hopelessness of farmers and placing blame on other people could potentially exacerbate their emotional distress and lead to an increase in stigma and shame, both of which contribute to an increased risk of suicide (Vijayakumar, 2010). It is crucial to highlight that enhancing coping resources, implementing problem-solving strategies, and stabilizing the situation should be the primary goals of crisis intervention (Roberts, 2005). If the crisis is overly pathologized, it could cause the vulnerable people to become even more resistant to receiving support. WHO (2025) has emphasized the necessity of continual follow-ups in crisis interventions to prevent the risk of relapse into crisis during future financial or other stressors. In the context of data presented in the current chapter, one of the issues the PSVs faced during the data collection

the data was collected in the time of crisis episode; however, no baseline assessment was not done prior to the crisis. Therefore, future research can address the issue of assessment of comparison of mental health of farmers in crisis and non-crisis situations.

REFERENCES

Aloba, O., Ojeleye, O., & Aloba, T. (2017). The psychometric characteristics of the 4-item Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) as a screening tool in a non-clinical sample of Nigerian university students. *Asian journal of psychiatry*, 26, 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.017>.

Al-Sulaiman, R. J., Bener, A., Doodson, L., Al Bader, S. B., Ghuloum, S., Lemaux, A., ... & Karim, A. (2018). Exploring the effectiveness of crisis counseling and psychoeducation in relation to improving mental well-being, quality of life and treatment compliance of breast cancer patients in Qatar. *International journal of women's health*, 10, 285. <https://dx.doi.org/10.2147%2FIJWH.S161840>.

Aithal, P. S., Kumar, P. M., & Shailashree, V. (2016). Factors & Elemental Analysis of Six Thinking Hats Technique Using ABCD Framework. *International Journal of Advanced Trends in Engineering and Technology*, 1(1), 85-95. <https://ssrn.com/abstract=2899612>.

Barik, D., & Thorat, A. (2015). Issues of unequal access to public health in India. *Frontiers in public health*, 3, 245. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpubh.2015.00245>.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>.

Briere, J. (2000). *Cognitive Distortion Scales professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 401-412. http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/SpecialIssueComplexTraumaOct2006JTS2.pdf.

Cole, W. O., & Sambhi, P. S. (1989). *The Sikhs: Their religious beliefs and practices*. Routledge.

Coppens, E., Van Audenhove, C., Gusmão, R., Purebl, G., Szekely, A., Maxwell, M., ... & Hegerl, U. (2018). Effectiveness of General Practitioner training to improve suicide awareness and knowledge and skills towards depression. *Journal of affective disorders*, 227, 17-2. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.0393>.

De Bono, E. (1985). *Six Thinking Hats*. London: Penguin Books.

De Bono, E. (1995). Serious Creativity. *The Journal for Quality and Participation*, 18, 12-18.

Fazakas-DeHoog, L. L., Rnic, K., & Dozois, D. J. A. (2017). A Cognitive Distortions and Deficits Model of Suicide Ideation. *Europe's Journal of Psychology*, 13(2), 178-193. <https://doi.org/10.5964/ejop.v13i2.1238>.

Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Pratap, A., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 16(3), 287-298. <https://doi.org/10.1002/wps.20472>.

Gulliver, S. B., Pennington, M. L., Leto, F., Cammarata, C., Ostiguy, W., Zavodny, C., Flynn, E. J., & Kimbrel, N. A. (2016). In the wake of suicide: Developing guidelines for suicide postvention in fire service. *Death studies*, 40(2), 121-128. <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1077357>.

Kaur, H., & Singh, A. (2021). Six Thinking Dupatta Skills for Problem Solving: Case Study of Suicide Prevention of Wives in Grief. *Journal of Creativity in Mental Health*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/15401383.2021.2000910>.

Kivunja, C. (2015) Using De Bono's Six Thinking Hats Model to Teach Critical Thinking and Problem Solving Skills Essential for Success in the 21st Century Economy. *Creative Education*, 6, 380-391. doi: 10.4236/ce.2015.63037.

Khadri, M. W. A. A., & Ahmad, N. S. (2019, March). A Review on RECEO Crisis Intervention Model among Firefighters in Malaysia and in Crisis Counselling Setting. In *4th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2018)*. Atlantis Press. <https://dx.doi.org/10.2991/acpch-18.2019.104>.

Lester D., (1994). *Emile Durkheim: le suicide one hundred years later*. Philadelphia: Charles Press.

Mishra, S. (2014). Farmers' suicides in India, 1995-2012: measurement and interpretation. *London: Asia Research Centre*. Retrieved from <http://www.ask-force.org/web/HerbizideTol/Mishra-Farmers-Suicides-India-1999-2012.pdf>.

National Crime Records Bureau. (2022). *Accidental Deaths & Suicides in India 2021*. Retrieved from https://ncrb.gov.in/sites/default/files/Chapter-2-Suicides_2019.pdf.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>.

O'Beaglaioich, C., McCutcheon, J., Conway, P. F., Hanafin, J., & Morrison, T. G. (2020). Adolescent suicide ideation, depression and self-esteem: relationships to a new measure of gender role conflict. *Frontiers in psychology*, 11, 111.

O'Connor, R.C., & Kirtley, O.J. (2018). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*. 373: 20170268. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>.

Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with Clinical and Nonclinical Samples. *Assessment*, 8(4), 443–454.

<https://doi.org/10.1177/107319110100800409>.

Reisch, T., & Michel, K. (2005). Securing a suicide hot spot: effects of a safety net at the Bern Muenster Terrace. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(4), 460–467.

Rose, A., McIntyre, R., & Rimes, K. A. (2018). Compassion-Focused Intervention for Highly Self-Critical Individuals: Pilot Study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 46(5), 583–600.

<https://doi.org/10.1017/S135246581800036X>.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosen, B., Preisman, M., Hunter, J., & Maunder, R. (2020). Applying psychotherapeutic principles to bolster resilience among health care workers during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Psychotherapy*, 73(4), 144–148.

<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200020>.

Salzer, M. S., & Shear, S. L. (2002). Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 281–288.

<http://dx.doi.org/10.1037/h0095014>.

Stice, E., & Van Ryzin, M. J. (2019). A prospective test of the temporal sequencing of risk factor emergence in the dual pathway model of eating disorders. *Journal of abnormal psychology*, 128(2), 119. <https://dx.doi.org/10.1037%2Fabn0000400>.

van Spijker, B. A., Werner-Seidler, A., Batterham, P. J., Mackinnon, A., Caele, A. L., Gosling, J. A., ... Christensen, H. (2018). Effectiveness of a Web-Based Self-Help Program for Suicidal Thinking in an Australian Community Sample: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 20(2), 15. <https://dx.doi.org/10.2196%2Fjmir.8595>.

Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Ferguson, E., O'Connor, D. B., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2018). From ideation to action: differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults. *Journal of affective disorders*, 241, 475–483. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.074>.

Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2012). A comparison of reliability and construct validity between the original and revised versions of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychiatry investigation*, 9(1), 54–58. <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.1.54>

World Health Organization. (2025). *Suicide in the world: Global Health Estimates* World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>.

Yang, B., & Clum, G. A. (1995). Measures of life stress and social support specific to an Asian student population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17(1), 51–67. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02229203>.

Zakaria, K., & Chuemchit, M. (2017). Knowledge, Attitude and Practice of Psychological First Aid among Health Professionals Working in Accident & Emergency Department in Brunei Darussalam. *Journal of Health Research*, 31(Suppl. 1), s99-s105. Retrieved from <http://www.thaiscience.info/journals/Article/JHRE/10987724.pdf>.

Dr. Amandeep Singh is working as an assistant professor at the Department of Liberal Arts Humanities and Social Sciences, Manipal Academy of Higher Education (MAHE), Bengaluru. He is a suicide prevention researcher. He worked with suicidal ideation/behavior, mood disorders, anxiety disorders, and addiction disorders. He has a Ph.D. in suicide prevention among Punjab's young and worked as a Project Technical Officer in ICMR's project at the Indian Institute of Technology, Ropar, Punjab. He is a trained queer affirmative therapist and a community psychologist. He was a Senior Research Fellow on the national project "Addressing Farmers' Suicide Through Capacity Building of Farming Families" by the National Agricultural Scientific Research (NASR) and Indian Council of Agricultural Research (ICAR) where He worked with distressed farmers of Punjab, Maharashtra, and Telangana. He worked as a community counselor and leader of the mental health team that gave hardiness training to proclaimed addicts of Patiala district (India) in the small project on "Alcohol and Tobacco Consumption in India" in 2019. He has 14 peer-reviewed research publications, 12 research articles, and 2 book chapters. He has presented his work at 24 national and international conferences. He has conducted several seminars/ workshops on suicide prevention, mindfulness, mental health, peer support, addiction, and other mental health issues. He's been a recipient of the "PROF. DEEPAK BHATT AWARD" thrice for community research.

Email: ammandeep5192@hotmail.com; amandeep.singh@manipal.edu,

Contact: +918699224755

ATENCIÓN PSICOLOGICA EN EMERGENCIAS PARA PERSONAS MIGRANTES

Psic. Elsy Carolina Acosta Pérez MSc. - Venezuela

1 INTRODUCCIÓN

En la última década, el número de personas en situación de movilidad humana ha alcanzado cifras sin precedentes. Según datos del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2024), más de 117 millones de personas en el mundo han sido desplazadas forzosamente debido a guerras, conflictos armados, persecución, violencia generalizada, crisis climáticas o colapso socioeconómico. Esta cifra representa no solo un reto logístico y político para los Estados, sino también un desafío urgente para la atención psicosocial y la salud mental desde un enfoque de emergencia.

La migración forzada, a diferencia de los movimientos voluntarios, implica una ruptura drástica del proyecto de vida, del entorno afectivo y de las redes de apoyo. Las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo suelen atravesar una serie de eventos traumáticos acumulativos en tres momentos clave: antes de salir (como persecución, hambre o violencia); durante el trayecto (exposición a abusos, muerte, trata o desprotección); y al llegar al país de destino (discriminación, barreras legales, rechazo social, y vulneración de derechos básicos). Esta triple exposición convierte a esta población en una de las más afectadas emocional y psicológicamente, aunque paradójicamente, una de las menos atendidas con enfoque especializado (Silove et al., 2017).

La Psicología de la Emergencia, en este contexto, cumple una función clave no solo como disciplina de atención y contención, sino también como herramienta de justicia, reparación y acompañamiento ético. A diferencia de modelos clínicos tradicionales que se enfocan en el diagnóstico y tratamiento de síntomas, el abordaje psicosocial en contextos migratorios debe comprender la experiencia vital completa, incluyendo los determinantes sociales, culturales, legales y existenciales que la configuran (IASC, 2007).

El duelo migratorio, por ejemplo, es una categoría psicológica aún poco explorada desde una mirada no patologizante. Este tipo de duelo es prolongado, ambiguo, múltiple y frecuentemente desautorizado socialmente. Las emociones asociadas a la pérdida del hogar,

de la lengua, de la identidad y de los vínculos familiares son tan válidas y dolorosas como las provocadas por una pérdida por muerte, pero suelen ser invisibilizadas en las intervenciones tradicionales (Achotegui, 2017).

Por otro lado, es necesario reconocer que las personas migrantes no son únicamente sujetos de sufrimiento. También poseen capacidades de agencia, resiliencia cultural, sabiduría comunitaria y redes de apoyo propias. Por ello, la atención psicológica en emergencia debe evitar el asistencialismo pasivo y el reduccionismo clínico, promoviendo en su lugar una mirada interseccional, intercultural y centrada en el respeto a la dignidad y a los derechos humanos (OIM, 2020).

Este capítulo propone una revisión de las buenas y malas prácticas que se observan con frecuencia en los contextos humanitarios donde se atiende a personas migrantes, especialmente en albergues, fronteras, campos de refugiados y comunidades de acogida. A través de un enfoque ético, empático y contextualizado, se busca ofrecer herramientas conceptuales y prácticas que permitan una intervención psicológica más justa, pertinente y reparadora.

2 NECESIDADES PSICOSOCIALES Y EMOCIONALES DE PERSONAS MIGRANTES

La experiencia migratoria, especialmente cuando es forzada, activa una serie de necesidades emocionales y psicosociales complejas, que van mucho más allá de la contención inicial. Estas necesidades no son estáticas ni homogéneas; varían según el contexto, la historia personal, el tipo de migración y factores como edad, género, nivel educativo, identidad cultural, entre otros (OIM, 2020). Comprender y atender dichas necesidades desde un enfoque sensible y contextualizado es esencial para cualquier intervención en Psicología de la Emergencia.

3 EL DUELO MIGRATORIO: PÉRDIDA SIN CUERPO, SIN TUMBA Y SIN RITUAL

El concepto de **duelo migratorio** (Achotegui, 2009) se refiere al proceso emocional que enfrentan muchas personas al dejar atrás su tierra, su lengua, sus vínculos afectivos, su estatus social y su historia personal. A diferencia del duelo por fallecimiento, este tipo de pérdida es ambigua, continua y no siempre reconocida socialmente. Se trata de un duelo:

Múltiple: se pierden simultáneamente elementos tangibles e intangibles (cultura, pertenencia, estatus, rol social, familia).

Recurrente: se reactiva en distintas etapas (llegada, trámites, discriminación, fechas significativas).

Invisibilizado: la sociedad receptora no siempre lo reconoce como legítimo o necesario.

Desautorizado: se espera que la persona “agradezca” por haber llegado y “se adapte”, sin mostrar dolor.

Este tipo de duelo puede generar síntomas emocionales como:

- Tristeza crónica o llanto sin causa aparente.
- Irritabilidad, ansiedad, pérdida de sentido o motivación.
- Sensación de “desarraigo” o de no pertenecer ni al país de origen ni al de destino.
- Sentimientos de culpa por haber migrado o por dejar personas atrás (culpa del sobreviviente).

Ejemplo clínico: Una mujer que migró dejando a sus hijos bajo el cuidado de su madre puede presentar insomnio, autorreproches constantes y dificultad para establecer vínculos nuevos, como manifestación de su duelo migratorio no elaborado.

4 TRAUMA ACUMULATIVO Y ESTRÉS TÓXICO

Las personas migrantes forzadas frecuentemente han atravesado **eventos traumáticos en cadena**. Estos pueden ir desde la violencia directa (tortura, trata, pérdida de seres queridos), hasta el abandono, el hambre, el miedo constante y la incertidumbre estructural. A esto se suma el estrés crónico que produce la espera indefinida de trámites legales, la precariedad económica o la amenaza de deportación (Silove et al., 2017).

Este tipo de experiencia suele derivar en:

- **Estrés postraumático complejo (C-PTSD):** flashbacks, hipervigilancia, emociones desreguladas, dificultad para confiar o vincularse.
- **Somatización:** síntomas físicos persistentes sin causa médica clara (dolores musculares, digestivos, insomnio).

- **Apatía o embotamiento afectivo:** desconexión emocional como forma de autoprotección.
- **Ansiedad anticipatoria:** miedo constante a perder lo poco logrado o a que el entorno vuelva a colapsar.

Ejemplo clínico: Un joven que fue testigo del secuestro de su hermano durante la ruta migratoria puede experimentar ataques de pánico al ver vehículos de policía o escuchar gritos, aunque ya esté en un entorno seguro.

5 RUPTURA IDENTITARIA Y FRAGMENTACIÓN DEL YO

Muchas personas migrantes sienten que han perdido parte de su identidad. Su idioma ya no es útil, su profesión no es reconocida, y sus costumbres son vistas como “extrañas” o incluso problemáticas. Esto genera una profunda sensación de invisibilidad y fragmentación del yo.

- **Pérdida del rol social:** médicos que ahora son obreros, maestras que limpian casas, líderes comunitarios que se vuelven invisibles.
- **Tensión entre la identidad pasada y la nueva:** presión por “adaptarse” o “integrarse” a un entorno que no siempre los acoge.
- **Identidades marginalizadas:** personas LGBTIQ+, indígenas, o afrodescendientes migrantes sufren múltiples discriminaciones entrecruzadas.

Ejemplo clínico: Un hombre que era maestro rural en su país y ahora trabaja limpiando oficinas en condiciones precarias puede presentar síntomas depresivos relacionados no solo con la pobreza, sino con la pérdida de su valor personal e identitario.

6 VULNERABILIDAD SOCIAL, LEGAL Y EMOCIONAL

El sistema en el que se insertan muchas personas migrantes es hostil o ambiguo. La irregularidad legal, la falta de redes sociales, el racismo estructural y la desconfianza institucional generan una sensación constante de amenaza.

Entre las necesidades emocionales más frecuentes se encuentran:

- Necesidad de **sentirse seguros**, no solo físicamente, sino jurídicamente.
- Necesidad de **recuperar la agencia**, es decir, la capacidad de decidir, de planear, de elegir.
- Necesidad de **reconexión afectiva**, especialmente si hubo separación familiar.
- Necesidad de **ser vistos como personas, no como cifras ni “problemas”**.

Ejemplo social: En albergues, la falta de espacios de intimidad, de información clara sobre los trámites o de mecanismos de denuncia puede activar retraimiento, miedo o sumisión ante figuras de autoridad.

7 FACTORES PROTECTORES Y RECURSOS INTERNOS

No todas las experiencias migratorias derivan en daño emocional. Muchas personas migrantes desarrollan mecanismos de afrontamiento que les permiten adaptarse, resistir e incluso encontrar sentido en la adversidad. Reconocer estos recursos es clave para evitar una mirada exclusivamente patologizante.

Entre los factores protectores se destacan:

- **Resiliencia cultural:** valores comunitarios, espiritualidad, música, alimentación.
- **Redes familiares transnacionales:** el apoyo de familiares a distancia o en el nuevo entorno.
- **Fe y religiosidad:** como soporte emocional, colectivo y estructurador del sentido.
- **Humor, creatividad y esperanza:** como estrategias adaptativas en contextos de crisis.
- **Capacidad narrativa:** relatar lo vivido desde un lugar de dignidad puede ser sanador.

Ejemplo positivo: Una mujer salvadoreña que inicia un grupo de oración con otras mujeres en el albergue reporta menos síntomas de ansiedad y más sensación de propósito.

Las necesidades psicosociales de las personas migrantes son tan complejas como diversas. No se trata solo de brindar contención en momentos de crisis, sino de generar espacios de reparación, reconocimiento y escucha real. En la medida en que los profesionales de la salud mental comprendan estas dimensiones —duelo migratorio, trauma acumulado, ruptura identitaria, y factores protectores—, podrán construir intervenciones verdaderamente transformadoras, que dignifiquen en lugar de re-victimizar.

8 BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Lo que se debe hacer

La atención psicológica a personas migrantes en contextos de emergencia debe estar guiada por principios humanitarios, éticos e interculturales. Una buena práctica no depende exclusivamente de herramientas técnicas, sino de una **actitud de respeto profundo hacia**

la experiencia migratoria, el dolor legítimo y la diversidad humana. A continuación, se desarrollan las principales buenas prácticas que los equipos de salud mental y apoyo psicosocial deben aplicar en el acompañamiento a esta población.

Validar la experiencia migratoria como legítima, dolorosa y compleja

Las personas migrantes necesitan sentir que su historia es escuchada sin juicios ni minimizaciones. Frases como “ya estás a salvo, no pienses en eso” o “mucha gente ha pasado por lo mismo” deslegitiman el proceso emocional.

Buenas prácticas:

- Nombrar el duelo migratorio como parte natural de la experiencia.
- Reconocer que su dolor es válido, aunque no esté vinculado a una pérdida concreta.
- Acompañar sin patologizar (no todos los síntomas implican un trastorno).

Ejemplo: “Es normal sentirse así después de todo lo que ha vivido. No está exagerando, esto duele”.

9 ESCUCHAR SIN INVADIR NI FORZAR RELATOS TRAUMÁTICOS

Uno de los errores frecuentes en contextos humanitarios es pedir a las personas migrantes que relaten de inmediato su historia traumática, como si fuera necesario “sacarlo todo” para poder ayudarlas. Esto no solo puede reactivar el trauma, sino que puede generar retraimiento y pérdida de confianza.

Buenas prácticas:

- Crear un entorno de seguridad psicológica antes de indagar en lo vivido.
- Priorizar preguntas orientadas al presente y al aquí-ahora: ¿Cómo se siente hoy? ¿Qué necesita?
- Esperar a que la persona decida qué contar, cuándo y cómo.

Ejemplo: En lugar de “¿te violaron en el camino?”, se puede decir: “Si en algún momento quiere hablar de lo que ha pasado, estoy aquí para acompañarla”.

10 UTILIZAR UN LENGUAJE CLARO, COMPENSIBLE Y CULTURALMENTE RESPETUOSO

La barrera del lenguaje es una de las principales dificultades en contextos migratorios. Pero más allá de traducir palabras, se trata de **traducir sentidos**, lo cual requiere sensibilidad cultural.

Buenas prácticas:

- Evitar tecnicismos clínicos o términos institucionales que puedan generar confusión.
- Usar metáforas, ejemplos cotidianos o recursos visuales si hay dificultades idiomáticas.
- Contar con intérpretes o mediadores culturales capacitados en salud mental (no solo traductores).

Ejemplo: En vez de hablar de “intervención psicosocial”, decir: “Queremos conversar con usted para ver cómo se siente, qué le preocupa y cómo podemos acompañarle”.

11 CONSIDERAR EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS Y NO ASISTENCIALISMO

El enfoque centrado en derechos implica reconocer a la persona migrante como **sujeto activo**, con historia, valores, decisiones y autonomía. Las intervenciones deben evitar la lógica caritativa que trata a las personas como “pobrecitas” o “beneficiarios pasivos”.

Buenas prácticas:

- Garantizar el consentimiento informado para todo procedimiento.
- Explicar los límites de la intervención y respetar la decisión de aceptar o no la ayuda.
- Promover espacios participativos donde las personas migrantes opinen y co-construyan soluciones.

Ejemplo: Consultar a los propios usuarios migrantes sobre el horario de actividades grupales o los temas a trabajar.

12 IDENTIFICAR Y FORTALECER FACTORES PROTECTORES

Las personas migrantes no solo llegan con heridas, también traen recursos internos, espirituales, familiares y culturales que pueden ser **activados para favorecer la resiliencia**.

Buenas prácticas:

- Indagar sobre sus saberes, creencias, costumbres y prácticas que les han ayudado en momentos difíciles.
- Reconocer la importancia de la comunidad y fomentar redes de apoyo horizontales.
- Promover actividades que conecten con su identidad cultural (música, cocina, idioma, espiritualidad).

Ejemplo: Facilitar un espacio donde las personas puedan preparar comidas típicas de su país o reunirse a orar en su idioma.

13 ADAPTAR LOS ENTORNOS FÍSICOS Y SOCIALES PARA DISMINUIR LA RE-TRAUMATIZACIÓN

El entorno también comunica: la organización de los espacios, la forma en que se les recibe, el lenguaje visual y corporal del equipo técnico... todo influye en la sensación de seguridad.

Buenas prácticas:

- Crear espacios privados para las conversaciones sensibles.
- Minimizar los ruidos, la exposición al caos o los procedimientos institucionales bruscos.
- Garantizar un trato digno desde el primer contacto, incluyendo el saludo, el tono y la actitud de acogida.

Ejemplo: Evitar entrevistas a la intemperie o en presencia de otras personas. Ofrecer una silla, agua, y respetar pausas.

14 INTEGRAR UNA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL

La experiencia migratoria se cruza con otras variables como género, edad, etnia, orientación sexual, clase, discapacidad, religión, etc. Una misma situación no afecta igual a una mujer indígena embarazada que a un joven cisgénero urbano.

Buenas prácticas:

- Tener protocolos diferenciados para personas LGBTIQ+, mujeres víctimas de violencia, niñez no acompañada, adultos mayores migrantes.
- Escuchar desde la particularidad, no desde categorías generalizadas.
- Asegurar representatividad cultural y de género en los equipos de atención.

Ejemplo: No asignar a una mujer víctima de violencia sexual un interlocutor varón si ella no se siente cómoda con ello.

15 DOCUMENTAR SIN VIOLENTAR

En emergencias, es común que se requiera documentar casos para derivaciones, reportes o estudios. Sin embargo, esto **nunca debe hacerse a costa del bienestar emocional de la persona**.

Buenas prácticas:

- Solicitar autorización explícita antes de tomar datos, fotos o grabaciones.
- Explicar para qué será usada la información y qué protección tendrá.
- No pedir relatos traumáticos únicamente para completar formularios.

Ejemplo: “Solo le preguntaré lo que sea necesario para ayudarle, y puede decirme si algo no desea responder”.

16 DERIVAR CON ÉTICA Y SEGUIMIENTO

En muchos contextos, los equipos psicosociales no pueden abordar todas las problemáticas de forma directa (p. ej., psiquiatría, legalidad, violencia extrema). Sin embargo, **derivar no significa abandonar**.

Buenas prácticas:

- Explicar claramente el motivo de la derivación y a quién será dirigida.
- Garantizar un puente cálido entre el profesional actual y el nuevo.
- Realizar seguimiento posterior para confirmar si la persona fue atendida.

Ejemplo: Acompañar físicamente a la persona a la consulta con el profesional de salud mental especializado, si hay signos de retraumatización o temor.

Aplicar buenas prácticas en la atención psicológica a personas migrantes no es una cuestión de “buena voluntad”, sino de justicia psicosocial. Es actuar con conciencia, sensibilidad cultural y compromiso ético frente al dolor humano que no siempre se expresa en palabras. La Psicología de la Emergencia bien aplicada puede marcar la diferencia entre

un acompañamiento transformador y una intervención que revictimiza sin querer. Por eso, más que protocolos, lo que se necesita es una mirada que reconozca el valor de cada historia migrante.

17 MALAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

17.1 Lo que no se debe hacer

En el acompañamiento psicosocial a personas migrantes, no basta con buenas intenciones. Acciones mal planteadas, por apresuradas, desinformadas o insensibles, pueden convertirse en intervenciones iatrogénicas (que hacen más daño que bien), reactivando el trauma, reforzando la desconfianza institucional o debilitando el vínculo terapéutico.

Reconocer las **malas prácticas** es esencial para evitarlas, corregirlas a tiempo y avanzar hacia una atención realmente humanizante y transformadora. A continuación se describen las más frecuentes en contextos de crisis migratoria:

17.2 Asistencialismo despersonalizante

El asistencialismo parte de una lógica vertical, donde el profesional o voluntario “da” y la persona migrante “recibe”, sin considerar sus saberes, capacidades o agencia. Esta práctica convierte a la persona en un objeto pasivo de ayuda, y muchas veces termina reforzando la dependencia o el sentimiento de inutilidad.

17.3 Malas prácticas comunes:

- Tomar decisiones por la persona sin consultarla (“tú lo que necesitas es una psicóloga”).
- Entregar recursos sin preguntar si son pertinentes o deseados.
- Organizar actividades con objetivos terapéuticos sin explicar su propósito.

Consecuencia: La persona se siente infantilizada, poco valorada o controlada, lo que puede generar rechazo o sumisión forzada.

17.4 Homogeneizar la Experiencia Migrante

Asumir que todas las personas migrantes comparten la misma historia, necesidades o síntomas es una forma de **invisibilización estructural**. No hay un solo tipo de migración, ni una única forma de vivirla.

Errores frecuentes:

- Aplicar los mismos protocolos para todos, sin adaptar a género, idioma, edad, cultura, orientación sexual o nivel educativo.
- Generalizar diagnósticos (“todos los migrantes están deprimidos”) o imponer etiquetas (“víctima”, “refugiado”, “ilegal”).
- Tratar a la población migrante como “grupo vulnerable” sin reconocer su fuerza, agencia o diversidad interna.
- *Consecuencia:* Se pierde la posibilidad de intervención significativa, se reproducen estereotipos y se obstaculiza el vínculo terapéutico.

17.5 Forzar narrativas traumáticas

Muchas instituciones y profesionales, con la intención de “saber qué pasó”, presionan a las personas migrantes para que narren sus historias dolorosas. Esto puede reactivar el trauma, generar retraimiento o desconfianza, especialmente si no hay una relación de confianza previa.

Ejemplos de malas prácticas:

- Preguntar de forma directa por violencia sexual, muerte o tortura en los primeros encuentros.
- Hacer que la persona “reviva” lo ocurrido sin contención adecuada ni autorización previa.
- Recoger relatos solo para fines burocráticos (trámites, informes) sin dar acompañamiento emocional.

- *Consecuencia:* Re-traumatización, congelamiento emocional o evasión del servicio. La persona puede sentirse utilizada o expuesta sin sentido.

17.6 Omitir el contexto legal, social y cultural

La salud mental de las personas migrantes no puede abordarse como si fuera un problema exclusivamente individual. La precariedad legal, la discriminación, la separación familiar o el miedo a ser deportados son fuentes constantes de estrés.

Malas prácticas frecuentes:

- Ignorar el estatus migratorio de la persona o no explicarle sus derechos básicos.
- No tomar en cuenta barreras culturales (por ejemplo, creencias sobre la salud mental, género, religión).
- Asumir que “el problema es psicológico” cuando en realidad la urgencia es económica o legal.

Consecuencia: La intervención resulta descontextualizada, ineficaz o incluso contraproducente. La persona puede abandonar el proceso o sentirse incomprendida.

17,7 Reproducir violencia simbólica

La forma en que se nombra se mira o se interactúa con las personas migrantes puede ser tan violenta como la exclusión institucional. La violencia simbólica ocurre cuando, sin darnos cuenta, transmitimos inferioridad, desprecio o indiferencia.

Ejemplos concretos:

- Usar términos como “ilegales”, “invasores”, “problema migratorio” o “colapsan el sistema”.
- Hablar con tono condescendiente (“pobrecito”, “¿entiendes o te lo explico más lento?”).
- Tomar fotos sin consentimiento, difundir historias personales sin autorización o convertir a las personas en “casos ejemplares”.

Consecuencia: Se activa el sentimiento de vergüenza, rabia o desconfianza hacia la figura profesional. Aumenta el aislamiento y disminuye el deseo de pedir ayuda.

17.8 Invisibilizar los tiempos del trauma

Cada persona migrante necesita **un tiempo distinto** para procesar lo vivido, confiar, abrirse emocionalmente o incluso comprender lo que ha pasado. Presionar por resultados rápidos o exigir cambios conductuales inmediatos es una mala práctica.

Errores comunes:

- Pretender que la persona esté “activa y participativa” en las primeras horas o días.
- Juzgar el retraimiento como desinterés o falta de compromiso.
- Imponer cronogramas rígidos sin consultar el estado emocional de cada quien.

Consecuencia: Se desestructura el proceso interno de la persona. Puede aparecer resistencia, síntomas psicosomáticos o rechazo al entorno.

17.9 Derivar sin cuidado ni seguimiento

Las derivaciones a servicios especializados (psiquiatría, refugio, protección legal, etc.) deben hacerse con criterios claros y bajo un principio de continuidad. Derivar sin contención puede ser vivido como abandono.

Malas prácticas:

- Derivar por incomodidad o saturación (“esto no me corresponde”).
- No explicar a la persona a dónde va, quién la atenderá, o qué puede esperar.
- No confirmar si fue atendida o si la experiencia fue positiva o negativa.

Consecuencia: La persona puede retraerse, perder la confianza en el sistema, o enfrentar una revictimización en el nuevo servicio.

Las malas prácticas no siempre se dan por negligencia o mala fe, sino por **desconocimiento**, falta de formación intercultural o presión institucional. Sin embargo, sus efectos pueden ser igual de perjudiciales. En la Psicología de la Emergencia, intervenir mal es peor que no intervenir. Por eso, formar equipos sensibles, capacitados y reflexivos es tan importante como contar con recursos materiales.

Aprender a **ver al otro en su humanidad compleja**, reconocer los errores y corregirlos a tiempo, es parte de una práctica ética que transforma. La verdadera ayuda no es solo técnica: es también política, afectiva y profundamente humana.

18 CASOS ILUSTRATIVOS Y RECOMENDACIONES

18.1 Caso 1: Zulay, mujer migrante venezolana, madre sola

Zulay llegó a un refugio humanitario con dos hijos menores luego de atravesar un paso fronterizo a pie. Mostraba signos de ansiedad, tensión corporal, dificultades para dormir. Durante la entrevista, el trabajador social le preguntó de inmediato: “¿Fuiste víctima de violencia sexual?”. Ella se cerró, respondió con monosílabos, y al día siguiente pidió ser trasladada.

Buena práctica: En un nuevo centro, una psicóloga la recibió sin presionarla, habló primero de sus hijos y sus necesidades actuales. En la tercera sesión, Zulay pudo expresar su miedo a ser deportada y narrar un evento traumático del trayecto.

Mala práctica: Presionar por detalles de violencia sexual sin contención emocional ni consentimiento, violando el principio de “no hacer daño”.

Recomendación: La relación terapéutica debe priorizar la seguridad emocional. Las preguntas sensibles deben hacerse solo si hay condiciones éticas, espacio terapéutico adecuado y una razón clínica clara.

18.2 Caso 2: Abdou, joven migrante senegalés

Abdou fue alojado en un campamento temporal tras una operación de rescate marítimo. No hablaba español y apenas entendía francés. Durante días, no participó en actividades ni solicitó ayuda. Se le etiquetó como “aislado” o “poco colaborador”.

Buena práctica: Un voluntario que hablaba wolof se ofreció como intérprete y facilitador cultural. Abdou pudo expresar que había perdido a su hermano en la travesía y sentía culpa. Con apoyo, se integró al grupo y accedió a atención psicológica.

Mala práctica: Asumir falta de interés o “resistencia” sin considerar la barrera idiomática y el duelo no expresado.

Recomendación: Siempre considerar que el silencio puede ser una forma de autoprotección. Es esencial disponer de apoyos lingüísticos y mediadores culturales.

18.3 Caso 3: María y Leonel, pareja migrante hondureña con bebé lactante

Tras cruzar la frontera en condiciones extremas, María y Leonel fueron ubicados en un centro de atención temporal. Durante la evaluación, ella permanecía callada, con la mirada baja, y no respondía preguntas. Se le indicó que debía asistir a una sesión grupal sobre violencia de género. Ella no asistió. Un miembro del equipo comentó: “No quiere colaborar. A veces vienen solo a buscar ayuda y no se dejan apoyar”.

Buena práctica: Una profesional con enfoque intercultural propuso conversar con María de forma individual, sin formularios ni presión. Luego de dos encuentros informales, María expresó que temía represalias de su pareja si hablaba con extraños, y que sentía vergüenza por no entender lo que se esperaba de ella.

Mala práctica: Suponer resistencia o falta de interés sin indagar en el contexto cultural o familiar, obligar indirectamente a asistir a espacios grupales sin consentimiento ni evaluación previa, emitir juicios morales que refuerzan estigmas.

Recomendación: Respetar los tiempos y condiciones de apertura de cada persona. No todas las mujeres que han sufrido violencia pueden hablar de ello en espacios grupales o mixtos. Las intervenciones deben considerar el contexto cultural, de género y emocional, sin asumir universalidades.

18.4 Caso 4: Farid, joven migrante afgano, solicitante de asilo

Farid llegó a un centro de acogida en Europa luego de meses de tránsito por distintos países. Hablaba inglés básico, evitaba el contacto con el personal y rechazaba participar en actividades comunitarias. Un trabajador lo derivó directamente a atención psiquiátrica por “conducta paranoide y retraimiento extremo”.

Buena práctica: Una psicóloga del centro propuso iniciar un acercamiento informal, comenzando por sus intereses (le gustaba dibujar). A través del arte, Farid comenzó a compartir su historia. Expresó miedo a que lo deportaran o que lo consideraran “loco”, ya que en su país hablar con profesionales de salud mental era estigmatizante.

Mala práctica: Patologizar sin evaluación intercultural previa, no contemplar que la desconfianza puede estar asociada a experiencias previas de violencia institucional, realizar una derivación psiquiátrica sin consentimiento ni preparación, lo cual intensificó su retraimiento.

Recomendación: Antes de etiquetar síntomas, se debe comprender el marco cultural, las experiencias previas de persecución y los significados atribuidos a la salud mental. Las aproximaciones indirectas, como el arte o el deporte, pueden ser vehículos efectivos para establecer vínculo y reducir la resistencia.

19 CONCLUSIÓN

Atender a personas migrantes en contextos de emergencia no es simplemente brindar primeros auxilios psicológicos: es un **acto profundamente ético y político**. Implica acompañar historias fracturadas por la violencia, el desplazamiento y la pérdida, pero también reconocer las capacidades de resistencia, adaptación y esperanza que estas personas portan consigo.

A lo largo de este capítulo, ha quedado claro que no existe una única forma de migrar ni una sola forma de sufrir. Las necesidades emocionales y psicosociales de quienes migran están marcadas por una gran diversidad de factores: el trayecto migratorio, la condición legal, las experiencias previas de violencia, la pertenencia cultural, el género, la edad, la lengua, la clase, la orientación sexual, entre otros. Por tanto, **una intervención uniforme o descontextualizada no solo es ineficaz, sino potencialmente dañina**.

El rol de la Psicología de la Emergencia en este escenario no es diagnosticar desde el déficit ni intervenir desde la lástima, sino construir presencia, escucha y contención. Esto significa, por un lado, visibilizar el dolor psíquico que muchas veces queda silenciado por el caos logístico o la urgencia humanitaria; y por otro, habilitar espacios para la reconstrucción de la dignidad y la identidad que el desplazamiento ha puesto en jaque.

Aplicar **buenas prácticas** no es una fórmula rígida, sino una actitud: respetar los tiempos del otro, intervenir sin invadir, validar sin patologizar, acompañar sin dirigir. Evitar las **malas prácticas** implica revisar constantemente nuestros sesgos, la forma en que nos acercamos a las personas migrantes y el impacto real de nuestras acciones, incluso cuando éstas se realizan con buena intención.

La atención psicológica en emergencias no puede reducirse a protocolos; requiere **humanidad, humildad profesional y sensibilidad intercultural**. Las personas migrantes no son solo víctimas de una situación, sino protagonistas de procesos de resiliencia que

merecen ser reconocidos, sostenidos y fortalecidos. Esto exige también que los equipos psicosociales sean cuidados y acompañados, para no reproducir dinámicas de sobrecarga o despersonalización que afectan la calidad del acompañamiento.

En definitiva, la intervención con personas migrantes en situaciones de emergencia es una tarea compleja, pero profundamente significativa. Requiere profesionales formados, éticamente comprometidos y emocionalmente disponibles. Y sobre todo, requiere una visión de justicia: **que cada paso que demos en su atención nos acerque más a un mundo donde nadie sea obligado a migrar por miedo, ni olvidado cuando lo hace.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Achotegui, J. (2009). *El síndrome de Ulises: El estrés extremo en los inmigrantes sin recursos*. Editorial Herder.

Achotegui, J. (2017). *Salud mental y migración forzada: Nuevas miradas clínicas y sociales*. Desclée de Brouwer.

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Directrices sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*. <https://interagencystandingcommittee.org>

Naciones Unidas - ACNUR. (2022). *Atención psicosocial en contextos de movilidad humana*. <https://www.acnur.org>

Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). *Manual de salud mental y apoyo psicosocial para migrantes en tránsito*. <https://www.iom.int>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants*. WHO. <https://www.who.int>

ACNUR. (2024). *Global Trends: Forced Displacement in 2023*. <https://www.unhcr.org>

Achotegui, J. (2017). *Salud mental y migración forzada: Nuevas miradas clínicas y sociales*. Desclée de Brouwer.

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Directrices sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*. <https://interagencystandingcommittee.org>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). *Manual de salud mental y apoyo psicosocial para migrantes en tránsito*. <https://www.iom.int>

Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>

Achotegui, J. (2009). *El síndrome de Ulises: El estrés extremo en los inmigrantes sin recursos*. Editorial Herder.

Achotegui, J. (2017). *Salud mental y migración forzada: Nuevas miradas clínicas y sociales*. Desclee de Brouwer.

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Directrices sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*. <https://interagencystandingcommittee.org>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). *Manual de salud mental y apoyo psicosocial para migrantes en tránsito*. <https://www.iom.int>

Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>

Psic. Elsy Carolina Acosta Pérez MSc.– Venezuela

Psicóloga Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo Venezuela (2008) Magister Scientiarum en Psicología Clínica Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela (2015). Especialista en Psicología de la Emergencia. Universidad Católica del Cuyo, San Luis, Argentina (2020). Formación en Terapia Familiar Sistémica, Universidad del Zulia, Venezuela (2010), Formación en Primeros Auxilios Psicológicos, Universitat Autònoma de Barcelona, España (2017). Miembro Fundador Federación Internacional de Psicología de la emergencia. Miembro Titular Psicólogos sin Fronteras Venezuela.

Email: soylapsico@gmail.com

PSYCHOLOGICAL EMERGENCY CARE FOR MIGRANTS

Psych Elsy Carolina Acosta Pérez MSc. - Venezuela

1 INTRODUCTION

Over the past decade, the number of people on the move has reached unprecedented levels. According to the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR, 2024), more than 117 million people worldwide have been forcibly displaced due to wars, armed conflicts, persecution, widespread violence, climate crises, or socioeconomic collapse. This figure represents not only a logistical and political challenge for States but also an urgent psychosocial and mental health challenge that demands an emergency-oriented approach.

Forced migration, unlike voluntary movement, entails a drastic rupture of one's life project, emotional environment, and support networks. Migrants, refugees, and asylum seekers often endure a series of cumulative traumatic events at three critical stages: before departure (such as persecution, hunger, or violence); during transit (exposure to abuse, death, trafficking, or abandonment); and upon arrival in the destination country (discrimination, legal barriers, social rejection, and violation of basic rights). This triple exposure makes this population one of the most emotionally and psychologically affected—even though, paradoxically, one of the least served with specialized care.

Emergency Psychology, in this context, plays a crucial role not only as a Care discipline and containment but also as a tool for justice, repair, and ethical accompaniment. Unlike traditional clinical models focused on diagnosing and treating symptoms, a psychosocial approach in migratory contexts must encompass the full lived experience, including social, cultural, legal, and existential determinants.

Migratory mourning, for example, remains an underexplored psychological category from a non-pathologizing lens. This type of grief is prolonged, ambiguous, multifaceted, and often socially unrecognized. Emotions tied to the loss of home, language, identity, and family bonds are as valid and painful as those tied to bereavement and they are still frequently invisible in traditional interventions.

On the other hand, it is essential to recognize that migrants are not simply subjects of suffering. They also bring agency, cultural resilience, communal wisdom, and personal support networks. For this reason, psychological emergency care should avoid passive assistance and clinical reductionism, instead promoting an intersectional, intercultural, and rights-based perspective centered on dignity and human rights.

This chapter offers a review of both best practices and missteps commonly seen in humanitarian settings serving migrants—particularly in shelters, border zones, refugee camps, and host communities. Through an ethical, empathetic, and context-sensitive lens, it seeks to provide both conceptual frameworks and practical tools for more equitable, relevant, and reparative psychological intervention.

2 PSYCHOSOCIAL AND EMOTIONAL NEEDS OF MIGRANTS

A migratory experience—especially when forced—triggers a complex range of emotional and psychosocial needs that go far beyond initial containment. These needs are neither static nor homogeneous; they vary according to context, personal history, type of migration, and factors such as age, gender, education, and cultural identity. Understanding and addressing these needs from a sensitive, contextualized approach is essential for any emergency psychology intervention.

3 MIGRATORY GRIEF: LOSS WITHOUT CLOSURE

The concept of migratory grief (Achotegui, 2009) refers to the emotional process that many migrants undergo when leaving behind their homeland, language, affectionate bonds, social status, and personal history. Unlike grief tied to bereavement, this kind of loss is ambiguous, ongoing, and not always socially validated. It is:

- **Multiple:** simultaneous loss of tangible and intangible elements (culture, belonging, status, role, family).
- **Recurrent:** reactivated at various stages (arrival, administrative processes, discrimination, significant dates).
- **Invisible:** often not recognized as legitimate by the host society.

- **Invalidated:** there is an expectation to "be grateful" for safety and to adapt without showing pain.

Migratory grief may manifest in emotional symptoms such as:

- Chronic sadness or inexplicable crying
- Irritability, anxiety, lack of meaning or motivation
- Feelings of rootlessness or not belonging to either country
- Survivor's guilt for having migrated or leaving loved ones behind

Clinical example: A mother who migrated leaving her children in her mother's care may experience insomnia, constant self-blame, and difficulty forming new bonds, all indicative of unprocessed migratory grief.

4 ACCUMULATIVE TRAUMA & TOXIC STRESS

Forced migrants often undergo a chain of traumatic experiences—from direct violence (torture, trafficking, losing loved ones) to abandonment, hunger, constant fear, and structural uncertainty. This is compounded by chronic stress from indefinite legal proceedings, economic precariousness, or deportation threats.

Such experiences can lead to:

- Complex PTSD: flashbacks, hypervigilance, emotional dysregulation, difficulties trusting or connecting
- Somatic symptoms: physical pain without clear medical explanation (muscle tension, digestive issues, insomnia)
- Apathy or affective numbness: emotional disconnection as self-protection
- Anticipatory anxiety: persistent fear of losing what little has been gained or of future instability

Clinical example: A young man who witnessed his brother being kidnapped during transit may have panic attacks at the sight of police vehicles or at loud shouting, even in a secure environment.

5 IDENTITY RUPTURE & FRAGMENTATION

Many migrants feel they have lost parts of their identity: their language becomes useless, their profession unrecognized, and their customs viewed as strange or problematic. This leads to a deep sense of invisibility and self-fragmentation:

- **Loss of social role:** doctors becoming laborers, teachers cleaning houses, community leaders becoming invisible
- **Tension between past and present identity:** pressure to adapt/integrate into an unwelcoming environment
- **Marginalized identities:** LGBTQ+, indigenous, or Black migrants face intersecting discrimination

Clinical example: A man who was a rural teacher and now works precariously cleaning offices might show depressive symptoms tied not only to poverty but to the loss of personal and identity value.

6 SOCIAL, LEGAL, AND EMOTIONAL VULNERABILITY

Migrants often enter hostile or ambiguous systems. Legal irregularity, lack of social networks, structural racism, and institutional mistrust generate a constant sense of threat. Common emotional needs include:

- **Security**, both physical and legal
- **Restoring agency:** the ability to decide, plan, and choose
- **Affective reconnection**, especially after family separation
- **Being seen as persons**, not just as statistics or “problems”

Social example: In shelters, lack of private space, unclear information, or reporting mechanisms can trigger withdrawal, fear, or submission to authority.

7 PROTECTIVE FACTORS & INTERNAL RESOURCES

Not all migratory experiences result in emotional harm. Many migrants develop coping mechanisms that allow them to adapt, endure, and even find meaning. Recognizing these resources is key to avoiding solely pathological views.

Highlighted protective factors:

- **Cultural resilience:** community values, spirituality, music, food
- **Transnational family networks:** support from afar or in the host country
- **Faith and religiosity:** as emotional, collective, and meaning-making supports
- **Creativity, humor, and hope:** adaptive strategies in crisis
- **Narrative capacity:** recounting their journey from a position of dignity can be healing

Positive example: A Salvadoran woman who organizes prayer groups in a shelter reports less anxiety and a stronger sense of purpose.

8 GOOD PRACTICES IN PSYCHOLOGICAL CARE

Principles that guide effective emergency psychological care for migrants:

1. **Validate the migratory experience** as legitimate, painful, and complex
2. **Listen without intrusion**—never force traumatic narratives
3. **Use clear, culturally respectful language** and trained interpreters
4. **Adopt a rights-based approach**, avoiding passive charity
5. **Identify and strengthen protective factors**
6. **Adapt physical and social spaces** to reduce re-traumatization
7. **Incorporate an intersectional perspective**
8. **Collect and document** data ethically, with consent
9. **Refer ethically**, ensuring follow-through and continuity

These practices demand not just technique but a deep attitude of respect, humility, and human dignity.

9 COMMON PITFALLS (MALPRACTICES)

Practices that can inadvertently harm:

- Depersonalizing assistance
- Homogenizing diverse migrant experiences
- Pressuring for trauma narratives
- Ignoring legal, social, and cultural context
- Unknowingly causing symbolic violence
- Disrespecting trauma processing times
- Referring without proper care or follow-through

These errors often stem from lack of cultural competence, institutional pressure, or incomplete training—and can be more damaging than silence.

10 LLUSTRATIVE CASES & RECOMMENDATIONS

10.1 Zulay (Venezuelan mother)

Zulay arrived at a humanitarian shelter with her two young children after crossing a border on foot. She showed signs of anxiety, physical tension, and difficulty sleeping. During the intake interview, the social worker immediately asked: “Were you a victim of sexual violence?” Zulay shut down, responded with one-word answers, and requested to be transferred the next day.

Good: At a new center, a psychologist welcomed her without pressure, first speaking about her children and their current needs. By the third session, Zulay was able to express her fear of being deported and share a traumatic event from her journey.

Bad: Pressuring for details of sexual violence without emotional support or consent, violating the principle of “do no harm.”

Recommendation: The therapeutic relationship must prioritize emotional safety. Sensitive questions should only be asked if ethical conditions, an appropriate therapeutic space, and a clear clinical reason are present.

10.2 Abdou (Senegalese youth)

Abdou was placed in a temporary camp after a maritime rescue operation. He did not speak Spanish and barely understood French. For days, he did not participate in any activities or ask for help. He was labeled as “isolated” or “uncooperative.”

Good: A volunteer who spoke Wolof offered to act as an interpreter and cultural mediator. Abdou was able to express that he had lost his brother during the journey and felt guilty. With support, he joined the group and accepted psychological care.

Bad: Assuming a lack of interest or "resistance" without considering the language barrier and unexpressed grief.

Recommendation: Always consider that silence may be a form of self-protection. It is essential to provide language support and cultural mediators.

10.3 María & Leonel (Honduran couple with infant)

After crossing the border under extreme conditions, María and Leonel were placed in a temporary care center. During the assessment, she remained silent, eyes downcast, and did not answer questions. She was told she had to attend a group session on gender-based violence. She did not attend. A team member remarked: “She doesn’t want to cooperate. Sometimes they just come looking for help and refuse to accept support.”

Good: A professional with an intercultural approach suggested speaking with María individually, without forms or pressure. After two informal meetings, María shared that she was afraid of retaliation from her partner if she spoke to strangers, and that she felt ashamed for not understanding what was expected of her.

Bad: Assuming resistance or lack of interest without exploring the cultural or family context, indirectly forcing participation in group settings without prior consent or assessment, making moral judgments that reinforce stigma.

Recommendation: Respect each person's timing and conditions for opening up. Not all women who have experienced violence are able to speak about it in group or mixed-gender settings. Interventions must take into account cultural, gender, and emotional contexts, without assuming universal experiences.

10.4 Farid (Afghan asylum seeker)

Farid arrived at a reception center in Europe after months of transit through various countries. He spoke basic English, avoided contact with staff, and refused to participate in community activities. A staff member referred him directly to psychiatric care for “paranoid behavior and extreme withdrawal.”

Good: A psychologist at the center suggested beginning with an informal approach, starting with his interests (he enjoyed drawing). Through art, Farid began to share his story. He expressed fear of being deported or being seen as “crazy,” since in his country, speaking with mental health professionals was highly stigmatized.

Bad: Pathologizing without prior intercultural assessment, failing to consider that distrust may be linked to past experiences of institutional violence, making a psychiatric referral without consent or preparation, which intensified his withdrawal.

Recommendation: Before labeling symptoms, it is essential to understand the cultural framework, previous experiences of persecution, and the meanings attributed to mental health. Indirect approaches, such as art or sports, can be effective vehicles for building rapport and reducing resistance.

11 CONCLUSION

Psychological care for migrants in emergencies is not merely psychological first aid—it is an ethically and politically charged act. It means accompanying fractured narratives, acknowledging resilience, and recognizing each migrant as a dignity-bearing agent.

There is no single way to migrate or to suffer. Effective intervention demands presence, listening, containment, validation—*without intrusion, without pathologizing, without directing*. Avoiding malpractice requires us to reflect continually on our biases and the real impact of our actions—even when well-intentioned.

True emergency psychology is not protocol—it is humanity, professional humility, and intercultural sensitivity. It cares for both migrants and the teams who serve them, to prevent burnout and depersonalization.

Ultimately, working with migrants in emergencies is a complex but profoundly meaningful task. It demands trained, ethically committed professionals who are emotionally present. Above all, it requires a justice-focused vision: that every action brings us closer to a world where no one is forced to migrate out of fear—or forgotten when they do.

REFERENCES

Achotegui, J. (2009). *El síndrome de Ulises: El estrés extremo en los inmigrantes sin recursos*. Editorial Herder.

Achotegui, J. (2017). *Salud mental y migración forzada: Nuevas miradas clínicas y sociales*. Desclée de Brouwer.

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Directrices sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*. <https://interagencystandingcommittee.org>

Naciones Unidas - ACNUR. (2022). *Atención psicosocial en contextos de movilidad humana*. <https://www.acnur.org>

Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). *Manual de salud mental y apoyo psicosocial para migrantes en tránsito*. <https://www.iom.int>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants*. WHO. <https://www.who.int>

ACNUR. (2024). *Global Trends: Forced Displacement in 2023*. <https://www.unhcr.org>

Achotegui, J. (2017). *Salud mental y migración forzada: Nuevas miradas clínicas y sociales*. Desclée de Brouwer.

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Directrices sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*. <https://interagencystandingcommittee.org>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). *Manual de salud mental y apoyo psicosocial para migrantes en tránsito*. <https://www.iom.int>

Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>

Achotegui, J. (2009). *El síndrome de Ulises: El estrés extremo en los inmigrantes sin recursos*. Editorial Herder.

Achotegui, J. (2017). *Salud mental y migración forzada: Nuevas miradas clínicas y sociales*. Desclée de Brouwer.

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Directrices sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*. <https://interagencystandingcommittee.org>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). *Manual de salud mental y apoyo psicosocial para migrantes en tránsito*. <https://www.iom.int>

Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>

Psych. Elsy Carolina Acosta Pérez MSc. – Venezuela

Psychologist, Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela (2008). Magister Scientiarum in Clinical Psychology, Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela (2015). Specialist in Emergency Psychology, Universidad Católica del Cuyo, San Luis, Argentina (2020). Training in Systemic Family Therapy, Universidad del Zulia, Venezuela (2010). Training in Psychological First Aid, Universitat Autònoma de Barcelona, Spain (2017). Founding Member, International Federation of Emergency Psychology. Full Member, Psychologists Without Borders Venezuela.
Email: soylapsico@gmail.com

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM EMERGÊNCIAS PARA PESSOAS MIGRANTES

Psic. Elsy Carolina Acosta Pérez MSc. - Venezuela

1 INTRODUÇÃO

Na última década, o número de pessoas em situação de mobilidade humana atingiu cifras sem precedentes. Segundo dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR, 2024), mais de 117 milhões de pessoas em todo o mundo foram deslocadas à força devido as guerras, conflitos armados, perseguições, violência generalizada, crises climáticas ou colapsos socioeconômicos. Esse número representa não apenas um desafio logístico e político para os Estados, mas também uma urgência no atendimento psicossocial e na saúde mental sob uma perspectiva de emergência.

A migração forçada, diferentemente dos movimentos voluntários, implica uma ruptura drástica do projeto de vida, do entorno afetivo e das redes de apoio. Pessoas migrantes, refugiadas e solicitantes de asilo frequentemente enfrentam uma série de eventos traumáticos acumulados em três momentos-chaves: antes de partir (perseguição, fome, violência); durante a jornada (abusos, morte, tráfico humano, desproteção); e na chegada ao país de destino (discriminação, barreiras legais, rejeição social e violação de direitos básicos). Essa tripla exposição torna essa população uma das mais afetadas emocional e psicologicamente — e paradoxalmente, uma das menos atendidas com enfoque especializado (Silove et al., 2017).

A Psicologia da Emergência, neste contexto, exerce um papel fundamental não apenas como disciplina de acolhimento e contenção, mas também como ferramenta de justiça, reparação e acompanhamento ético. Ao contrário dos modelos clínicos tradicionais centrados em diagnóstico e tratamento de sintomas, a abordagem psicossocial nos contextos migratórios deve compreender a experiência de vida completa, incluindo os determinantes sociais, culturais, legais e existenciais que a moldam (IASC, 2007).

O luto migratório, por exemplo, é uma categoria psicológica ainda pouco explorada sob um olhar não patologizante. Trata-se de um luto prolongado, ambíguo, múltiplo e frequentemente desautorizado socialmente. As emoções associadas à perda da casa, da

língua, da identidade e dos vínculos familiares são tão válidas e dolorosas quanto as provocadas pela perda por morte, mas tendem a ser invisibilizadas nas intervenções tradicionais (Achotegui, 2017).

Por outro lado, é fundamental reconhecer que pessoas migrantes não são apenas sujeitos de sofrimento. Elas também possuem capacidades de agência, resiliência cultural, sabedoria comunitária e redes próprias de apoio. Portanto, o atendimento psicológico em emergências deve evitar o assistencialismo passivo e o reducionismo clínico, promovendo, em vez disso, uma abordagem interseccional, intercultural e centrada no respeito à dignidade e aos direitos humanos (OIM, 2020).

Este capítulo propõe uma revisão das boas e más práticas frequentemente observadas em contextos humanitários voltados ao atendimento de pessoas migrantes, especialmente em abrigos, fronteiras, campos de refugiados e comunidades acolhedoras. Através de uma abordagem ética, empática e contextualizada, busca-se oferecer ferramentas conceituais e práticas que possibilitem uma intervenção psicológica mais justa, pertinente e reparadora.

2 NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS E EMOCIONAIS DAS PESSOAS MIGRANTES

A experiência migratória, especialmente quando forçada, ativa uma série de necessidades emocionais e psicossociais complexas, que vão muito além da contenção inicial. Essas necessidades não são estáticas nem homogêneas; variam conforme o contexto, a história pessoal, o tipo de migração e fatores como idade, gênero, nível educacional, identidade cultural, entre outros (OIM, 2020). Compreender e atender a essas necessidades a partir de uma abordagem sensível e contextualizada é essencial para qualquer intervenção em Psicologia da Emergência.

3 O LUTO MIGRATÓRIO: PERDA SEM CORPO, SEM TÚMULO E SEM RITUAL

O conceito de luto migratório (Achotegui, 2009) refere-se ao processo emocional que muitas pessoas enfrentam ao deixar para trás sua terra, sua língua, seus vínculos afetivos, seu status social e sua história de vida. Diferente do luto por falecimento, esse tipo de perda é ambígua, contínua e nem sempre reconhecida socialmente. Trata-se de um luto:

- **Múltiplo:** há perda simultânea de elementos tangíveis e intangíveis (cultura, pertencimento, status, papel social, família);
- **Recorrente:** é reativado em diversas etapas (chegada, trâmites legais, discriminação, datas significativas);
- **Invisibilizado:** a sociedade de acolhimento nem sempre o reconhece como legítimo ou necessário;
- **Desautorizado:** espera-se que a pessoa “agradeça” por ter chegado e “se adapte”, sem demonstrar dor.

Esse tipo de luto pode gerar sintomas emocionais como:

- Tristeza crônica ou choro sem causa aparente;
- Irritabilidade, ansiedade, perda de sentido ou motivação;
- Sensação de desenraizamento ou de não pertencer nem ao país de origem nem ao de destino;
- Sentimentos de culpa por ter migrado ou deixado pessoas para trás (culpa do sobrevivente).

Exemplo clínico: Uma mulher que migrou deixando os filhos sob os cuidados da mãe pode apresentar insônia, autorrecriações constantes e dificuldade para estabelecer novos vínculos — manifestações de um luto migratório não elaborado.

4 TRAUMA ACUMULADO E ESTRESSE TÓXICO

Pessoas migrantes forçadas frequentemente enfrentaram eventos traumáticos em cadeia. Esses eventos vão desde a violência direta (tortura, tráfico de pessoas, perda de entes queridos), até abandono, fome, medo constante e incertezas estruturais. A isso se soma o estresse crônico causado pela espera indefinida de processos legais, a precariedade econômica ou a ameaça de deportação (Silove et al., 2017).

Esse tipo de experiência pode resultar em:

- **Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C):** flashbacks, hipervigilância, emoções desreguladas, dificuldade para confiar ou estabelecer vínculos;
- **Somatizações:** sintomas físicos persistentes sem causa médica clara (dores musculares, problemas digestivos, insônia);
- **Apática ou entorpecimento afetivo:** desconexão emocional como forma de autoproteção;
- **Ansiedade antecipatória:** medo constante de perder o pouco que se conquistou ou de que o ambiente entre novamente em colapso.

Exemplo clínico: Um jovem que testemunhou o sequestro do irmão durante a rota migratória pode apresentar ataques de pânico ao ver viaturas policiais ou ouvir gritos, mesmo estando já em um ambiente seguro.

5 RUPTURA IDENTITÁRIA E FRAGMENTAÇÃO DO EU

Muitas pessoas migrantes sentem que perderam parte de sua identidade. Sua língua já não é útil, sua profissão não é reconhecida, e seus costumes são vistos como “estranhos” ou até problemáticos. Isso gera uma profunda sensação de invisibilidade e fragmentação do eu.

- **Perda do papel social:** médicos que agora são operários, professoras que trabalham como faxineiras, líderes comunitários que se tornam invisíveis;
- **Tensão entre a identidade passada e a nova:** pressão para “se adaptar” ou “se integrar” a um ambiente que nem sempre os acolhe;
- **Identities marginalizadas:** pessoas LGBTQ+, indígenas ou afrodescendentes migrantes sofrem múltiplas discriminações interseccionais.

Exemplo clínico: Um homem que era professor rural em seu país e agora trabalha limpando escritórios em condições precárias pode apresentar sintomas depressivos não apenas devido à pobreza, mas também pela perda de seu valor pessoal e identitário.

6 VULNERABILIDADE SOCIAL, LEGAL E EMOCIONAL

O sistema no qual muitas pessoas migrantes estão inseridas é hostil ou ambíguo. A irregularidade legal, a ausência de redes sociais, o racismo estrutural e a desconfiança nas instituições geram uma sensação constante de ameaça.

Entre as necessidades emocionais mais frequentes estão:

- **Necessidade de segurança**, não apenas física, mas também jurídica;
- **Necessidade de recuperar a agência**, ou seja, a capacidade de decidir, planejar e escolher;
- **Necessidade de reconexão afetiva**, especialmente após separações familiares;
- **Necessidade de serem vistas como pessoas**, e não como números ou “problemas”.

Exemplo social: Em abrigos, a falta de espaços de intimidade, de informações claras sobre os trâmites ou de mecanismos de denúncia pode ativar retraimento, medo ou submissão diante de figuras de autoridade.

7 FATORES PROTETORES E RECURSOS INTERNOS

Nem toda experiência migratória resulta em dano emocional. Muitas pessoas migrantes desenvolvem mecanismos de enfrentamento que lhes permitem adaptar-se, resistir e até encontrar sentido na adversidade. Reconhecer esses recursos é fundamental para evitar uma abordagem exclusivamente patologizante.

Entre os fatores protetores, destacam-se:

- **Resiliência cultural:** valores comunitários, espiritualidade, música, alimentação;
- **Redes familiares transnacionais:** apoio de familiares à distância ou no novo território;
- **Fé e religiosidade:** como suporte emocional, coletivo e estruturador de sentido;
- **Humor, criatividade e esperança:** estratégias adaptativas em contextos de crise;

- **Capacidade narrativa:** contar o vivido a partir de um lugar de dignidade pode ser profundamente restaurador.

Exemplo positivo: Uma mulher salvadorenha que inicia um grupo de oração com outras mulheres no abrigo relata menos sintomas de ansiedade e maior sensação de propósito.

As necessidades psicossociais das pessoas migrantes são tão complexas quanto diversas. Não se trata apenas de oferecer contenção em momentos de crise, mas de gerar espaços de reparação, reconhecimento e escuta real. Na medida em que os profissionais de saúde mental compreendam essas dimensões — luto migratório, trauma acumulado, ruptura identitária e fatores protetores —, poderão construir intervenções verdadeiramente transformadoras, que dignifiquem ao invés de revitimizar.

8 Boas Práticas na Atenção Psicológica

O que deve ser feito

A atenção psicológica a pessoas migrantes em contextos de emergência deve estar orientada por princípios humanitários, éticos e interculturais. Uma boa prática não depende exclusivamente de ferramentas técnicas, mas de uma atitude de profundo respeito pela experiência migratória, pela dor legítima e pela diversidade humana. A seguir, destacam-se as principais boas práticas que equipes de saúde mental e apoio psicossocial devem aplicar no acompanhamento dessa população:

Validar a experiência migratória como legítima, dolorosa e complexa

As pessoas migrantes precisam sentir que sua história é ouvida sem julgamentos ou minimizações. Frases como “agora você está seguro, não pense mais nisso” ou “muita gente passou pelo mesmo” deslegitimam o processo emocional.

Boas práticas:

- Nomear o luto migratório como parte natural da experiência;
- Reconhecer que sua dor é válida, mesmo sem estar vinculada a uma perda concreta;
- Acompanhar sem patologizar (nem todo sintoma significa um transtorno).

Exemplo: “É normal se sentir assim depois de tudo o que você viveu. Você não está exagerando, isso realmente dói.”

Ouvir sem invadir nem forçar relatos traumáticos

Um erro comum em contextos humanitários é pedir que as pessoas migrantes relatem imediatamente sua história traumática, como se fosse necessário “colocar tudo para fora” para poder ajudá-las. Isso pode reativar o trauma, gerar retraimento e perda de confiança.

Boas práticas:

- Criar um ambiente de segurança psicológica antes de abordar o vivido;
- Priorizar perguntas voltadas ao presente e ao aqui-agora: Como você se sente hoje? Do que você precisa?
- Esperar que a pessoa decida o que contar, quando e como.

Exemplo: Em vez de “você foi estuprada no caminho?”, pode-se dizer: “Se em algum momento quiser falar sobre o que aconteceu, estou aqui para te ouvir.”

Utilizar uma linguagem clara, compreensível e culturalmente respeitosa

A barreira linguística é uma das maiores dificuldades em contextos migratórios. Mas além de traduzir palavras, trata-se de traduzir sentidos, o que exige sensibilidade cultural.

Boas práticas:

- Evitar tecnicismos clínicos ou termos institucionais confusos;
- Usar metáforas, exemplos do cotidiano ou recursos visuais em caso de dificuldade idiomática;
- Contar com intérpretes ou mediadores culturais capacitados em saúde mental (não apenas tradutores).

Exemplo: Em vez de “intervenção psicossocial”, dizer: “Queremos conversar com você para saber como está se sentindo, o que está te preocupando e como podemos te apoiar.”

Considerar uma abordagem baseada em direitos humanos, não em assistencialismo

O enfoque centrado em direitos reconhece a pessoa migrante como sujeito ativo, com história, valores, decisões e autonomia. As intervenções devem evitar a lógica caritativa que trata as pessoas como “coitadinhas” ou “beneficiárias passivas”.

Boas práticas:

- Garantir o consentimento informado para qualquer procedimento;
- Explicar os limites da intervenção e respeitar a decisão de aceitar ou não a ajuda;
- Promover espaços participativos onde as pessoas migrantes opinem e co-construam soluções.

Exemplo: Consultar as próprias pessoas migrantes sobre os horários das atividades grupais ou os temas que desejam trabalhar.

Identificar e Fortalecer Fatores Protetores

Pessoas migrantes não chegam apenas com feridas, mas também com recursos internos, espirituais, familiares e culturais que podem ser ativados para favorecer a resiliência.

Boas práticas:

- Investigar seus saberes, crenças, costumes e práticas que ajudaram em momentos difíceis;
- Reconhecer a importância da comunidade e fomentar redes de apoio horizontais;
- Promover atividades que conectem com sua identidade cultural (música, culinária, idioma, espiritualidade).

Exemplo: Facilitar um espaço onde as pessoas possam preparar pratos típicos de seu país ou se reunir para orar em sua língua.

Adaptar os Ambientes Físicos e Sociais para Reduzir a Retraumatização

O ambiente também comunica: a organização dos espaços, a forma como são recebidas, a linguagem visual e corporal da equipe técnica... tudo influencia a sensação de segurança.

Boas práticas:

- Criar espaços privados para conversas sensíveis;
- Minimizar ruídos, exposição ao caos ou procedimentos institucionais bruscos;
- Garantir um tratamento digno desde o primeiro contato, incluindo saudação, tom de voz e atitude de acolhimento.

Exemplo: Evitar entrevistas ao ar livre ou na presença de outras pessoas. Oferecer uma cadeira, água e respeitar pausas.

Integrar uma Perspectiva Interseccional

A experiência migratória se entrelaça com variáveis como gênero, idade, etnia, orientação sexual, classe, deficiência, religião, etc. A mesma situação não afeta da mesma forma uma mulher indígena grávida e um jovem cisgênero urbano.

Boas práticas:

- Ter protocolos diferenciados para pessoas LGBTQI+, mulheres vítimas de violência, crianças desacompanhadas, idosos migrantes;
- Escutar a partir da particularidade, não de categorias generalizadas;
- Assegurar representatividade cultural e de gênero nas equipes de atendimento.

Exemplo: Não designar um interlocutor homem a uma mulher vítima de violência sexual se ela não se sentir confortável com isso.

Documentar sem Violentar

Em emergências, é comum precisar documentar casos para encaminhamentos, relatórios ou estudos. No entanto, isso nunca deve ser feito às custas do bem-estar emocional da pessoa.

Boas práticas:

- Solicitar autorização explícita antes de coletar dados, fotos ou gravações;
- Explicar para que será usada a informação e quais medidas de proteção serão adotadas;
- Não pedir relatos traumáticos apenas para preencher formulários.

Exemplo: “Vou te perguntar apenas o que for necessário para poder te ajudar. Você pode me dizer se algo não quiser responder.”

Encaminhar com Ética e Acompanhamento

Em muitos contextos, as equipes psicossociais não conseguem abordar todos os problemas diretamente (ex.: psiquiatria, legalização, violência extrema). Porém, encaminhar não significa abandonar.

Boas práticas:

- Explicar claramente o motivo do encaminhamento e quem será o profissional responsável;
- Garantir uma ponte acolhedora entre o profissional atual e o novo;
- Realizar acompanhamento posterior para confirmar se a pessoa foi atendida.

Exemplo: Acompanhar fisicamente a pessoa até a consulta com o profissional de saúde mental especializado, caso haja sinais de retraumatização ou medo.

Aplicar boas práticas na atenção psicológica a pessoas migrantes não é uma questão de “boa vontade”, mas de justiça psicossocial. É agir com consciência, sensibilidade cultural e compromisso ético frente à dor humana que nem sempre se expressa em palavras. A Psicologia da Emergência bem aplicada pode marcar a diferença entre um acompanhamento transformador e uma intervenção que revitimiza, mesmo sem intenção. Mais do que protocolos, é necessária uma escuta que reconheça o valor de cada história migrante.

9 MÁS PRÁTICAS NA ATENÇÃO PSICOLÓGICA

O que não se deve fazer

No acompanhamento psicossocial de pessoas migrantes, boas intenções não são suficientes. Ações mal planejadas, apressadas, desinformadas ou insensíveis podem se tornar intervenções iatrogênicas (que causam mais dano do que benefício), reativando o trauma, reforçando a desconfiança institucional ou enfraquecendo o vínculo terapêutico.

Reconhecer as más práticas é essencial para evitá-las, corrigi-las a tempo e avançar rumo a uma atenção verdadeiramente humanizada e transformadora. A seguir, descrevem-se as mais comuns em contextos de crise migratória:

Assistencialismo Despersonalizante

O assistencialismo opera em uma lógica vertical, onde o profissional ou voluntário “dá” e a pessoa migrante “recebe”, sem considerar seus saberes, capacidades ou agência. Essa prática transforma a pessoa em objeto passivo da ajuda, frequentemente reforçando a dependência ou o sentimento de inutilidade.

Más práticas comuns:

- Tomar decisões pela pessoa sem consultá-la (“o que você precisa é de uma psicóloga”);
- Entregar recursos sem perguntar se são adequados ou desejados;
- Organizar atividades com objetivos terapêuticos sem explicar seu propósito.

Consequência: A pessoa se sente infantilizada, pouco valorizada ou controlada, o que pode gerar rejeição ou submissão forçada.

Homogeneizar a Experiência Migratória

Assumir que todas as pessoas migrantes compartilham a mesma história, necessidades ou sintomas é uma forma de invisibilização estrutural. Não existe um único tipo de migração, nem uma única forma de vivê-la.

Erros frequentes:

- Aplicar os mesmos protocolos para todos, sem adaptação de gênero, idioma, idade, cultura, orientação sexual ou escolaridade;
- Generalizar diagnósticos (“todos os migrantes estão deprimidos”) ou impor rótulos (“vítima”, “refugiado”, “ilegal”);
- Tratar a população migrante como “grupo vulnerável”, sem reconhecer sua força, agência e diversidade interna.

Consequência: Perde-se a oportunidade de uma intervenção significativa, reproduzem-se estereótipos e dificulta-se o vínculo terapêutico.

Forçar Narrativas Traumáticas

Muitas instituições e profissionais, com a intenção de “entender o que aconteceu”, pressionam pessoas migrantes a narrar suas histórias dolorosas. Isso pode reativar o trauma e gerar retraimento ou desconfiança, especialmente quando não há um vínculo prévio de confiança.

Más práticas:

- Perguntar diretamente sobre violência sexual, morte ou tortura nos primeiros encontros;
- Fazer a pessoa “reviver” o ocorrido sem contenção adequada nem consentimento;
- Coletar relatos apenas para fins burocráticos (processos, relatórios), sem apoio emocional.

Consequência: Re-traumatização, bloqueio emocional ou evasão do serviço. A pessoa pode se sentir usada ou exposta sem propósito.

Omitir o Contexto Legal, Social e Cultural

A saúde mental das pessoas migrantes não pode ser tratada como problema exclusivamente individual. A precariedade legal, a discriminação, a separação familiar ou o medo da deportação são fontes constantes de sofrimento.

Más práticas frequentes:

- Ignorar o status migratório da pessoa ou não explicar seus direitos básicos;
- Não considerar barreiras culturais (por exemplo, crenças sobre saúde mental, gênero ou religião);
- Assumir que “o problema é psicológico” quando a urgência é econômica ou legal.

Consequência: A intervenção torna-se descontextualizada, ineficaz ou até prejudicial. A pessoa pode abandonar o processo ou sentir-se incompreendida.

Reproduzir Violência Simbólica

A forma como se nomeia, olha ou interage com pessoas migrantes pode ser tão violenta quanto a exclusão institucional. A violência simbólica ocorre quando, mesmo sem intenção, transmitimos inferioridade, desprezo ou indiferença.

Exemplos concretos:

- Usar termos como “ilegais”, “invasores”, “problema migratório” ou “colapso do sistema”;
- Falar com tom condescendente (“coitadinho”, “entendeu ou quer que eu explique mais devagar?”);
- Tirar fotos sem consentimento, divulgar histórias pessoais sem autorização ou transformar a pessoa em “caso exemplar”.

Consequência: Desperta sentimentos de vergonha, raiva ou desconfiança em relação ao profissional. Aumenta o isolamento e diminui a busca por ajuda.

Invisibilizar os Tempos do Trauma

Cada pessoa migrante precisa de um tempo distinto para processar o vivido, confiar, abrir-se emocionalmente ou até compreender o que passou. Pressionar por resultados rápidos ou exigir mudanças imediatas é uma má prática.

Erros comuns:

- Esperar que a pessoa esteja “ativa e participativa” nas primeiras horas ou dias;
- Julgar o retraimento como desinteresse ou falta de compromisso;
- Impor cronogramas rígidos sem consultar o estado emocional da pessoa.

Consequência: O processo interno da pessoa é desrespeitado. Pode surgir resistência, sintomas psicossomáticos ou rejeição ao ambiente.

Encaminhar Sem Cuidado Nem Acompanhamento

Encaminhamentos a serviços especializados (psiquiatria, abrigo, proteção legal etc.) devem ser feitos com critérios claros e compromisso de continuidade. Encaminhar sem acolhimento pode ser vivido como abandono.

Más práticas:

- Encaminhar por desconforto ou sobrecarga (“isso não é comigo”);
- Não explicar à pessoa para onde irá, quem a atenderá ou o que esperar;
- Não confirmar se foi atendida nem como foi a experiência.

Consequência: A pessoa pode se retrair, perder a confiança no sistema ou sofrer nova revitimização no novo serviço.

As más práticas nem sempre são fruto de negligência ou má fé, mas de desconhecimento, falta de formação intercultural ou pressão institucional. No entanto, seus efeitos podem ser igualmente prejudiciais. Na Psicologia da Emergência, intervir mal é pior do que não intervir. Por isso, formar equipes sensíveis, capacitadas e reflexivas é tão importante quanto ter recursos materiais.

Aprender a ver o outro em sua humanidade complexa, reconhecer erros e corrigi-los a tempo é parte de uma prática ética que transforma. A verdadeira ajuda não é apenas técnica: é também política, afetiva e profundamente humana.

10 CASOS ILUSTRATIVOS E RECOMENDAÇÕES

10.1 Caso 1: *Zulay, mulher migrante venezuelana, mãe solteira*

Zulay chegou a um abrigo humanitário com dois filhos pequenos após atravessar a fronteira a pé. Apresentava sinais de ansiedade, tensão corporal e dificuldades para dormir. Durante a entrevista, o assistente social perguntou diretamente: “Você foi vítima de violência sexual?”. Zulay se fechou, respondeu com monossílabos e, no dia seguinte, pediu para ser transferida.

Boa prática: Em um novo centro, uma psicóloga a recebeu sem pressioná-la, falando primeiro sobre seus filhos e suas necessidades atuais. Na terceira sessão, Zulay conseguiu expressar seu medo de ser deportada e contou um evento traumático da travessia.

Má prática: Pressionar por detalhes de violência sexual sem acolhimento emocional ou consentimento, violando o princípio de “não causar dano”.

Recomendação: A relação terapêutica deve priorizar a segurança emocional. Perguntas sensíveis só devem ser feitas quando houver condições éticas, espaço terapêutico adequado e justificativa clínica clara.

10.2 Caso 2: Abdou, jovem migrante senegalês

Abdou foi acolhido em um campo temporário após uma operação de resgate no mar. Não falava espanhol e mal compreendia francês. Por dias, não participou das atividades nem pediu ajuda. Foi rotulado como “isolado” ou “pouco colaborativo”.

Boa prática: Um voluntário que falava wolof se ofereceu como intérprete e mediador cultural. Abdou conseguiu expressar que havia perdido o irmão durante a travessia e sentia culpa. Com apoio, integrou-se ao grupo e aceitou o atendimento psicológico.

Má prática: Assumir falta de interesse ou “resistência” sem considerar a barreira linguística e o luto não expresso.

Recomendação: Sempre considerar que o silêncio pode ser uma forma de autoproteção. É essencial contar com apoio linguístico e mediadores culturais.

10.3 Caso 3: María e Leonel, casal migrante hondurenho com bebê lactente

Após cruzar a fronteira em condições extremas, María e Leonel foram alocados em um centro de atendimento temporário. Durante a avaliação, María mantinha-se calada, com o olhar baixo, e não respondia às perguntas. Foi-lhe indicado participar de uma sessão grupal sobre violência de gênero. Ela não compareceu. Um membro da equipe comentou: “Ela não quer colaborar. Às vezes só querem ajuda, mas não aceitam apoio.”

Boa prática: Uma profissional com abordagem intercultural propôs conversar com María individualmente, sem formulários nem pressão. Após dois encontros informais, María revelou que temia represálias do companheiro caso falasse com estranhos, e sentia vergonha por não entender o que esperavam dela.

Má prática: Supor resistência ou desinteresse sem considerar o contexto cultural ou familiar; obrigar indiretamente à participação em grupos sem consentimento ou avaliação prévia; emitir julgamentos morais que reforçam estigmas.

Recomendação: Respeitar os tempos e condições de abertura de cada pessoa. Nem todas as mulheres que sofreram violência podem falar sobre isso em grupos ou espaços mistos. As intervenções devem considerar o contexto cultural, de gênero e emocional, sem assumir universalidades.

10.4 Caso 4: Farid, jovem migrante afegão, solicitante de asilo

Farid chegou a um centro de acolhida na Europa após meses de trânsito por diversos países. Falava inglês básico, evitava contato com a equipe e recusava-se a participar de atividades comunitárias. Um trabalhador o encaminhou diretamente para atendimento psiquiátrico por “conduta paranoide e retraimento extremo”.

Boa prática: Uma psicóloga do centro propôs uma aproximação informal, começando por seus interesses (ele gostava de desenhar). Por meio da arte, Farid começou a compartilhar sua história. Expressou medo de ser deportado ou de ser considerado “louco”, já que em seu país falar com profissionais de saúde mental era estigmatizante.

Má prática: Patologizar sem avaliação intercultural prévia, não considerar que a desconfiança pode estar relacionada a experiências anteriores de violência institucional, realizar encaminhamento psiquiátrico sem consentimento nem preparo, o que intensificou seu retraimento.

Recomendação: Antes de rotular sintomas, é necessário compreender o contexto cultural, experiências prévias de perseguição e significados atribuídos à saúde mental. Abordagens indiretas como arte ou esportes podem ser eficazes para estabelecer vínculo e reduzir resistências.

11 CONCLUSÃO

Atender pessoas migrantes em contextos de emergência não é apenas fornecer primeiros socorros psicológicos: é um ato profundamente ético e político. Significa acompanhar histórias fragmentadas pela violência, pelo deslocamento e pela perda, mas também reconhecer as capacidades de resistência, adaptação e esperança que essas pessoas carregam consigo.

Ao longo deste capítulo, ficou claro que não existe uma única forma de migrar nem uma única forma de sofrer. As necessidades emocionais e psicossociais de quem migra são marcadas por uma grande diversidade de fatores: a trajetória migratória, a condição legal, as experiências prévias de violência, a pertença cultural, o gênero, a idade, a língua, a classe

social, a orientação sexual, entre outros. Por isso, uma intervenção uniforme ou descontextualizada não só é ineficaz, como potencialmente prejudicial.

O papel da Psicologia de Emergência nesse cenário não é diagnosticar a partir do déficit nem intervir pela pena, mas construir presença, escuta e acolhimento. Isso significa, por um lado, tornar visível a dor psíquica que muitas vezes fica silenciada pelo caos logístico ou pela urgência humanitária; e, por outro, habilitar espaços para a reconstrução da dignidade e da identidade que o deslocamento colocou em risco.

Aplicar boas práticas não é uma fórmula rígida, mas uma atitude: respeitar os tempos do outro, intervir sem invadir, validar sem patologizar, acompanhar sem dirigir. Evitar más práticas implica revisar constantemente nossos vieses, a forma como nos aproximamos das pessoas migrantes e o impacto real de nossas ações, mesmo quando estas são feitas com boa intenção.

O atendimento psicológico em emergências não pode se reduzir a protocolos; requer humanidade, humildade profissional e sensibilidade intercultural. Pessoas migrantes não são apenas vítimas de uma situação, mas protagonistas de processos de resiliência que merecem ser reconhecidos, apoiados e fortalecidos. Isso também exige que as equipes psicossociais sejam cuidadas e acompanhadas, para não reproduzir dinâmicas de sobrecarga ou despersonalização que afetam a qualidade do acompanhamento.

Em suma, a intervenção com pessoas migrantes em situações de emergência é uma tarefa complexa, mas profundamente significativa. Requer profissionais formados, eticamente comprometidos e emocionalmente disponíveis. E, acima de tudo, requer uma visão de justiça: que cada passo que dermos em seu atendimento nos aproxime de um mundo onde ninguém seja obrigado a migrar por medo, nem esquecido quando o faz.

REFERÊNCIAS

Achotegui, J. (2009). *El síndrome de Ulises: El estrés extremo en los inmigrantes sin recursos*. Editorial Herder.

Achotegui, J. (2017). *Salud mental y migración forzada: Nuevas miradas clínicas y sociales*. Desclée de Brouwer.

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Directrices sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*. <https://interagencystandingcommittee.org>

Naciones Unidas - ACNUR. (2022). *Atención psicosocial en contextos de movilidad humana*. <https://www.acnur.org>

Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). *Manual de salud mental y apoyo psicosocial para migrantes en tránsito*. <https://www.iom.int>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants*. WHO. <https://www.who.int>

ACNUR. (2024). *Global Trends: Forced Displacement in 2023*. <https://www.unhcr.org>

Achotegui, J. (2017). *Salud mental y migración forzada: Nuevas miradas clínicas y sociales*. Desclée de Brouwer.

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Directrices sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*. <https://interagencystandingcommittee.org>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). *Manual de salud mental y apoyo psicosocial para migrantes en tránsito*. <https://www.iom.int>

Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>

Achotegui, J. (2009). *El síndrome de Ulises: El estrés extremo en los inmigrantes sin recursos*. Editorial Herder.

Achotegui, J. (2017). *Salud mental y migración forzada: Nuevas miradas clínicas y sociales*. Desclée de Brouwer.

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Directrices sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*. <https://interagencystandingcommittee.org>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). *Manual de salud mental y apoyo psicosocial para migrantes en tránsito*. <https://www.iom.int>

Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20438>

Psic. Elsy Carolina Acosta Pérez MSc. – Venezuela

Psicóloga, Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela (2008). Magíster Scientiarum em Psicologia Clínica, Universidade Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela (2015). Especialista em Psicologia da Emergência, Universidade Católica de Cuyo, San Luis, Argentina (2020). Formação em Terapia Familiar Sistêmica, Universidade do Zulia, Venezuela (2010). Formação em Primeiros Socorros Psicológicos, Universitat Autònoma de Barcelona, Espanha (2017). Membro Fundador da Federação Internacional de Psicologia da Emergência. Membro Titular da Psicólogos Sem Fronteiras Venezuela.

E-mail: soylapsico@gmail.com

AUTOCUIDADO PSICOLÓGICO EN LA INTERVENCIÓN DE EMERGENCIAS:

BUENAS Y MALAS PRÁCTICAS

Cuidarse para poder cuidar: claves psicológicas en la intervención de emergencias.

Natalia Lorenzo Ruiz - España

1 INTRODUCCIÓN

En la intervención de emergencias, los profesionales —psicólogos, bomberos, personal sanitario, miembros de protección civil, fuerzas de seguridad y otros agentes de primera respuesta— operan en contextos donde confluyen altas demandas físicas, tensión emocional intensa y toma de decisiones bajo presión. Estos escenarios no se limitan al peligro físico propio de la escena —estructuras inestables, fuego, sustancias peligrosas—, sino que incluyen una dimensión psicológica profundamente desafiante.

El contacto directo con personas en situaciones de sufrimiento extremo, la exposición a lesiones graves o fallecimientos, la incertidumbre sobre la evolución del evento, el ruido constante de sirenas o gritos, los olores penetrantes de humo, sangre o materiales químicos, y la presión temporal para salvar vidas conforman un entorno que exige al personal interviniente rendimiento máximo en un marco de estrés crítico.

En este contexto, la psicología de emergencias no solo se ocupa de la atención a las víctimas, sino también del cuidado integral del propio interviniente. El autocuidado se entiende aquí como una estrategia activa, consciente y planificada que abarca el antes, durante y después de la intervención. Implica acciones concretas para preservar el equilibrio emocional, mantener la claridad cognitiva y evitar que la exposición repetida a eventos traumáticos deteriore la salud mental y la capacidad operativa.

Lejos de ser un lujo o una recomendación opcional, el autocuidado psicológico constituye un requisito profesional. Su ausencia puede derivar en consecuencias severas, como la fatiga por compasión (agotamiento emocional ante el sufrimiento ajeno), el burnout (síndrome de desgaste profesional) o el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Estas condiciones no solo impactan la vida personal del interviniente, sino que reducen la eficacia,

la precisión y la calidad del servicio prestado, pudiendo incluso poner en riesgo la vida de terceros.

Por ello, el autocuidado en la intervención de emergencias debe entenderse como una responsabilidad ética y operativa. Un profesional que se cuida a sí mismo no es menos comprometido; al contrario, aumenta su capacidad de respuesta, su resiliencia y su disponibilidad para ayudar en futuras crisis. El reto está en integrar este autocuidado de forma realista y sostenida en la práctica diaria, superando creencias erróneas como la idea de que “aguantar sin parar” es sinónimo de fortaleza.

Este capítulo aborda, desde la perspectiva de la psicología de emergencias, cuáles son las prácticas que favorecen la preservación de la salud mental y cuáles la ponen en riesgo, con el objetivo de establecer una guía clara sobre lo que sí debe hacerse y lo que no debe hacerse para garantizar que los profesionales de la respuesta puedan seguir ejerciendo su labor con seguridad, eficacia y humanidad.

2 FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS DEL AUTOCUIDADO EN EMERGENCIAS

El autocuidado, desde la perspectiva de la psicología de emergencias, no es una acción aislada ni un gesto puntual, sino un proceso dinámico y continuo que acompaña al profesional a lo largo de toda la intervención. Su finalidad es mantener la integridad psicológica y funcional del interviniente, permitiendo que pueda actuar con eficacia en escenarios de alta complejidad y recuperarse adecuadamente una vez concluida la misión.

Este proceso puede entenderse a través de dos ejes complementarios: las fases temporales del autocuidado (cuándo se actúa) y las dimensiones del autocuidado (en qué áreas se interviene).

2.1 Fases temporales del autocuidado

a) Prevención (antes de la intervención)

La prevención es la base del autocuidado y se desarrolla antes de que ocurra la emergencia.

En esta fase, el profesional debe:

- Prepararse mentalmente para enfrentar la tensión emocional que implican las emergencias. Esto incluye familiarizarse con la naturaleza de las reacciones psicológicas normales ante el estrés agudo.
- Entrenarse en afrontamiento: practicar técnicas de control respiratorio, visualización de escenarios, identificación de pensamientos automáticos y reestructuración cognitiva.
- Recibir psicoeducación en estrés y trauma: comprender la fisiología de la respuesta de lucha-huida, los efectos de la adrenalina y el cortisol, y las posibles secuelas psicológicas de la exposición a eventos críticos.

Ejemplo: Un equipo de bomberos recibe una sesión formativa en la que se simulan escenarios con víctimas múltiples. Allí, no solo se entrenan procedimientos técnicos, sino también estrategias para mantener la calma y la concentración mientras se procesan estímulos visuales y sonoros de alto impacto.

b) Contención (durante la intervención)

En plena operación, el profesional está sometido a **activación fisiológica intensa** y exposición directa al sufrimiento humano.

El autocuidado en esta fase implica:

- Regular las emociones para evitar que interfieran en el juicio y la coordinación.
- Gestionar la activación fisiológica mediante pausas breves para controlar la respiración y reducir la tensión muscular.
- Aplicar técnicas de grounding para mantener el anclaje en el presente, evitando que la mente divague hacia pensamientos catastróficos o imágenes mentales invasivas.

Ejemplo: Un psicólogo de emergencias que acompaña a familiares de víctimas tras un accidente aéreo utiliza la técnica de “tres respiraciones profundas” antes de comunicar información sensible, asegurando que su tono de voz sea calmado y su comunicación clara.

c) Recuperación (después de la intervención)

Finalizada la fase crítica, el organismo y la mente necesitan volver a un estado de equilibrio.

En esta etapa, el autocuidado se centra en:

- Procesar la experiencia mediante briefings psicológicos o sesiones individuales con profesionales especializados.
- Buscar apoyo social y profesional, ya sea dentro del equipo o en redes externas.
- Restablecer rutinas saludables que incluyan descanso reparador, alimentación equilibrada y actividades de desconexión emocional.

Ejemplo: Tras una misión de rescate en una zona afectada por inundaciones, el equipo participa en una reunión guiada por un psicólogo, donde se comparten experiencias, emociones y aprendizajes, permitiendo liberar tensión y prevenir la acumulación de estrés.

2.2 Dimensiones del autocuidado

a) Cognitiva

La dimensión cognitiva del autocuidado implica mantener la atención, el juicio y la toma de decisiones bajo presión.

Cuando el estrés es extremo, la capacidad de procesamiento de información puede disminuir, afectando la seguridad y eficacia de la intervención.

El entrenamiento en concentración, priorización de tareas y control de pensamientos intrusivos es clave para preservar esta dimensión (Papazoglou, 2023).

b) Emocional

La regulación emocional permite que el profesional pueda experimentar y procesar sus emociones sin quedar atrapado en ellas.

Esto no significa eliminar el miedo, la tristeza o la frustración, sino aprender a gestionarlos de forma que no bloqueen la respuesta operativa.

Estrategias como la autoobservación emocional y la reestructuración de significados ayudan a prevenir reacciones impulsivas o parálisis.

c) Social

El autocuidado no es un acto solitario: la dimensión social resalta la importancia de apoyarse en el equipo y en redes de contención.

Compartir experiencias, pedir relevo cuando es necesario y validar las emociones de los compañeros forman parte de un entorno protector que reduce el impacto del estrés traumático.

La sensación de pertenencia y apoyo mutuo es un factor de resiliencia demostrado en estudios de psicología de emergencias.

En conjunto, estas fases y dimensiones conforman un marco integral que permite al interviniente actuar de forma segura, mantener su salud mental y garantizar que, tras la emergencia, podrá volver a intervenir con eficacia y equilibrio.

3 LO QUE SÍ DEBE HACERSE: BUENAS PRÁCTICAS PSICOLÓGICAS DE AUTOCAUIDADO

Las buenas prácticas de autocuidado psicológico en emergencias no son simples sugerencias, sino acciones esenciales para preservar el equilibrio emocional, la lucidez mental y la capacidad de respuesta del interviniente (Consejo General de la Psicología, 2023).

La experiencia en terreno y la evidencia científica coinciden en que los profesionales que aplican estas estrategias presentan menor incidencia de estrés traumático secundario y mayor resiliencia a lo largo de su carrera.

3.1 Antes de la intervención

Entrenamiento en manejo del estrés

Previo a las misiones, es fundamental entrenar técnicas como:

- **Respiración diafragmática:** ayuda a activar el sistema parasimpático y reducir la ansiedad anticipatoria.
- **Relajación muscular progresiva:** disminuye la tensión física acumulada y facilita la movilidad.
- **Visualización positiva:** imaginar la ejecución correcta de las tareas genera sensación de control y confianza.

Ejemplo: antes de entrar a un edificio colapsado, un rescatista dedica un minuto a respirar profundamente y repasar mentalmente el orden de las maniobras, reduciendo así su tensión muscular y mejorando su precisión.

Preparación psicoeducativa

Conocer de antemano las reacciones normales ante el estrés —como taquicardia, sudoración o temblores— evita interpretarlas como signos de incapacidad y facilita su gestión. También permite identificar señales de sobrecarga, como pensamientos confusos o dificultad para tomar decisiones.

Ejemplo: un paramédico que comprende que su respiración acelerada es una reacción fisiológica normal en la fase inicial de estrés puede centrarse en regularla, en lugar de entrar en pánico por sentirla.

Ensayo mental de escenarios

Simular mentalmente procedimientos y posibles obstáculos reduce la incertidumbre y prepara cognitivamente al profesional para responder con agilidad. Este método fortalece la anticipación adaptativa, clave para mantener la calma ante imprevistos.

Ejemplo: un psicólogo de emergencias imagina previamente cómo abordará a una familia que espera noticias de un ser querido, ensayando tanto el contenido como el tono de su comunicación.

Cuidado del sueño y alimentación

Llegar descansado y bien nutrido es tan relevante como portar el equipo adecuado. La privación de sueño deteriora la memoria de trabajo y la toma de decisiones, mientras que una alimentación insuficiente reduce la resistencia física y la tolerancia al estrés.

Ejemplo: un voluntario de protección civil, consciente de la jornada intensa que le espera, prioriza dormir ocho horas y desayunar de forma equilibrada antes de movilizarse.

3.2 Durante la intervención

Atención plena (mindfulness) en la tarea

Focalizarse en la acción inmediata, sin dejarse arrastrar por la magnitud total del evento, ayuda a reducir la sobrecarga emocional.

Esto significa trabajar “un paso a la vez”, sin anticipar todos los problemas posibles.

Ejemplo: un rescatista en un derrumbe se concentra únicamente en asegurar una viga antes de pensar en la extracción de la víctima, evitando la sensación de bloqueo.

Técnicas de micro-recuperación

Pausas de 1-2 minutos para respirar profundamente, beber agua o relajarse momentáneamente permiten que el sistema nervioso reduzca su nivel de activación. Estas micro-pausas previenen la fatiga mental y el deterioro del rendimiento.

Ejemplo: un enfermero de urgencias, entre dos atenciones, cierra los ojos durante 30 segundos y realiza respiraciones profundas para recobrar claridad mental.

Comunicación emocional con el equipo

Expresar brevemente cómo uno se siente ayuda a detectar de forma temprana signos de sobrecarga y evita colapsos inesperados.

No se trata de largas conversaciones, sino de mensajes claros y concisos: “Necesito un relevo” o “Me siento saturado, dame un minuto”.

Ejemplo: durante un operativo prolongado, una psicóloga comunica a su coordinador que necesita cambiar de tarea para evitar un bloqueo emocional.

Autochequeo de señales de saturación

Estar atento a cambios en la concentración, irritabilidad, coordinación física o pensamientos intrusivos es clave para actuar antes de llegar a un punto crítico.

Ejemplo: un bombero nota que le cuesta recordar el procedimiento que conoce de memoria y decide pedir un descanso de cinco minutos para recuperar el enfoque.

3.3 Después de la intervención

Participar en el debriefing psicológico

El debriefing, facilitado por un profesional, permite compartir experiencias, normalizar reacciones emocionales y extraer aprendizajes operativos y psicológicos.

Es una oportunidad para prevenir el estrés postraumático y fortalecer la cohesión del equipo.

Ejemplo: tras un rescate en un accidente múltiple, los intervinientes comparten cómo se sintieron y qué estrategias les funcionaron, validando mutuamente sus emociones.

Buscar apoyo especializado si es necesario

Ante síntomas persistentes como insomnio, recuerdos intrusivos o evitación de ciertos lugares o tareas, es prioritario acudir a un psicólogo de emergencias. La intervención temprana aumenta la probabilidad de recuperación completa.

Ejemplo: un policía que sueña repetidamente con una escena de accidente recibe terapia breve centrada en el trauma y logra disminuir la intensidad de las imágenes intrusivas.

Rituales de cierre

Realizar actividades simbólicas o hábitos rutinarios ayuda a marcar el fin del evento y facilita la separación entre vida profesional y personal.

Puede ser desde limpiar y guardar el equipo hasta escribir un breve resumen personal de la experiencia.

Ejemplo: una trabajadora social, después de un operativo, toma una ducha caliente y escribe en un cuaderno lo aprendido antes de dormir.

Reintegración gradual

Evitar la sobreexposición inmediata a nuevas emergencias permite que cuerpo y mente se recuperen.

Retomar la actividad de manera progresiva fortalece la resiliencia y previene recaídas emocionales.

Ejemplo: un psicólogo de emergencias, tras intervenir en un incendio de gran impacto, solicita no ser asignado a incidentes de alto contenido traumático durante algunos días para poder reponerse.

4 LO QUE NO DEBE HACERSE: ERRORES FRECUENTES Y CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

En entornos de alta presión como las emergencias, la eficacia operativa no solo depende de lo que se hace bien, sino también de evitar conductas que deterioran el bienestar psicológico y físico del interviniente.

Estas malas prácticas suelen derivar de la cultura profesional (“aguantar sin parar”, “no mostrar debilidad”), de la sobreconfianza o de la falta de formación específica en autocuidado.

Sus consecuencias pueden manifestarse de forma inmediata —bloqueos, errores, crisis de ansiedad— o a largo plazo —estrés traumático secundario, burnout, trastorno de estrés postraumático—.

4.1 Antes de la intervención

Ignorar la preparación mental

Confiar en la experiencia acumulada como único escudo ante el impacto emocional es un error habitual.

La exposición repetida a eventos críticos, sin estrategias activas de afrontamiento, genera impacto emocional acumulativo, que aumenta la probabilidad de agotamiento emocional y reacciones intensas en el futuro.

Ejemplo: un veterano de rescate que ha intervenido en decenas de accidentes no se prepara mentalmente para una operación de múltiples víctimas infantiles, y durante la misión experimenta un bloqueo emocional inesperado.

Infravalorar las reacciones humanas

Pensar que el sufrimiento, la muerte o las escenas de gran impacto “no afectan” es un sesgo peligroso, conocido como negación emocional defensiva.

Si bien puede funcionar momentáneamente como barrera, a medio plazo puede favorecer reacciones retardadas, como pesadillas, flashbacks o irritabilidad.

Ejemplo: una policía afirma que “ya está acostumbrada” a ver escenas violentas, pero semanas después de un caso particularmente cruel, comienza a experimentar insomnio y pensamientos intrusivos.

4.2 Durante la intervención

Negar las propias emociones

Bloquear sentimientos como tristeza, miedo o frustración conlleva un alto costo. En psicología de emergencias se sabe que **la supresión emocional** puede generar

somatizaciones (dolores, tensión muscular, problemas digestivos) y estallidos emocionales posteriores, ya sea en el trabajo o en la vida personal.

Ejemplo: un sanitario mantiene una compostura rígida durante toda la atención a víctimas de un accidente grave, pero al llegar a casa rompe en llanto incontrolable y con sensación de culpa por “no poder manejarlo”.

Trabajar en modo automático sin pausas

La hiperactivación prolongada del sistema nervioso —con frecuencia cardíaca y tensión muscular elevadas— mantiene al cuerpo en un estado de alerta tóxica. Esto incrementa el riesgo de cometer errores, de sufrir lesiones y de experimentar un colapso emocional repentino.

Ejemplo: un bombero pasa más de 6 horas seguidas en un incendio sin parar, y en un momento crítico olvida seguir un protocolo básico, poniendo en riesgo a su equipo.

Evitar la comunicación con el equipo

No expresar necesidades físicas o emocionales genera aislamiento y reduce la posibilidad de recibir apoyo o relevo.

El aislamiento en emergencias incrementa la vulnerabilidad psicológica y debilita la cohesión del grupo, que es un factor clave de resiliencia.

Ejemplo: una psicóloga de emergencias no avisa que está empezando a marearse en medio de la atención, y termina descompensándose frente a las víctimas.

4.3 Después de la intervención

Evitar hablar de lo ocurrido

El silencio forzado, ya sea por orgullo, miedo al juicio o cultura organizacional, puede cronificar el malestar.

No verbalizar lo vivido impide procesar la experiencia y dificulta que el equipo detecte signos de afectación psicológica en sus miembros.

Ejemplo: un agente de rescate se niega a participar en el debriefing tras un accidente mortal, y semanas después empieza a experimentar ataques de ansiedad sin relacionarlos con el evento.

Automedicarse con alcohol, sedantes o estimulantes

Recurrir a sustancias para “desconectar” o “poder seguir” no resuelve la causa del malestar y aumenta el riesgo de dependencia.

Además, interfiere con el procesamiento natural del trauma y puede intensificar síntomas depresivos o ansiosos.

Ejemplo: un médico de emergencias comienza a consumir ansiolíticos sin supervisión tras varios incidentes traumáticos, lo que le genera problemas de memoria y somnolencia en su jornada laboral.

Minimizar síntomas

Frases como “ya se me pasará” o “no es para tanto” retrasan la búsqueda de ayuda y permiten que los síntomas se intensifiquen.

En psicología de emergencias se considera fundamental intervenir temprano, ya que la atención oportuna aumenta la probabilidad de recuperación total.

Ejemplo: una trabajadora social que sufre pesadillas recurrentes tras una catástrofe natural decide ignorarlas, y con el tiempo desarrolla un cuadro de estrés postraumático.

Tabla 1 - Buenas y malas prácticas de autocuidado psicológico en emergencias

Momento	Lo que SÍ debe hacerse	Beneficios psicológicos	Lo que NO debe hacerse	Consecuencias psicológicas
Antes de la intervención	- Entrenar respiración, relajación y visualización positiva. - Recibir psicoeducación en estrés y trauma. - Ensayar mentalmente escenarios. - Llegar descansado y bien nutrido.	- Mayor control emocional. - Reducción de ansiedad anticipatoria. - Prevención de errores por fatiga.	- Ignorar la preparación mental. - Creer que “uno ya está acostumbrado”. - Infravalorar el impacto de ver sufrimiento o muerte.	- Impacto emocional acumulativo. - Reacciones retardadas (pesadillas, irritabilidad).

Momento	Lo que SÍ debe hacerse	Beneficios psicológicos	Lo que NO debe hacerse	Consecuencias psicológicas
Durante la intervención	- Practicar mindfulness en la tarea inmediata. - Hacer micro-pausas de 1-2 minutos. - Comunicar necesidades al equipo. - Autochequear señales de saturación.	- Mantener lucidez y coordinación. - Prevenir bloqueos y colapsos. - Mayor cohesión de equipo.	- Negar las propias emociones. - Trabajar en modo automático sin pausas. - Evitar comunicación con el equipo.	- Somatizaciones y estallidos emocionales. - Errores por agotamiento. - Mayor vulnerabilidad psicológica.
Después de la intervención	- Participar en debriefing psicológico. - Buscar apoyo especializado si hay síntomas. - Realizar rituales de cierre. - Reintegrarse gradualmente.	- Procesamiento saludable del evento. - Prevención de estrés postraumático. - Recuperación integral.	- Evitar hablar de lo ocurrido. - Automedicarse con alcohol, sedantes o estimulantes. - Minimizar síntomas.	- Cronificación del malestar. - Riesgo de dependencia a sustancias. - Agravamiento del daño psicológico.

5 FACTORES ORGANIZACIONALES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO PSICOLÓGICO

En el contexto de las emergencias, el bienestar psicológico de los intervinientes no puede recaer únicamente en la responsabilidad individual.

Las organizaciones de respuesta —ya sean servicios de emergencias médicas, cuerpos de bomberos, policía, protección civil u ONG humanitarias— deben asumir un rol activo como agentes protectores de la salud mental de sus miembros.

El soporte estructural y la cultura interna pueden marcar la diferencia entre un equipo resiliente y uno que acumula desgaste invisible hasta llegar a la incapacidad operativa.

5.1 Protocolos claros de apoyo psicológico inmediato

Tras incidentes de alto impacto emocional (catástrofes con múltiples víctimas, sucesos con niños, eventos de violencia extrema), es esencial que la organización active protocolos de atención psicológica temprana.

Estos protocolos pueden incluir:

- **Defusing** (intervención breve en las primeras horas para estabilizar emocionalmente).
- **Debriefing psicológico** (espacio grupal guiado por un profesional para compartir experiencias y normalizar reacciones).
- Acceso rápido y confidencial a **atención individual** para quienes presenten síntomas intensos.

Ejemplo: tras un rescate de víctimas en un accidente ferroviario, el equipo de intervención recibe una sesión de defusing antes de retirarse, lo que permite detectar a dos miembros con signos de shock agudo y ofrecerles seguimiento inmediato.

5.2 Formación continua en afrontamiento del estrés y resiliencia

El entrenamiento técnico no es suficiente para afrontar la carga psicológica de las emergencias.

La formación psicoeducativa periódica en estrategias de autocuidado, regulación emocional, manejo de activación fisiológica y prevención de trauma secundario, debe formar parte del plan anual de capacitación.

Además, estas formaciones fortalecen la resiliencia organizacional, entendida como la capacidad del grupo de adaptarse y recuperarse rápidamente de situaciones críticas.

Ejemplo: un cuerpo de bomberos incluye en su programa anual un taller de mindfulness operativo y simulacros con entrenamiento en comunicación bajo estrés, mejorando la coordinación y reduciendo los conflictos internos en operaciones reales.

5.3 Supervisión psicológica periódica

La supervisión no debe limitarse a la evaluación del desempeño técnico, sino que ha de incorporar la detección temprana del desgaste emocional.

Esto implica evaluaciones periódicas, entrevistas de seguimiento y un sistema de alerta temprana para casos de fatiga por compasión, burnout o síntomas de estrés postraumático (González Procel y cols., 2018).

La supervisión psicológica puede prevenir que un miembro llegue al colapso o a errores graves en el terreno, al identificar señales de sobrecarga antes de que se vuelvan incapacitantes.

Ejemplo: en una ONG de respuesta humanitaria, cada interviniente pasa una evaluación psicológica breve cada tres meses, lo que permite detectar a una trabajadora con síntomas de insomnio y derivarla a apoyo especializado antes de su próxima misión.

5.4 Cultura institucional de cuidado mutuo

La cultura organizacional influye directamente en cómo los miembros perciben y practican el autocuidado.

En entornos donde pedir ayuda se interpreta como debilidad, los síntomas se ocultan y se cronifican. Por el contrario, una cultura que entiende el autocuidado como parte del profesionalismo fomenta la responsabilidad compartida en el bienestar del equipo.

Prácticas para promover esta cultura:

- Reconocer públicamente la importancia de la salud mental en reuniones y comunicados internos.
- Normalizar que los líderes compartan sus propias estrategias de autocuidado.
- Establecer canales seguros y confidenciales para solicitar apoyo.

Ejemplo: en un servicio de emergencias médicas, el protocolo interno estipula que cualquier miembro que lo solicite puede retirarse temporalmente de la primera línea sin que esto afecte negativamente a su evaluación de desempeño.

6 CONCLUSIONES

En el ámbito de la intervención en emergencias, el autocuidado psicológico no puede considerarse un añadido opcional ni un lujo reservado para tiempos tranquilos. Es, en realidad, una competencia profesional imprescindible, al mismo nivel que la capacitación técnica, el uso correcto del equipo o el cumplimiento de protocolos de seguridad. Desde la perspectiva de la psicología de emergencias, la eficacia operativa de un interviniente

no depende únicamente de sus habilidades prácticas o su condición física, sino también —y en gran medida— de su capacidad para preservar su estabilidad emocional frente a contextos de alta presión y fuerte carga traumática.

Las buenas prácticas descritas en este capítulo demuestran que el autocuidado es una responsabilidad proactiva: se construye antes, se mantiene durante y se repara después de cada intervención. Incorporar estrategias como la regulación emocional, las pausas de micro-recuperación, la comunicación abierta con el equipo y la búsqueda temprana de apoyo especializado no solo protege al individuo, sino que refuerza el funcionamiento colectivo y la calidad de la respuesta global.

Del mismo modo, evitar los errores más frecuentes —como negar las propias emociones, minimizar síntomas, recurrir al aislamiento o al consumo de sustancias— es clave para prevenir problemas como el estrés traumático secundario, la fatiga por compasión, el burnout o el estrés postraumático. Ignorar estos riesgos no los hace desaparecer; por el contrario, aumenta su impacto y complica su tratamiento posterior (Jeanmonod et al., 2024).

En el plano organizacional, las estructuras de respuesta deben reconocer que el cuidado psicológico no es una responsabilidad individual aislada. Protocolos claros de apoyo emocional, formación continua, supervisión periódica y una cultura institucional de cuidado mutuo son pilares que sostienen la resiliencia profesional a largo plazo.

En última instancia, cuidarse psicológicamente no es un acto egoísta, sino una inversión en la capacidad de seguir sirviendo. Un interviniente que se preserva mentalmente hoy será un recurso confiable y operativo mañana. Así, el autocuidado se convierte no solo en un derecho del profesional, sino en un deber ético hacia las personas a las que atiende y hacia el propio equipo de trabajo.

Ser interviniente en emergencias significa mirar de frente al caos cuando otros se alejan, sostener la calma cuando todo alrededor parece derrumbarse y, sobre todo, cuidar la vida en todas sus formas. Pero esa misión empieza por la propia vida. Un profesional que se respeta, se escucha y se protege a sí mismo no solo preserva su capacidad de actuar, sino que honra la confianza que la sociedad ha depositado en él. En cada respiración consciente, en cada pausa para recomponerse, en cada gesto de apoyo mutuo con un compañero, se está tejiendo la verdadera red de seguridad que sostiene las emergencias: la humanidad compartida. Porque solo quien se cuida puede cuidar, y solo quien está entero puede ayudar a recomponer lo roto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Consejo General de la Psicología. (2023). *Guía de recomendaciones de buenas prácticas en intervención psicológica en emergencias*. <https://www.cop.es/pdf/GUIA-BP-EMERGENCIAS.pdf>

González Procel, C., Sánchez Padilla, Y., & Peña Loaiza Domínguez, G. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia: una revisión bibliográfica descriptiva. *Dominio de la Ciencia*, 4(1), 483–498. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6313248>

Jeanmonod, D., Irick, J., Munday, A. R., Awosika, A. O., & Jeanmonod, R. (2024). Compassion fatigue in emergency medicine: Current perspectives. *Open Access Emergency Medicine*, 16, 167–181. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S418935>

Papazoglou, K. (2023). Stress, prevention, and resilience among first responders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(24), Article 7174. <https://doi.org/10.3390/ijerph20247174>

Natalia Lorenzo Ruiz. Licenciada en Psicología. Máster en Trastornos Postraumáticos. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Especialista en Protección Civil y Emergencias. Acreditación Nacional de Psicóloga Experta en Psicología de Emergencias y Catástrofes por el Consejo General de la Psicología de España. Coordinadora de la Comisión de Intervención en Emergencias y Desastres del Colegio Oficial de la Psicología del Principado de Asturias. Vicepresidenta de la Federación Internacional de Psicología de la Emergencia (FIPE-IFEP). Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias (SEPADEM). Socia Fundadora de la Sociedad Española de Suicidología. Socia Fundadora de Papageno (Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio). Socia de la Asociación Profesional de Técnicos de Bomberos (APTB). Socia acreditada de la Asociación Internacional de Miembros de Cuerpos de Seguridad y Emergencias (AIMCSE). Más de 25 años impartiendo formación presencial y online a servicios de emergencias.

Contacto: nlorenzo@telecable.es

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PODER JUDICIAL

Lilia Ana Novillo-Argentina

1 INTRODUCCIÓN GENERAL

El síndrome de burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional, es un estado de estrés laboral crónico que surge cuando las demandas del entorno laboral superan la capacidad de afrontamiento del individuo. Fue inicialmente descrito por H. Freudenberger en 1974, quien observó en voluntarios de una clínica una sensación de fracaso y agotamiento derivada de una sobrecarga de recursos físicos, emocionales y espirituales. Posteriormente, la psicóloga C. Maslach identificó y definió las tres dimensiones principales que caracterizan este fenómeno: el agotamiento emocional, que implica una fatiga extrema y una sensación de falta de energía; la despersonalización, que se manifiesta en actitudes negativas, cinismo o distancia emocional frente a las personas atendidas o el trabajo en sí; y la percepción de falta de realización personal, que se traduce en sentimientos de ineficacia y ausencia de logros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó formalmente el burnout en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un fenómeno relacionado con el trabajo, describiéndolo como un estado de agotamiento, actitudes cínicas o distanciamiento respecto a las tareas laborales, y una disminución en la eficacia profesional. Entre sus síntomas más frecuentes se encuentran el desánimo, la fatiga crónica, la baja autoestima, la irritabilidad, trastornos del sueño, afecciones psicosomáticas (como cefaleas y problemas gastrointestinales), además de la pérdida de motivación y compromiso con las tareas.

En el uso coloquial en español, también se emplean expresiones como “síndrome del quemado” o “de la cabeza quemada” para describir la sensación de estar “quemado” por el trabajo. Desde una perspectiva psicológica, el burnout puede entenderse como la consecuencia de una gestión ineficaz del estrés laboral crónico, que se desarrolla de forma paulatina. Inicialmente, se presenta un agotamiento progresivo; posteriormente, puede surgir una actitud de insensibilidad o indiferencia como mecanismo de defensa ante la carga

emocional; y, finalmente, se observa una disminución en la productividad y en la satisfacción personal.

A nivel conductual y fisiológico, el síndrome puede manifestarse en comportamientos como el ausentismo laboral, el aislamiento social, la baja calidad en el desempeño, y en problemas de salud que van desde resfriados frecuentes hasta hipertensión. Es fundamental entender que el burnout no surge de manera abrupta, sino que es el resultado de la acumulación prolongada de tensiones. Factores como jornadas laborales extensas, alta presión por resultados, carga emocional derivada de conflictos humanos (por ejemplo, testimonios de víctimas), y la falta de apoyo institucional contribuyen de manera significativa a su desarrollo.

En palabras de Maslach (2009), “el burnout se ha convertido en una forma popular de describir la agonía personal derivada del estrés laboral. La metáfora de una llama que se va reduciendo a cenizas refleja la erosión psicológica que experimenta una persona con el tiempo. La fase inicial, marcada por entusiasmo y dedicación, se consume, dejando en su lugar las brasas del agotamiento, el cinismo y la ineficacia”. La literatura y la investigación sobre este fenómeno, desde la publicación de obras como *A Burnt-out Case* (1961), han demostrado que el burnout no es un caso aislado ni ficticio, sino una experiencia común en el ámbito laboral que puede considerarse un indicador de una problemática mayor en la relación de las personas con su trabajo (Maslach, 2009).

2 EL BURNOUT EN EL PODER JUDICIAL

En el contexto del Poder Judicial, la relevancia del síndrome de burnout adquiere una dimensión particular. La labor judicial exige altas demandas cognitivas y emocionales: la gestión de expedientes voluminosos, la obligación de cumplir con plazos estrictos, la toma de decisiones que impactan directamente en la vida de las personas, y una exposición constante a situaciones de sufrimiento, conflicto y violencia. Además, en muchas jurisdicciones, los recursos son limitados y la sobrecarga de casos aumenta la presión sobre el personal judicial.

Diversos estudios en Iberoamérica revelan que una proporción significativa del personal judicial experimenta niveles elevados de estrés laboral. Por ejemplo, en Lima, Perú, un estudio encontró que el 33,7% de los jueces reportaron un estrés considerable, mientras que encuestas internas en varios órganos del Poder Judicial indicaron que hasta un 86% de

los funcionarios manifestaron niveles “altos” de estrés asociados a ansiedad ante audiencias y tareas judiciales. Estos datos evidencian que el burnout no es un fenómeno ajeno a quienes desempeñan funciones en la justicia, sino que puede considerarse un “enemigo silencioso” que afecta la salud mental y el rendimiento del personal jurisdiccional.

El personal judicial enfrenta diariamente presiones intensas como plazos rígidos, cargas excesivas de causas, contacto frecuente con conflictos humanos profundos y un elevado sentido de responsabilidad. Estas condiciones conforman un escenario propicio para el desarrollo del síndrome de burnout, cuya manifestación clínica incluye agotamiento crónico, cinismo o actitud despersonalizada, y una disminución en la motivación y satisfacción laboral (Maslach & Jackson, 1981).

3 CARACTERÍSTICAS DEL BURNOUT

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el burnout se define como un fenómeno ocupacional originado por la presencia prolongada de estrés crónico en el trabajo que no ha sido gestionado eficazmente. Se caracteriza por tres dimensiones principales: el agotamiento emocional, la despersonalización o cinismo, y la percepción de baja realización personal.

Diversos estudios cualitativos realizados mediante entrevistas y observación participativa en distintas provincias argentinas aportan datos relevantes: aproximadamente el 80% de los trabajadores judiciales manifestó experimentar agotamiento emocional en niveles moderados o altos; el 62% expresó actitudes cínicas o despersonalizadas hacia su trabajo o los usuarios del sistema; y el 70% sentía que no era eficaz ni valorado en su función.

Estas investigaciones también identificaron factores de riesgo asociados, tales como: la sobrecarga de expedientes, la falta de reconocimiento por logros profesionales, conflictos jerárquicos interpersonales y la exposición constante a problemáticas sociales graves como la violencia, la pobreza, la muerte y el abuso. La presencia de estos elementos evidencia la necesidad de implementar estrategias de prevención y abordaje del burnout en el ámbito judicial, con acciones como:

- La revisión de las cargas laborales por juzgado o dependencia.
- La creación de protocolos específicos para la salud psicoemocional del personal judicial.
- La realización de talleres de autocuidado, mindfulness y resolución de conflictos.

- El acceso confidencial y gratuito a asistencia psicológica, tanto interna como externa.
- La promoción del reconocimiento profesional y el valor del trabajo realizado.

Estas medidas buscan reducir la incidencia del síndrome y promover un entorno laboral saludable, que favorezca el bienestar psicológico y la motivación del personal judicial, contribuyendo así al funcionamiento eficiente y humano del sistema de justicia.

4 DATOS Y ESTADÍSTICAS SOBRE EL BURNOUT EN EL PODER JUDICIAL ARGENTINO

Aunque actualmente no existen estadísticas públicas exhaustivas y específicas del ámbito del Poder Judicial en Argentina, la información disponible indica que el fenómeno del burnout se ha consolidado como una problemática creciente en el país. A nivel general, Argentina presenta niveles alarmantes de desgaste laboral; así lo refleja la encuesta nacional “Burnout 2023” realizada por Bumeran, que revela que el porcentaje de trabajadores que se sienten “quemados” ha aumentado progresivamente en los últimos años, pasando del 81% en 2021 al 86% en 2022, alcanzando un récord del 94% en 2023. Este porcentaje supera ampliamente las cifras de otros países latinoamericanos, como Chile, con un 91%, y Perú, con un 78%, consolidando a Argentina como la nación con mayor prevalencia en la región en términos de desgaste laboral.

En relación con las dimensiones clásicas del síndrome, los datos de 2023 muestran que más de la mitad de los encuestados (52%) reportó sentirse exhausto o con una notable falta de energía, mientras que el 41% manifestó actitudes de cinismo o despersonalización respecto a su trabajo, y el 23% percibió una baja en la sensación de eficacia o realización personal en sus tareas. Además, un 48% de los trabajadores evidenció la coexistencia de estas manifestaciones, señalando un impacto profundo y multifacético en la fuerza laboral general. La representación gráfica de estos datos (ver Gráfico 1) permite visualizar la magnitud del problema y su gravedad.

En el ámbito del Poder Judicial, si bien la ausencia de estadísticas nacionales específicas limita el análisis, diversas investigaciones locales y datos cualitativos sugieren que la problemática es igualmente significativa. Por ejemplo, un estudio realizado en la provincia de Entre Ríos, centrado en empleados judiciales de los fueros Penal y de Familia, aplicó el

Inventario de Burnout de Maslach (MBI) a una muestra de 47 trabajadores. Los resultados evidencian que una proporción considerable presenta niveles moderados o altos en las tres dimensiones del síndrome. Además, el estudio constató que los estilos de afrontamiento empleados por los empleados influyen en la intensidad del burnout: aquellos que adoptan estrategias positivas y activas, como la planificación y la reevaluación positiva, demostraron menores niveles de agotamiento emocional y despersonalización, además de mayores niveles de satisfacción y realización personal, en comparación con quienes recurren a mecanismos disfuncionales, como la evitación o la negación.

Estos hallazgos no solo ratifican la presencia del burnout en el personal judicial, incluso en muestras pequeñas, sino que también subrayan la importancia de los recursos psicológicos y las estrategias de afrontamiento para mitigar sus efectos. La experiencia cotidiana en los tribunales, caracterizada por altas tasas de licencias por estrés, síntomas de “fatiga por compasión” en operadores que enfrentan casos traumáticos, y reclamos gremiales relacionados con cargas laborales excesivas, refuerzan esta problemática. Durante la pandemia de COVID-19, la Oficina de Bienestar Laboral de la Corte Suprema identificó un incremento en las consultas relacionadas con malestar psicológico, destacando problemas como ansiedad, irritabilidad e insomnio vinculados a la sobrecarga de trabajo. En 2024, esta oficina confirmó que las principales manifestaciones post-pandemia en el personal judicial incluyen niveles elevados de ansiedad, irritabilidad y trastornos del sueño, reflejo de una situación laboral cada vez más precaria y exigente.

Al proyectar estas tendencias a la realidad del sistema judicial, resulta razonable suponer que una proporción significativa del personal judicial ha experimentado algún nivel de burnout, desde estados moderados que generan desgaste sin incapacidad laboral, hasta casos severos que llevan a bajas laborales. La medición periódica del clima laboral y la salud psicosocial en la justicia son, por tanto, herramientas fundamentales para comprender y atender esta problemática, evitando subestimar su extensión.

5 MEDICIÓN DEL BURNOUT EN EL CONTEXTO LOCAL: CASO DE ENTRE RÍOS

Un ejemplo concreto de evaluación en el ámbito judicial es la investigación de Kroonstadt y Treiyr (2023), realizada en 2022 en la provincia de Entre Ríos, titulada “Afrontamiento y burnout en empleados del Poder Judicial de Entre Ríos”. Este estudio examinó a funcionarios y empleados judiciales en la ciudad de Paraná y otras localidades mediante instrumentos validados internacionalmente: el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y el cuestionario de estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman (WOC).

Los resultados revelaron varias cuestiones relevantes: en primer lugar, la presencia del síndrome de burnout en diferentes niveles dentro del personal judicial, confirmando que no se trata de un fenómeno exclusivo de ciertos grupos, sino extendido en toda la estructura. En segundo lugar, se observaron diferencias estadísticamente significativas en los patrones de afrontamiento: quienes empleaban estrategias activas y positivas, como la planificación y la reevaluación, mostraban menores niveles de desgaste, mientras que quienes recurrían a mecanismos disfuncionales (evitación, negación) presentaban mayor agotamiento y despersonalización. Esto sugiere que fortalecer las habilidades de afrontamiento adaptativas puede ser una vía efectiva de intervención.

Asimismo, los autores recomendaron la implementación de programas preventivos enfocados en capacitar a los empleados judiciales en estrategias de manejo del estrés y técnicas de resiliencia, subrayando la importancia de la intervención organizacional para reducir los efectos del burnout. Aunque la muestra fue limitada, el estudio aporta evidencia empírica de que el síndrome afecta a la judicatura local y que su incidencia puede ser mitigada mediante políticas de apoyo psicológico y formación en recursos emocionales, además de mejorar las condiciones laborales.

5.1 Herramientas para la Detección y Diagnóstico del Burnout

El diagnóstico del burnout en el personal judicial se realiza generalmente mediante cuestionarios estandarizados adaptados a las particularidades del trabajo tribunalicio. La herramienta más utilizada a nivel internacional y validada en español es el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), que consta de 22 ítems con escala Likert. En versiones adaptadas al contexto judicial, los ítems reflejan situaciones típicas del ejercicio forense, por ejemplo:

- “Me siento emocionalmente agotado por el trabajo en el juzgado.”

- “Siento que me vuelvo insensible o distante con las personas que atiendo (justiciables, colegas).”
- “Percibo que mi trabajo no me proporciona satisfacción personal ni logros significativos.”

Cada afirmación se califica en función de su frecuencia de ocurrencia, desde “Nunca” hasta “Todos los días”. La presencia de puntajes elevados en agotamiento y despersonalización, junto con bajos niveles en realización personal, indica un perfil de burnout. Es fundamental que la aplicación de estos instrumentos se realice de forma anónima y confidencial, para garantizar respuestas sinceras y evitar sesgos relacionados con la imagen profesional. Además, las preguntas deben contextualizarse al entorno judicial, incluyendo aspectos como la carga de expedientes, las interacciones con abogados y partes, y la atención al público, para aumentar la pertinencia y precisión del diagnóstico.

Es recomendable complementar las encuestas cuantitativas con preguntas abiertas que permitan identificar factores de estrés específicos (por ejemplo, “¿Qué aspectos de su trabajo en la judicatura generan mayor tensión?”) y estrategias de afrontamiento utilizadas (“¿Qué hace para aliviar su estrés laboral?”). Esto posibilita detectar causas organizacionales —como exceso de trabajo, conflictos interpersonales o falta de recursos— y recursos de resiliencia disponibles o ausentes, facilitando la planificación de intervenciones dirigidas y efectivas.

Un ejemplo de instrumento integral en el ámbito judicial iberoamericano es el propuesto por la Cumbre Judicial Iberoamericana en 2022, que incluye secciones sobre bienestar físico y mental, nivel de apoyo institucional y desafíos en las funciones judiciales. En Argentina, diversos departamentos de Recursos Humanos de las jurisdicciones, como el Consejo de la Magistratura y las Cortes provinciales, han adoptado encuestas de clima laboral que incorporan ítems relacionados con el burnout, cuya información se visualiza mediante gráficos que permiten identificar áreas críticas y priorizar acciones.

5.2 Visualización de Datos para la Toma de Decisiones

La representación gráfica de los niveles de burnout es una herramienta clave para comunicar de manera efectiva los resultados y facilitar la toma de decisiones. Por ejemplo, gráficos de barras o diagramas de torta que muestren el porcentaje de empleados afectados en cada dimensión (agotamiento, cinismo, baja realización) permiten identificar rápidamente las zonas de mayor riesgo. Datos extraídos de la encuesta nacional “Burnout 2023” ilustran la distribución en la población laboral argentina: un 52% reporta agotamiento extremo, un 41% desarrolla actitudes de cinismo, y un 23% siente baja eficacia profesional. La coexistencia de estos síntomas en casi la mitad de la muestra (48%) evidencia la gravedad del síndrome, que suele manifestarse de forma integral, afectando la energía, la actitud y la percepción de logro del trabajador.

En el contexto del Poder Judicial, un análisis visual similar puede mostrar que determinados sectores, como los jueces o ciertos fueros, presentan mayores índices de agotamiento o despersonalización, permitiendo diseñar intervenciones específicas. La utilidad de estos gráficos radica en la simplificación de datos complejos, facilitando su comprensión por parte de las autoridades y promoviendo acciones concretas, tales como programas de apoyo psicológico, mejoras en la carga laboral o capacitaciones en gestión del estrés.

La evidencia empírica y la experiencia clínica indican que el burnout representa un desafío importante en el sistema judicial argentino. La medición periódica, la sensibilización y la implementación de intervenciones focalizadas en el fortalecimiento de recursos emocionales y organizacionales son cruciales para preservar la salud mental del personal judicial y garantizar un funcionamiento eficiente y justo del sistema. La utilización de instrumentos validados y la visualización clara de los datos permiten no solo diagnosticar, sino también sensibilizar a las instituciones y promover cambios que prioricen el bienestar laboral en la justicia.

6 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Dada la magnitud del problema del síndrome de burnout en el ámbito laboral, especialmente en el sector judicial argentino, resulta imprescindible que tanto las instituciones judiciales como las normativas legales adopten medidas proactivas y preventivas para combatir y mitigar sus efectos. En Argentina, se han dado pasos concretos en ambos frentes, orientados a promover ambientes de trabajo saludables y a detectar tempranamente los signos de desgaste profesional.

6.1 Estrategias Institucionales (Organizacionales)

6.1.1 Programas de Bienestar y Salud Ocupacional:

El Poder Judicial de la Nación ha puesto en marcha iniciativas específicas, como la Oficina de Bienestar Laboral (OBL) de la Corte Suprema, cuyo objetivo es fomentar entornos laborales saludables. En 2024, la OBL fortaleció la colaboración con el área de salud mental de la Obra Social del Poder Judicial para analizar las problemáticas surgidas tras la pandemia y diseñar políticas de bienestar orientadas a la prevención del burnout.

De manera similar, el Consejo de la Magistratura inició en 2025 una serie de webinars enfocados en el bienestar psicosocial en el trabajo, brindando herramientas para el manejo emocional en contextos de alta exigencia. Estas capacitaciones, a cargo de psicólogos especializados, buscan enseñar técnicas de autocuidado, resiliencia y gestión del estrés, reconociendo que el burnout no es un fallo individual, sino una consecuencia de condiciones laborales adversas que requieren atención institucional.

6.1.2 Talleres y Capacitaciones Locales:

Diversas jurisdicciones provinciales han implementado acciones de formación. Un ejemplo destacado es el Poder Judicial de Tucumán, donde en 2021, el Departamento de Psicología Laboral llevó a cabo talleres denominados “Cuidemos nuestro fuego, para que ilumine sin quemarnos”. Dirigidos a empleados de juzgados de familia, oficinas de gestión y unidades de violencia, estos talleres abordaron la importancia de realizar el trabajo con empatía sana, evitando el sufrimiento vicario y promoviendo técnicas de autocuidado diario. Las profesionales a cargo promovieron dinámicas grupales que reflexionaron sobre el sufrimiento derivado del trabajo con personas que padecen, así como sobre la necesidad de mantener una empatía equilibrada para prevenir el desgaste emocional.

6.1.3 Detección Temprana y Apoyo Psicológico:

Frente a la tendencia reactiva, se evidencia un giro hacia la detección precoz del burnout mediante encuestas de clima laboral y evaluaciones psicométricas periódicas, que permiten identificar en etapas tempranas a quienes están en riesgo. En este marco, la Obra Social del Poder Judicial (OSPJN) ofrece cobertura para terapias psicológicas, y en convenios recientes, los mecanismos de derivación han sido agilizados para atender a empleados con síntomas severos. Además, programas de mentoría y coaching en algunos fueros facilitan el acompañamiento de empleados con experiencia a los nuevos, promoviendo estrategias de manejo del estrés y equilibrio entre vida laboral y personal.

Estas medidas evidencian una comprensión de que la problemática del burnout requiere de una respuesta organizacional que incluya contención y mejoras en las condiciones laborales, y no solo un enfoque individual.

6.1.4 Mejoras en las Condiciones de Trabajo:

Desde la gestión institucional, es fundamental optimizar las condiciones objetivas de trabajo. Esto implica reasignar cargas excesivas, cubrir vacantes para reducir la sobrecarga, flexibilizar plazos internos y promover espacios de descanso y desconexión digital, como el respeto a horarios laborales y licencias. Algunas cortes han empezado a implementar horarios más racionales y protocolos que garanticen la desconexión fuera del horario laboral, incluyendo el cumplimiento del derecho del personal a ferias judiciales y licencias profilácticas, como medidas para promover la salud mental y evitar el agotamiento extremo.

Estas acciones representan un avance hacia una cultura institucional que valora la salud mental y el bienestar del personal tanto como la productividad.

7 EL BURNOUT Y LA JURISPRUDENCIA ARGENTINA

El reconocimiento jurídico del síndrome de burnout ha marcado un hito importante en la protección de los derechos laborales en Argentina. Aunque actualmente no figura expresamente en el listado de enfermedades profesionales de la Ley de Riesgos del Trabajo (LRT), la justicia ha sentado precedentes que avalan su consideración como enfermedad laboral.

7.1 Reconocimiento Legal del Burnout:

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley 2578/07 se orientó a la prevención, detección precoz y rehabilitación del síndrome de desgaste laboral crónico en personal del sector salud, estableciendo un antecedente normativo pionero. En la esfera judicial, en 2010, el Superior Tribunal de Río Negro declaró que el padecimiento de burnout en dos trabajadoras debía considerarse una enfermedad profesional cubierta por la LRT, otorgando las prestaciones e indemnizaciones correspondientes. Este fallo implicó que la ART (Aseguradora de Riesgos del Trabajo) debiera brindar tratamiento y reparación del daño, incluso cuando la Comisión Médica inicialmente lo había negado. La decisión fue significativa, pues extendió el reconocimiento más allá del ámbito sanitario, involucrando también a empleados de organismos recaudadores como la AFIP.

7.2 Jurisprudencia sobre Violencia Laboral:

Entre 2022 y 2025, diversos fallos han consolidado la jurisprudencia en torno al burnout. Por ejemplo, la Cámara Laboral de Río Cuarto, en 2023, condenó a una ART a indemnizar a un trabajador por síndrome de burnout derivado de condiciones laborales hostiles, identificando violencia laboral como causa del daño psicosocial. La sentencia señaló que la sobrecarga de tareas, la falta de pausas y las exigencias desmedidas configuraron un entorno nocivo, que condujo a la patología.

En otra resolución, en San Luis (2022), una jueza reconoció la incapacidad del 30% de un jefe administrativo por burnout, responsabilizando al empleador por no haber garantizado condiciones laborales saludables ni prevenido daños en la salud del trabajador. Estas decisiones refuerzan la idea de que el síndrome del quemado no solo es una cuestión clínica, sino que también configura una obligación del empleador de garantizar ambientes seguros y saludables, en línea con el deber de seguridad previsto en el artículo 75 de la Ley de Contrato de Trabajo (LCT).

Asimismo, Argentina ha ratificado el Convenio OIT 190, que reconoce la violencia y el acoso laboral como factores que impactan en la salud mental, contextualizando legalmente la problemática del estrés extremo y el desgaste profesional como riesgos laborales.

7.3 Implicaciones en el Sector Judicial:

Dentro del Poder Judicial, estos precedentes también tienen importancia, pues empleados judiciales han iniciado acciones legales por afecciones psiquiátricas relacionadas con condiciones laborales estresantes, señalando que el Estado tiene la obligación de crear condiciones que prevengan daños a la salud física y psíquica de sus trabajadores. Aunque en su función pública las vías de reclamo pueden diferir, estos casos abren la puerta a que el personal judicial pueda solicitar cobertura y mejoras, sustentándose en la normativa y jurisprudencia existentes.

8 EL BURNOUT Y LA LEGISLACIÓN ARGENTINA

8.1 Propuestas Legislativas:

A partir de los antecedentes jurisprudenciales y normativos, en Argentina se han presentado proyectos de ley destinados a incorporar explícitamente el burnout en el listado de enfermedades profesionales de la Ley de Riesgos del Trabajo, con el fin de facilitar el acceso a cobertura a través de las ART. La Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) ha emitido comunicados técnicos que instan a los empleadores a evaluar los riesgos psicosociales, incluyendo el estrés crónico, aunque aún no existe una regulación específica sobre el síndrome.

Desde el movimiento sindical, también crece la preocupación por su reconocimiento formal, promoviendo medidas que protejan a los empleados y promuevan condiciones laborales más saludables. Así, las iniciativas legislativas y las políticas públicas apuntan a fortalecer la prevención y la protección del bienestar laboral. Argentina avanza en la incorporación del enfoque preventivo y reparador respecto al burnout, con acciones que van desde la implementación de programas internos hasta el reconocimiento jurídico y normativo del síndrome como enfermedad laboral. Sin embargo,

aún resta avanzar en la institucionalización de evaluaciones periódicas y en la inclusión definitiva del burnout en la normativa vigente, para que su protección sea efectiva y sistemática.

9 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

La OMS ha dado un paso fundamental en la oficialización del burnout como trastorno de salud mental, al incluirlo en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), aprobada en 2021 y vigente desde enero de 2022. Este reconocimiento internacional, que marca un cambio de paradigma, valida la existencia del síndrome y su impacto en la salud laboral y mental a nivel global.

El burnout, definido por la OMS, se caracteriza por un agotamiento emocional, una actitud cínica o despersonalización frente al trabajo, y una sensación de ineficacia, además de la pérdida de habilidades comunicativas. Es considerado un problema de salud mental que puede derivar en patologías psíquicas más severas si no se implementan medidas preventivas.

Entre los signos y síntomas más relevantes se encuentran:

- La alienación o distanciamiento emocional respecto a las tareas laborales, con sentimientos de frustración y cinismo.
- Manifestaciones físicas como dolores de cabeza, problemas estomacales y fatiga crónica.
- Estado de agotamiento emocional, que reduce la energía y la capacidad de respuesta.
- Disminución del rendimiento, dificultades para concentrarse y pérdida de creatividad, tanto en el trabajo como en el ámbito personal.

Este reconocimiento de la OMS refuerza la necesidad de abordajes integrales, que incluyan prevención, detección temprana y tratamiento, en todos los ámbitos laborales, para evitar que el desgaste profesional evolucione hacia patologías más complejas.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y JURÍDICAS SOBRE EL ABORDAJE DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PODER JUDICIAL

El tratamiento del síndrome de burnout en el ámbito del Poder Judicial trasciende la esfera de la salud laboral, constituyendo una problemática que involucra dimensiones éticas y jurídicas de gran relevancia. En este contexto, emergen diversas consideraciones que deben ser analizadas desde una perspectiva integral:

10.1 Obligación Ética de Protección y Deber de Cuidado Institucional

Es imperativo que las instituciones judiciales, en consonancia con su carácter de órganos encargados de administrar justicia, asuman un compromiso ético ineludible de salvaguardar la salud psíquica de sus integrantes. La evidencia y los análisis comparados recientes advierten que la falta de conocimiento y reconocimiento institucional del burnout representa una forma de "desprotección sistémica", que socava principios fundamentales de justicia y equidad. La exposición crónica a condiciones de estrés extremo, si no es abordada oportunamente, puede afectar la imparcialidad, la atención y la calidad de las decisiones judiciales, comprometiendo garantías procesales esenciales y erosionando la confianza ciudadana en el sistema judicial.

Desde una perspectiva ética, se propone adoptar una postura proactiva de "deber de cuidado" hacia quienes ejercen la función jurisdiccional, equiparable al deber que los jueces tienen con las partes del proceso. Cuidar a quienes cuidan es, en definitiva, una extensión lógica del mandato institucional. En esta línea, los Principios de Bangalore sobre Conducta Judicial (comentario al párrafo 194) indican que "un juez debe disponer de tiempo suficiente para mantener su bienestar físico y mental", reconociendo el impacto del estrés en el cumplimiento de sus obligaciones. La negligencia en esta materia no solo afecta la salud individual sino que puede traducirse en errores judiciales, retrasos procesales o en un trato inadecuado a los justiciables, con implicancias éticas (como la disminución de la calidad de la justicia) y jurídicas (responsabilidades por incumplimiento del deber de diligencia y cuidado).

10.2 Confidencialidad, Estigma y Cultura Organizacional

La detección y el tratamiento del burnout en el entorno judicial deben abordarse desde un marco ético que garantice la confidencialidad y proteja la dignidad de los empleados. Es fundamental que quienes reporten signos de agotamiento sientan la confianza de que su situación será manejada con respeto, sin enfrentar estigmatización ni perjuicios en su

desarrollo profesional. La protección de la privacidad, respaldada por las normas sobre secreto médico y protección de datos, es un pilar esencial en este proceso.

Al mismo tiempo, a nivel colectivo, resulta prioritario desafiar la cultura del "aguantar todo" o del workaholism, que en algunos ámbitos jurídicos aún predomina y que fomenta la sobreexigencia, el sacrificio personal y la invisibilización del impacto del estrés laboral. Éticamente, es preferible promover un ambiente donde se valore y respete la capacidad de reconocer los propios límites, fomentando la búsqueda de ayuda cuando sea necesario. La aceptación social de que cuidar la salud mental no solo es correcto sino imprescindible representa un cambio cultural que requiere un esfuerzo conjunto y una fuerte voluntad ética organizacional.

10.3 Derechos Laborales, Responsabilidades del Estado y Función Social de la Justicia

Los miembros del Poder Judicial, en cuanto trabajadores, poseen derechos constitucionales y legales a un ambiente laboral saludable y seguro (art. 14 bis de la Constitución Nacional, Ley de Contrato de Trabajo, entre otras normativas). Sin embargo, su función también implica responsabilidades especiales ante la sociedad, como garantizar la correcta administración de justicia y mantener la imparcialidad y eficiencia del sistema.

Desde el plano jurídico, los empleadores, incluyendo al Estado, tienen la obligación de proveer condiciones dignas y seguras de trabajo. La omisión de medidas preventivas frente al burnout puede constituir negligencia y derivar en responsabilidad por incumplimiento del deber de seguridad, como lo han establecido fallos judiciales que reconocen la negligencia en la falta de acciones preventivas. La ética pública exige que un Poder Judicial que cuida a su personal no solo cumpla con las disposiciones legales, sino que sirva de ejemplo en materia de derechos laborales, promoviendo un ambiente que facilite el bienestar de sus agentes. La salud mental de los funcionarios influye directamente en la calidad del servicio que se brinda a la ciudadanía, haciendo de su protección una obligación moral y funcional.

10.4 Límites en la Exigencia y la Responsabilidad del Autocuidado

Un desafío ético importante es gestionar el equilibrio entre la vocación de servicio y la necesidad de autocuidado. La cultura tradicional en el ámbito judicial ha promovido el sacrificio personal en nombre de la misión institucional, con expresiones como "el juez debe estar siempre disponible" o "el secretario se queda hasta tarde si hace falta". Sin embargo, la

evidencia actual indica que la disponibilidad total e indefinida resulta contraproducente y puede exacerbar el riesgo de burnout.

Por ello, las instituciones deben establecer límites razonables, como respetar horarios, implementar rotaciones en tareas altamente estresantes (por ejemplo, en juzgados de violencia) y fomentar el uso de licencias y vacaciones. La responsabilidad ética también recae en cada profesional, quien debe promover su autocuidado, reconocer sus límites y buscar ayuda ante signos de agotamiento que puedan afectar su desempeño y la integridad del proceso judicial. La tensión entre la entrega al trabajo y la preservación de la salud mental requiere una reflexión ética constante, especialmente en profesiones vocacionales como la judicial.

10.5 Implicancias Legales de Ignorar el Burnout

Desde una perspectiva jurídica, la omisión en la atención del burnout puede acarrear consecuencias graves. La acumulación de estrés y agotamiento puede traducirse en errores judiciales —como omisiones procesales o decisiones apresuradas— que comprometen garantías fundamentales y pueden generar responsabilidad del Estado por daños y perjuicios. En el plano laboral, empleados judiciales afectados por trastornos psicológicos o físicos relacionados con el estrés laboral pueden iniciar acciones contra el Estado empleador o las aseguradoras de riesgos laborales (ART). Ya existen fallos que reconocen indemnizaciones por daños psíquicos laborales en empleados públicos, y un mayor reconocimiento del burnout en la normativa podría aumentar estos reclamos.

Desde la ética, resulta preferible adoptar una postura preventiva, implementando medidas que eviten que el daño llegue a materializarse, en lugar de limitarse a litigios posteriores. En definitiva, la protección de la salud mental del personal judicial no solo es un requisito legal, sino un componente esencial para garantizar la tutela judicial efectiva y la buena marcha de la administración de justicia. Asumir el burnout como un riesgo laboral real, con un deber tanto de prevención institucional como de autocuidado profesional, debe integrarse en la cultura judicial, junto con principios de ética, transparencia y capacitación continua. En países como Argentina, el burnout puede ser considerado como enfermedad laboral, aunque aún no esté plenamente reconocido por las ART, por lo que el Estado tiene un deber constitucional y legal de garantizar condiciones laborales que protejan la salud mental de sus empleados.

11 ACCIONES EN EL PODER JUDICIAL DE SAN LUIS

Conscientes de los signos de agotamiento emocional detectados en diferentes ámbitos del trabajo judicial, en 2017 se dictó el Acuerdo N° 28, que incorporó en el Régimen de Licencias la figura de la Licencia Tutelar de Estado de Salud. Esta consiste en un día mensual de descanso con goce de haberes y sin descuentos por presentismo, dirigido a los funcionarios y empleados de los escalafones administrativos que cumplen funciones en los Juzgados de Instrucción en lo Penal, en las áreas de Violencia Familiar, Defensorías de Niñez, Adolescencia e Incapaces en las Tres Circunscripciones Judiciales. La adopción de esta medida respondió a la imperiosa necesidad de prevenir el desgaste emocional, priorizando la salud de los agentes y garantizando así una administración de justicia más eficiente y ética.

Aunque la falta de herramientas de medición específicas limitó en algunos aspectos la evaluación de la situación, esta iniciativa refleja un compromiso institucional con la protección del personal judicial, reconociendo la relación directa entre bienestar laboral y calidad del servicio judicial.

A continuación, se transcribe el mencionado Acuerdo que se encuentra vigente.

“PROTOCOLO DE ACUERDOS 2017

ACUERDO N° 28.-

En la Provincia de San Luis a NUEVE días del mes de FEBRERO de DOS MIL DIECISIETE, los Señores Ministros del Superior Tribunal de Justicia Dres. OMAR ESTEBAN URÍA, HORACIO GUILLERMO ZAVALA RODRIGUEZ y LILIA ANA NOVILLO. -

DIJERON:

Que el síndrome del “burnout” o de “estar quemado por el trabajo”, es una nueva modalidad de estrés laboral crónico, “propio de quienes realizan su trabajo en contacto con otras personas que, por sus características, son sujetos que precisan de ayuda o asistencia” y se caracteriza por “el agotamiento emocional (fatiga, disminución o pérdida de energía, disminución de los recursos emocionales, etc.), la despersonalización o deshumanización (insensibilidad, pérdida de empatía, actitudes negativas -incluso, a veces hostiles-, cinismo, etc., hacia los receptores del servicio) y baja realización personal (tendencia a valorar negativamente el propio trabajo, aptitudes o capacidades, insuficiencia profesional y baja autoestima personal)” (Livellara, Carlos Alberto. El deber de prevención del empleador

respecto de los riesgos psicosociales derivados del trabajo. Revista de Derecho Laboral. Año 2008. N° 2. RC D 2463/2012. Rubinzal Online).

Que en tal sentido, en lo que respecta al ámbito privado, la Ley N° 27.323, que modifica el art. 75 de la Ley de Contrato de Trabajo (LTC), establece que “el empleador debe (...) adoptar las medidas que según el tipo de trabajo, la experiencia y la técnica sean necesarias para tutelar la integridad psicofísica y la dignidad de los trabajadores, debiendo evitar los efectos perniciosos de las tareas penosas, riesgosas o determinantes de vejez o agotamiento prematuro, así como también los derivados de ambientes insalubres o ruidosos”.-

Que dado que en el Poder Judicial se advierte que existen determinados Organismos en los que el personal que presta servicios en los mismos se encuentran, en virtud de las características de los hechos materia de su competencia, expuestos a análogas situaciones a las descritas como causa de tal afectación a la salud, como lo son las secretarías de violencia familiar, las defensorías de niñez y adolescencia e incapaces, los juzgados de instrucción en lo penal y de instrucción en lo correccional y contravencional, es pertinente adoptar, también en este ámbito del empleo público, medidas que tiendan a prevenir la ocurrencia de tal síndrome en tutela del estado de salud de los trabajadores judiciales y de una mejora del servicio de justicia.-

Por ello;

ACORDARON:

I.- INCORPORAR al Régimen de Licencias establecido por Acuerdo N° 261/2015, la LICENCIA TUTELAR DE ESTADO DE SALUD consistente en un día por mes, con goce de haberes y sin descuento de presentismo, para los Funcionarios y Empleados del escalafón administrativo que presten funciones en los Juzgados de Instrucción en lo Penal, Juzgados de Instrucción en lo Correccional y Contravencional, Secretarías de Violencia Familiar y Defensorías de Niñez, Adolescencia e Incapaces, de las Tres Circunscripciones Judiciales.-

II.- ESTABLECER que el goce de la referida licencia no podrá coincidir con un día inmediato anterior o posterior a los declarados feriados nacionales, provinciales o judiciales, y que no se requerirá previa resolución de otorgamiento, bastando con la sola comunicación por correo electrónico del cronograma de días de uso de tal licencia que, mensualmente, los Secretarios o responsables de cada Organismo deberán remitir a la Dirección de Recursos Humanos -para las dependencias de la Primera Circunscripción-, a la Delegación de Dirección Contable y de Personal, -para las dependencias de la Segunda Circunscripción-; al

Responsable del Área Contable y de Personal de la Sala Civil, de la Cámara de Apelaciones de la Tercera Circunscripción, -para las dependencias de la Tercera Circunscripción, a excepción de las dependencias con asiento en el Departamento Junín, que deberán presentar tal comunicación al Funcionario responsable de tales cuestiones-.-

III.- TENER PRESENTE lo dispuesto en el presente Acuerdo, para el momento en que se apruebe un nuevo texto ordenado del Régimen de Licencias. -

Con lo que se dio por terminado el presente acto, disponiendo los Señores Ministros se comunique a quienes corresponda.”

De acuerdo a las experiencias que fuimos cosechando y la permanente atención para lograr estrategias correctas con el propósito de morigerar los efectos de este estado, concordamos que las personas necesitan que se les reconozcan y premien sus logros de manera visible.

Ubicamos al reconocimiento laboral como una herramienta de fortalecimiento para potencializar su autoestima. Para ello, establecimos un procedimiento que nos permitía medir el comportamiento de los agentes judiciales como una medida necesaria en el marco del plan estratégico establecido.

En tal sentido se dictó el siguiente Acuerdo, que también se encuentra vigente:

“PROTOCOLO DE ACUERDOS 2018

ACUERDO N° 556.-

En la Provincia de San Luis, a DIECISÉIS días del mes de AGOSTO de DOS MIL DIECIOCHO, los Sres. Ministros del Superior Tribunal de Justicia Dres. MARTHA RAQUEL CORVALÁN, LILIA ANA NOVILLO y CARLOS ALBERTO COBO. -

DIJERON: Visto que es constante la política de Reconocimiento de éste Alto Cuerpo en relación al buen desempeño en el ámbito del Poder Judicial de todos aquellos quienes lo componen, mediante la distinción de aquellas acciones que agreguen valor a la tarea cotidiana de los agentes judiciales, con la finalidad de desarrollar el concepto de identidad y sentido de pertenencia a la Institución. -

Que el reconocimiento en el ámbito laboral, busca ser una herramienta de fortalecimiento para el personal que se desempeña en el mismo, dado que potencia la autoestima laboral y promueve la realización de una labor con esfuerzo y calidad. -

Qué, asimismo, en ese sentido se considera que la existencia de una política de reconocimiento en el ámbito del Poder Judicial insta a reforzar de manera continua el comportamiento de agentes judiciales para lograr fortalecer el desempeño laboral como una medida necesaria y como un valor establecido dentro de los planes estratégicos de gestión de

calidad que posee éste Poder Judicial, redundando en una mejor calidad del servicio de justicia. -

Que, en concordancia con la teoría del reforzamiento, premiar inmediatamente una conducta con un elogio estimula su repetición, lo que aumenta el compromiso y la motivación del personal en el desempeño de las funciones, y de manera paralela disminuye el ausentismo, la solicitud de pases de Dependencias y la baja productividad.

Que, ante lo expuesto, se estima pertinente regular el procedimiento para otorgar reconocimientos individuales o grupales.

Por ello;

ACORDARON:

I) ESTABLECER que, para el reconocimiento al desempeño de Magistrados, Funcionarios y Empleados del Poder Judicial de la Provincia de San Luis en el ámbito laboral, se deberá observar el siguiente procedimiento:

a) Los pedidos de reconocimiento para personal, de manera individual o grupal, de la misma o distinta dependencia del solicitante, deberán presentarse ante la Dirección de Recursos Humanos detallando la acción o acontecimiento a reconocer, de manera clara y precisa, individualizando los destinatarios del mismo.

b) Recibida la solicitud, se procederá a verificar la situación expuesta mediante diversas acciones según lo que se pretende reconocer, entre ellas:

1.- Informe de la Dirección de Recursos Humanos sobre control de ausentismo, horarios de ingresos y egreso, y existencia de sanciones durante los dos últimos años anteriores a la solicitud de reconocimiento.

2.- Informe del Responsable de Mantenimiento de la Circunscripción Judicial que corresponda, sobre procesos de mudanza, reorganización de dependencias, etc.

3.- Informe de la Dirección de Gestión de la Calidad sobre la participación del agente en los procesos que gestiona y audita.

4.- Informe del Departamento de Auditoría y Estadística de la Secretaría de Informática Judicial sobre cantidad de actuaciones generadas y/o suscriptas en Sistema Informático Iurix, en el mes anterior a la solicitud de reconocimiento.

c) Las actuaciones generadas con la solicitud de reconocimiento y los informes resultantes de la verificación pertinente, serán remitidos a Secretaría Administrativa para consideración por el Superior Tribunal de Justicia en reunión de Acuerdo de Ministros.

d) El otorgamiento del reconocimiento será efectuado por Acuerdo del Superior Tribunal, el que se agregará en los legajos correspondientes, fundamentándose, entre otros aspectos, en los principios que se indican a continuación:

1. Espíritu de trabajo en equipo: Incentiva un clima de colaboración, comunicación y confianza, transmitiendo valores que propicien buenos equipos de trabajo. El éxito de un servicio, Departamento o Dependencia, es la suma de todas las individualidades que trabajan en él.
2. Cultura de servicio a la comunidad justiciable: Se destaca por ofrecer un servicio ágil, eficiente y de máxima calidad. Trato cordial adaptado a las necesidades, ofreciendo respuestas ágiles e individualizadas.
3. Respeto, Valor y Capacidad de escucha a las personas: Se destaca el respeto hacia el otro, el valor hacia las personas y la habilidad de poder comprender el entorno y lo que se plantea en él.
4. Iniciativa y compromiso: Iniciativa en la toma de decisiones y el grado de compromiso que muestra ante diversas situaciones de conflicto.
5. Disciplina Personal y Productividad: Posee la habilidad de establecer para sí mismo objetivos de desempeño más altos que el promedio y alcanzarlos con éxito, que tiendan al logro de objetivos comunes de la dependencia.

II) ORDENAR que el presente Acuerdo se publique por un (1) día en el Boletín Oficial y Judicial de la Provincia de San Luis.-

Con lo que se dio por terminado el presente acto, disponiendo los Señores Ministros se comunique a quienes corresponda.”

12 CONCLUSIÓN

El fenómeno del burnout en el Poder Judicial no debe entenderse como una problemática exclusivamente individual, sino como una manifestación de las condiciones del entorno laboral y social en el que se desarrolla la labor judicial. La estructura y las prácticas del lugar de trabajo, si no reconocen y respetan el aspecto humano del ejercicio judicial, generarán mayores riesgos de agotamiento y deterioro del bienestar laboral.

Este fenómeno, aún subestimado, impacta negativamente tanto en el bienestar de los agentes como en la legitimidad del sistema de justicia. La identificación, prevención y tratamiento del burnout constituyen, por tanto, una obligación ética y jurídica que no solo protege la salud del personal, sino que garantiza la calidad, eficiencia y transparencia del servicio público de justicia. La adopción de medidas preventivas, la sensibilización

institucional y la promoción de una cultura de autocuidado son pasos indispensables para fortalecer la integridad del sistema judicial y preservar la confianza ciudadana en la justicia argentina.

Lilia Ana Novillo. Abogada y Procuradora egresada de la Universidad Nacional de Córdoba. Profesora de Educación Superior universitaria. Ministro del Superior Tribunal de Justicia de San Luis desde 2010, con tres períodos como Presidenta (2011–2013, 2015–2017, 2018–2020). Presidenta del Jurado de Enjuiciamiento y del Tribunal Electoral Provincial durante sus presidencias en el STJ. Lidera el Instituto de Capacitación e Investigación “Dr. Crisóstomo Lafinur” y el Consejo de la Magistratura de San Luis. Diputada Provincial en tres períodos, destacándose como Presidenta de la Comisión de Negocios Constitucionales y del Bloque legislativo. Miembro titular del Colegio de Magistrados y Funcionarios, reelecta por dos períodos consecutivos. Autora de leyes provinciales clave, como la creación del Juzgado de Menores y reformas al Código Procesal Penal y Laboral. Ocupó cargos ejecutivos entre 1986 y 2006, incluyendo Presidenta del Tribunal de Cuentas y Secretaria de Estado de Control de Gestión. Ejerció funciones en Fiscalía de Estado como Fiscal Adjutor, Directora y Secretaria General de la Sala Judicial. Su trayectoria combina liderazgo judicial, legislativo y ejecutivo, con fuerte compromiso en la formación jurídica y la reforma institucional.

Contacto: lilanovillo@gmail.com

DEL AISLAMIENTO DEL PUNTO NEMO AL RENACIMIENTO DEL PUNTO GÉNESIS. PSICOLOGÍA OPERATIVA EN EMERGENCIAS

Diego Nuñez-Argentina

RESUMEN

En el campo de la psicología de la emergencia, los modelos tradicionales de intervención han demostrado ser insuficientes ante la complejidad emocional que enfrentan las víctimas de desastres, crisis y violencia. A partir de esta constatación, surge una nueva propuesta teórica y operativa que redefine el abordaje psicológico: la Psicología Operativa. Este enfoque incorpora herramientas como la Emocinesis y la técnica CAVI (Círculo Activo Vital Integrador), que permiten activar los recursos internos de las personas afectadas — emocionales, cognitivos y físicos— mediante un escaneo emocional que detecta bloqueos, disociaciones y sobrecargas. El modelo introduce el concepto de desplazamiento psíquico, entendido como la distancia entre el estado de desconexión emocional (representado simbólicamente por el Punto Nemo) y el inicio de la recuperación psíquica (Punto Génesis). Este último se propone como un horizonte terapéutico desde el cual la persona puede comenzar a reconstruir su narrativa vital, su sentido de pertenencia y su capacidad de vinculación. La intervención se estructura en tres fases: identificación del Punto Nemo, activación de canales de resiliencia (según el modelo BASIC PH), y reconstrucción hacia el Punto Génesis. Este proceso se apoya en aportes interdisciplinarios como la neurociencia del trauma, la psicología narrativa, la logoterapia y la ética del cuidado, y se adapta culturalmente según el contexto de cada comunidad. El modelo del Punto Génesis no busca imponer una forma única de intervención, sino ofrecer una herramienta flexible, ética y profundamente humana para acompañar el renacimiento psíquico de quienes han atravesado lo impensable. Su aplicación práctica permite medir el desplazamiento psíquico, diseñar estrategias de intervención culturalmente sensibles y prevenir trastornos como el TEPT, el DESNOS o el TDNE, honrando la dignidad emocional de las víctimas y fortaleciendo la resiliencia comunitaria.

Palabras Clave: Psicología Operativa; Desplazamiento Psíquico; Resiliencia

1 INTRODUCCIÓN

Como psicólogo de emergencia, he sido testigo de cómo los modelos tradicionales de intervención han debido transformarse frente a la complejidad emocional que atraviesan las víctimas en contextos de crisis, desastres y violencia. En los últimos años, la incorporación de enfoques como la Emocinesis, ha marcado un punto de inflexión: ya no se trata solo de contener o asistir, sino de movilizar, reorganizar y reintegrar los sentidos y emociones que han quedado fragmentados por el impacto traumático. En este marco, la técnica CAVI (Círculo Activo Vital Integrador) que he estudiado y desarrollado junto a la Emocinesis, emerge como una herramienta poderosa y profundamente humana, capaz de activar los recursos internos del sujeto —emocionales, cognitivos y físicos— mediante un escaneo emocional que detecta bloqueos, disociaciones y sobrecargas. Su estructura circular no es solo simbólica, sino funcional: permite reestablecer el equilibrio desde una lógica participativa, vital y transformadora. Los propulsores emocionales, entendidos como los motores internos que activan conductas y respuestas ante el dolor, se convierten aquí en aliados terapéuticos, orientando la intervención hacia la prevención de trastornos como el TEPT, el DESNOS o el TDNE. Esta redefinición del abordaje psicológico en la emergencia no solo amplía el horizonte de la primera intervención en el ground zero y en lo clínico, sino que honra la dignidad emocional de quienes atraviesan lo impensable.

Hoy luego de estos nombrados pasos, el nuevo movimiento necesario en el campo de lo que doy en llamar “Psicología Operativa”, como un nuevo concepto que se incorpora a la Psicología de la Emergencia brindando contextos de intervención y aplicación, la psicología de la emergencia, la atención a víctimas de desastres y emergencias se enfrenta a un desafío persistente: ¿cómo medir el grado de desconexión emocional, cognitiva y social que una persona damnificada puede experimentar respecto al ideal de salud mental? Esta distancia, que podríamos denominar “desplazamiento psíquico”, no siempre es visible ni cuantificable, pero tiene implicancias profundas en la eficacia de las intervenciones.

Inspirándome en el concepto geográfico del Punto Nemo —el lugar más remoto del planeta, alejado de cualquier costa o presencia humana— propongo una analogía operativa: el Punto Génesis. Este nuevo constructo representa el horizonte terapéutico, el lugar simbólico al que se aspira llegar desde el caos emocional, cognitivo y existencial que genera una emergencia o desastre.

Así, el Punto Nemo se convierte en una metáfora del aislamiento extremo que sufren las víctimas, mientras que el Punto Génesis simboliza el retorno posible hacia la integración psíquica, la resiliencia y la reconstrucción del sentido.

La necesidad de brindarle un marco teórico y también operativo surge de múltiples observaciones en terreno, donde los equipos de intervención se enfrentan a estados de disociación, desesperanza aprendida, fatiga de compasión y trauma acumulativo tanto en víctimas como en intervinientes (Lahad, 2005; Christensen, 2008). En palabras de Andrea Nira Kaplansky (2019), “el trauma no es solo una herida emocional, sino una ruptura en la narrativa de vida que exige ser reescrita desde un nuevo punto de partida”.

El Punto Génesis no es un lugar físico, sino un modelo de referencia que permite:

- Evaluar el grado de alejamiento de una persona respecto a su equilibrio emocional.
- Diseñar intervenciones que reconozcan ese desplazamiento y propongan rutas de retorno.
- Medir la eficacia de las acciones psicosociales en función del acercamiento al Punto Génesis.

Esto permite conceptualizar el Punto Génesis como herramienta preventiva clínica y operativa en contextos de emergencia, estableciendo un paralelo funcional con el Punto Nemo para ilustrar el aislamiento psíquico en víctimas. Integrar de esta manera aportes interdisciplinarios desde la neurociencia del trauma, la psicología de la emergencia, la resiliencia comunitaria y la ética del cuidado, propone los indicadores para evaluar el desplazamiento psíquico y el progreso hacia el Punto Génesis.

En el tsunami en Japón (2011): sobrevivientes reportaron sentirse “fuera del mundo”, como si su existencia hubiera sido borrada. Este estado de desconexión extrema se asemeja al Punto Nemo. En algunos casos las intervenciones basadas en narrativas comunitarias ayudaron a reconstruir el sentido, acercándolos al Punto Génesis.

En los incendios en Chile (2017): brigadistas y bomberos presentaron síntomas de trauma secundario y fatiga de compasión. Los modelos aplicados fueron para restaurar el equilibrio emocional y prevenir el burnout.

El Huracán Katrina (2005): profesionales de la salud mental analizaron el impacto psicológico en equipos de emergencia, destacando la importancia de protocolos de desmovilización emocional y entrenamiento en resiliencia operativa.

2 DESARROLLO CONCEPTUAL DEL PUNTO GÉNESIS

El Punto Génesis es un constructo teórico que representa el umbral de recuperación psíquica desde el cual una persona damnificada por una emergencia o desastre puede comenzar a reconstruir su narrativa vital, su sentido de pertenencia y su capacidad de vinculación. A diferencia de modelos que se centran en la patología, el Punto Génesis se enfoca en el potencial de reactivación emocional, cognitiva y social.

Este concepto se inspira en la noción de “génesis” como origen, pero también como recomienzo. En palabras de Mooli Lahad (2005), “la resiliencia no es volver al estado anterior, sino crear uno nuevo con los recursos disponibles”. El Punto Génesis es, por tanto, el inicio de una nueva integración psíquica tras la ruptura traumática.

El modelo se apoya en diversas corrientes:

Neurociencia del trauma: El trauma altera la conectividad entre la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal. El Punto Génesis marca el momento en que estas redes comienzan a reestablecerse (van der Kolk, 2014).

Psicología narrativa: La reconstrucción del relato personal es clave para la integración del evento traumático (White & Epston, 1990).

Modelo BASIC PH de Lahad: Identifica seis canales de resiliencia que pueden activarse en este propuesto para acercarse al Punto Génesis: creencias, afecto, social, imaginación, cognición y fisiología.

Psicología humanista-existencial: El Punto Génesis implica una revalorización del sentido de vida, como plantea Viktor Frankl (1984) en su logoterapia.

3 APLICACIÓN PREVENTIVA CLÍNICA EN TERRENO DEL PUNTO GÉNESIS

3.1 Aplicación preventiva clínica en terreno del Punto Génesis

El modelo puede ser implementado en tres fases:

- ◆ Fase 1: Identificación del Punto Nemo Psíquico

Evaluación del grado de disociación, desesperanza, aislamiento.

Herramientas: entrevistas clínicas, escalas de trauma (IES-R, PCL-5), observación conductual.

◆ Fase 2: Activación de canales de resiliencia

Intervenciones breves: técnicas de grounding, narrativas compartidas, arte terapia, primeros auxilios psicológicos.

Enfoque centrado en el canal más disponible (según BASIC PH).

◆ Fase 3: Reconstrucción hacia el Punto Génesis

Trabajo clínico con objetivos de sentido, vinculación, autonomía.

Integración comunitaria, rituales de cierre, espacios de memoria.

La explosión en Beirut (2020): Equipos de intervención aplicaron técnicas narrativas grupales para reconstruir el sentido comunitario. El Punto Génesis se activó cuando los sobrevivientes comenzaron a organizar memoriales y reconstruir espacios públicos.

La erupción del Volcán de Fuego en Guatemala (2018): Se utilizó el modelo para trabajar con niños desplazados. El canal de imaginación fue clave para acercarlos al Punto Génesis mediante juegos simbólicos.

Esquema del modelo Punto Génesis.

AISLAMIENTO TRAUMÁTICO

(Punto Nemo)



Evaluación del desplazamiento psíquico



Activación de canales de resiliencia (BASIC PH)



Reconstrucción narrativa y vincular



INTEGRACIÓN PSÍQUICA

(Punto Génesis)

El modelo Punto Génesis propone una secuencia clínica y teórica que describe el proceso de recuperación psíquica tras una experiencia traumática severa, como desastres naturales, emergencias humanitarias o eventos de violencia extrema. Este modelo se estructura en cinco momentos clave, que representan una progresión desde el aislamiento traumático hacia la reintegración psíquica y social.

- **Aislamiento traumático (Punto Nemo)** El Punto Nemo Psíquico representa el estado de máxima desconexión emocional, cognitiva y vincular. Es una metáfora del lugar más remoto del océano, utilizada aquí para describir el momento en que la persona se encuentra psicológicamente más alejada de sí misma y de los demás. Este estado puede incluir disociación, desesperanza profunda y retraimiento social.
- **Evaluación del desplazamiento psíquico** En esta fase se realiza una valoración clínica del grado de afectación emocional y funcional. Se utilizan herramientas como entrevistas clínicas, escalas de trauma (IES-R, PCL-5) y observación conductual para identificar los síntomas predominantes y el nivel de desconexión.
- **Activación de canales de resiliencia (Modelo BASIC PH)** A partir de la evaluación, se diseñan intervenciones breves orientadas a activar los canales de resiliencia más disponibles en la persona: creencias, afecto, social, imaginación, cognición y fisiología. Estas intervenciones pueden incluir técnicas de grounding, narrativas compartidas, arte terapia y primeros auxilios psicológicos.
- **Reconstrucción narrativa y vincular** Una vez activados los canales de resiliencia, se inicia el proceso de reconstrucción del relato personal y de las capacidades vinculares. Esta fase implica resignificar el evento traumático, recuperar el sentido de pertenencia y fomentar la autonomía emocional.
- **Integración psíquica (Punto Génesis)** El Punto Génesis marca el inicio de una nueva integración psíquica. No se trata de volver al estado anterior al trauma, sino de construir una nueva narrativa vital con los recursos disponibles. Es el momento en que la persona comienza a reestablecer vínculos, participar en rituales de cierre y reintegrarse a su comunidad.

3.2 Indicadores clínicos y operativos del desplazamiento psíquico

¿Por qué medir el desplazamiento psíquico?. El trauma en contextos de emergencia genera una ruptura en la continuidad psíquica. Medir el desplazamiento entre el estado de aislamiento emocional (Punto Nemo) y el inicio de la recuperación (Punto Génesis) permite:

- Evaluar la eficacia de las intervenciones.
- Orientar decisiones clínicas en tiempo real.
- Identificar canales de resiliencia activables.
- Ajustar protocolos según el estado emocional del paciente.

3.2.1 Los indicadores clínicos del Punto Nemo reflejan el estado de desconexión extrema:

- Disociación emocional: respuestas planas, ausencia de afecto.
- Desesperanza aprendida: verbalizaciones como “nada va a cambiar”.
- Desvinculación social: rechazo a contacto humano o ayuda.
- Desregulación fisiológica: insomnio, hipervigilancia, somatización.
- Narrativas fragmentadas: dificultad para relatar lo vivido.
- Conductas de evitación: huida de lugares, personas o recuerdos.

3.2.2 Indicadores clínicos del Punto Génesis reflejan el inicio de la integración psíquica:

- Reconexión emocional: expresión de afectos, llanto con sentido.
- Apertura narrativa: capacidad de relatar el evento con coherencia.
- Vinculación social: búsqueda de contacto, participación grupal.
- Activación de sentido: preguntas existenciales, búsqueda de propósito.
- Regulación fisiológica: mejora del sueño, apetito, tono corporal.
- Autonomía progresiva: toma de decisiones, planificación.

Tabla 1 - Indicadores operativos en terreno para equipos de intervención

INDICADOR	HERRAMIENTA SUGERIDA	APLICACION EN TERRENO
Disociación emocional	Escala DES-II	Entrevista clínica breve
Narrativa fragmentada	Técnica de relato libre	Espacios grupales o individuales
Vinculación social	Cuestionario de redes de apoyo	Mapeo comunitario
Vinculación social	Registro de signos vitales y sueño	Observación directa
Sentido de vida	Escala de propósito (PIL Test)	Entrevista semiestructurada

3.3 Descripción de los Indicadores Operativos para Equipos de Intervención

En el marco de las intervenciones psicosociales en contextos de emergencia, la implementación de indicadores operativos estructurados resulta fundamental para evaluar el estado psicológico de las personas afectadas, orientar las estrategias terapéuticas y garantizar una atención culturalmente pertinente. Los siguientes indicadores y herramientas conforman un marco multidimensional que permite valorar aspectos clave del funcionamiento psíquico y la resiliencia comunitaria.

Disociación emocional La disociación emocional, caracterizada por el desapego afectivo, la anestesia emocional o la desconexión interna, constituye un marcador crítico de ruptura psíquica asociada al trauma. La escala DES-II (Dissociative Experiences Scale-II) se recomienda por su fiabilidad clínica en la detección de síntomas disociativos. En el terreno, su aplicación se complementa con entrevistas clínicas breves que permiten una interpretación contextualizada y una orientación terapéutica inmediata.

Narrativa fragmentada Una narrativa personal fragmentada o incoherente refleja alteraciones en la memoria autobiográfica y en los procesos de construcción de sentido. La técnica de narrativa libre se emplea para facilitar el relato espontáneo, tanto en espacios individuales como grupales. Este método permite identificar discontinuidades temáticas,

bloqueos emocionales y vacíos simbólicos, que posteriormente pueden abordarse mediante intervenciones narrativas integradoras.

Conexión social La conexión social representa un factor de protección que amortigua el impacto del trauma y favorece la recuperación. Se evalúa mediante dos enfoques complementarios. Por un lado, el cuestionario de redes de apoyo social aporta datos cuantitativos y cualitativos sobre los vínculos interpersonales, que pueden visualizarse a través de ejercicios de mapeo comunitario. Por otro lado, la observación directa de signos vitales y patrones de sueño ofrece información sobre la regulación fisiológica y el grado de vinculación relacional, especialmente en contextos donde la verbalización es limitada.

Sentido de propósito La reconstrucción del sentido existencial es un componente esencial en los procesos de recuperación postraumática. La Escala de Sentido de Vida (Purpose in Life Scale – PIL Test) es un instrumento validado para medir la percepción de propósito y dirección vital. Su aplicación mediante entrevistas semiestructuradas permite explorar con profundidad la motivación, la orientación hacia el futuro y la capacidad del individuo para reestablecer metas significativas tras una experiencia crítica.

En conjunto, estos indicadores conforman un sistema evaluativo coherente que favorece tanto la claridad diagnóstica como la capacidad de respuesta terapéutica. Su integración en los protocolos de campo mejora la precisión de las intervenciones y refuerza el compromiso ético de abordar no solo los síntomas, sino también las dimensiones simbólicas y relacionales del trauma.

Tabla 2: Tabla Comparativa: Punto Nemo vs Punto Génesis

DIMENSION	PUNTO NEMO	PUNTO GENESIS
Estado emocional, expresión	Anestesia afectiva, disociación	Reconexión emocional
Narrativa	Fragmentada, caótica	Coherente, con sentido
Vinculación social	Aislamiento, rechazo	Búsqueda de contacto, apertura
Fisiología	Desregulación, somatización	Regulación progresiva
Cognición	Confusión, desesperanza	Reflexión, planificación
Sentido de vida	Ausente, nihilismo	Emergente, búsqueda de propósito

Conducta	Evitación, pasividad	Participación, autonomía

3.4 Descripción narrativa: Marco comparativo – Punto Nemo vs. Punto Génesis

La distinción conceptual entre el Punto Nemo y el Punto Génesis constituye un marco heurístico de notable potencia para comprender las trayectorias psicológicas de individuos que transitan procesos de recuperación postraumática. Estos polos simbólicos representan estados antitéticos de organización psíquica, expresividad emocional y orientación existencial. Su yuxtaposición funciona como una lente analítica tanto para la evaluación clínica como para la indagación teórica, permitiendo una comprensión más matizada del continuo que se extiende entre la desintegración psíquica inducida por el trauma y el proceso gradual de reintegración y sanación.

3.4.1 Estado emocional y expresión afectiva

En el Punto Nemo, los individuos suelen manifestar anestesia afectiva y disociación emocional, signos distintivos del retraimiento psíquico y del desapego defensivo. La expresión emocional se encuentra atenuada o completamente ausente, lo que refleja una desconexión profunda respecto de la vida afectiva interna. En contraste, el Punto Génesis se caracteriza por la reactivación emocional y la reconexión afectiva. Comienza a resurgir la capacidad de acceder, nombrar e integrar las experiencias emocionales, lo que indica una renovación de la vitalidad afectiva y la reanudación del procesamiento emocional.

3.4.2 Estructura narrativa

La organización narrativa del yo en el Punto Nemo se presenta fragmentada, con frecuencia incoherente y temporalmente dislocada. Los individuos enfrentan dificultades para construir un relato significativo de sus vivencias, lo que refleja alteraciones en la memoria autobiográfica, la integración simbólica y la continuidad identitaria. En cambio, en el Punto Génesis comienza a configurarse una estructura narrativa coherente e intencional. Los sobrevivientes se involucran en la reconstrucción de sus historias personales con creciente claridad, lo que facilita la reconstitución de la identidad, la agencia narrativa y una renovada sensación de coherencia psicológica.

3.4.3 Vínculo social y dinámica relacional

Desde una perspectiva relacional, el Punto Nemo se caracteriza por el retraimiento social, la alienación interpersonal o el rechazo, ya sea autoimpuesto o reforzado externamente. Predomina una sensación de aislamiento, a menudo intensificada por la vergüenza, la desconfianza o el embotamiento emocional. Por el contrario, el Punto Génesis señala una capacidad renovada para el involucramiento relacional. Se observa una apertura creciente al contacto social, la empatía y la conexión recíproca, lo que indica la reactivación de los sistemas de apego y la reintegración en la vida comunitaria.

3.4.4 Regulación fisiológica

El funcionamiento fisiológico en el Punto Nemo suele evidenciar desregulación y somatización, manifestándose con frecuencia en alteraciones del sueño, fatiga crónica o síntomas psicósomáticos. Estas expresiones corporales revelan la impronta somática del trauma. En contraste, el Punto Génesis se asocia con una regulación fisiológica progresiva, en la medida en que los ritmos corporales comienzan a estabilizarse, favoreciendo la recuperación emocional y cognitiva.

3.4.4.1 Funcionamiento cognitivo

Los procesos cognitivos en el Punto Nemo se caracterizan habitualmente por la confusión, la rigidez cognitiva, la rumiación y una orientación disminuida hacia el futuro. Las funciones ejecutivas pueden verse comprometidas, lo que contribuye a una sensación de parálisis o desorientación. El Punto Génesis, por el contrario, se vincula con la restauración de la capacidad reflexiva, el pensamiento flexible y la planificación orientada al futuro. Los sobrevivientes comienzan a involucrarse en la resolución adaptativa de problemas y recuperan la agilidad cognitiva necesaria para la acción autodirigida.

3.4.4.2 Sentido de propósito vital y orientación existencial

Desde una perspectiva existencial, el Punto Nemo se define por una ausencia de significado, frecuentemente acompañada de desesperanza nihilista o angustia existencial. La vida puede percibirse como carente de propósito, sin dirección o esencialmente fútil. El Punto Génesis, en cambio, marca la reemergencia de una coherencia existencial. Los individuos comienzan a redefinir sus valores, reconstruir sistemas de sentido y orientarse hacia posibilidades futuras con renovada intención y vitalidad.

3.4.4.3 Patrones conductuales y motivación

En términos conductuales, el Punto Nemo se asocia con la evitación, la inercia y el desapego. La iniciativa suele estar ausente, y los individuos pueden convertirse en observadores pasivos de sus propias vidas. Por el contrario, el Punto Génesis se caracteriza por una activación conductual, evidenciada en una mayor participación, iniciativa y agencia. Los sobrevivientes comienzan a recuperar la autoría sobre sus decisiones vitales y demuestran una creciente capacidad para involucrarse de manera constructiva con su entorno.

Este marco comparativo delimita las dimensiones fenomenológicas del trauma y la recuperación, ofreciendo un modelo dinámico para la evaluación clínica, la planificación terapéutica y el seguimiento longitudinal del progreso. Cartografiar la transición del Punto Nemo al Punto Génesis permite a los profesionales conceptualizar la recuperación del trauma no como un proceso lineal, sino como un recorrido multidimensional y, a menudo, cíclico. Proporciona un lenguaje operativo para identificar la ubicación de los individuos dentro de su trayectoria de recuperación y adaptar las intervenciones en consecuencia. Además, este modelo reafirma la necesidad de integrar las dimensiones emocionales, narrativas, fisiológicas, cognitivas y existenciales en el abordaje terapéutico informado por el trauma. Al anclar el trabajo clínico en marcadores simbólicos y funcionales de transformación psíquica, el marco del Punto Génesis acompaña a los sobrevivientes en la recuperación de la coherencia narrativa, la intimidad relacional y el propósito vital—elementos fundamentales del crecimiento postraumático y la resiliencia psicológica.

4 LA DIMENSIÓN ÉTICA Y CULTURAL DEL MODELO PUNTO GÉNESIS

Desde la fundamentación ética la aplicación del Punto Génesis exige una conducta del cuidado que reconozca:

- La autonomía de las víctimas: No imponer narrativas de recuperación, sino facilitar espacios donde puedan construir las propias.
- La no maleficencia: Evitar intervenciones que revictimicen o patologicen el sufrimiento.
- La justicia relacional: Asegurar que todas las personas, sin importar su cultura, género o condición, accedan a cuidados psicosociales adecuados.
- El consentimiento informado: Incluso en crisis, respetar la capacidad de decisión de las personas sobre su proceso terapéutico.

Como plantea José Enrique Campillo Álvarez (2010), “la ética en salud no puede desligarse de la biografía del paciente, ni de su contexto cultural”.

4.1 La adaptación cultural del modelo

El Punto Génesis no es universal en su forma, sino en su función y es por esto que su adaptación requiere:

- La lectura simbólica del entorno: ¿Qué representa el “origen” para esa comunidad? ¿Qué rituales, creencias o prácticas lo sostienen?
- La intervención intercultural: Incorporar saberes locales, medicina tradicional, espiritualidad, narrativas propias.
- La flexibilidad metodológica: El canal de resiliencia activado puede variar según la cosmovisión (por ejemplo, en pueblos andinos, el canal espiritual puede ser central).

Pueblo Mapuche (Chile): Tras incendios forestales en la Araucanía, se aplicó el modelo de intervención comunitaria con enfoque intercultural. El Punto Génesis se activó mediante rituales de purificación con lawen (plantas medicinales) y rogativas a la tierra. La recuperación no fue solo emocional, sino espiritual y territorial.

Refugiados sirios en Alemania: En los centros de acogida, se observó que el canal de resiliencia más activo era el de creencias. Se adaptó el modelo incluyendo espacios de oración, narrativas coránicas y mediadores culturales. El Punto Génesis se vinculó al restablecimiento de la dignidad y la fe.

Terremoto en Nepal (2015): La intervención incluyó prácticas de meditación budista, reconstrucción de mandalas comunitarios y narrativas de renacimiento. El Punto Génesis se expresó como “reencuentro con el karma positivo” y la reconstrucción del dharma.

Comunidades afrocolombianas en Chocó (2021): Tras inundaciones, se activó el canal afectivo y social mediante cantos tradicionales, cocina comunitaria y narrativas orales. El Punto Génesis fue representado como “volver a cantar juntos”, una metáfora de la resiliencia colectiva.

4.2 Riesgos éticos en contextos diversos

- La folclorización: Reducir las prácticas culturales a elementos decorativos sin comprender su profundidad.
- La colonización terapéutica: Imponer modelos occidentales sin adaptación.
- La descontextualización: Aplicar indicadores sin considerar el marco simbólico local.

4.3 Guía de campo operativa y la aplicación del modelo Punto Génesis

Como psicólogo de emergencias propongo un modelo operativo para aplicar el Punto Génesis en terreno, entendiendo este constructo como el umbral simbólico desde el cual una persona damnificada puede comenzar a reconstruir su narrativa vital tras una experiencia traumática. El modelo se estructura en tres fases progresivas: primero, la identificación del Punto Nemo psíquico, mediante herramientas clínicas que evalúan el grado de disociación, desesperanza y desvinculación emocional; luego, la activación de canales de resiliencia según el modelo BASIC PH, priorizando intervenciones breves y culturalmente adaptadas como grounding, narrativas compartidas o arte terapia; y finalmente, la reconstrucción hacia el Punto Génesis, con énfasis en la vinculación social, el sentido de vida y la autonomía progresiva. Cada fase contempla indicadores clínicos y operativos que permiten medir el desplazamiento psíquico y ajustar las estrategias en tiempo real.

Este modelo se fundamenta en aportes interdisciplinarios que incluyen la neurociencia del trauma (van der Kolk), la psicología narrativa (White & Epston), la logoterapia (Frankl) y la ética del cuidado (Campillo Álvarez), reconociendo que el trauma no es solo una herida emocional, sino una ruptura en la continuidad psíquica que exige ser reescrita desde un nuevo punto de partida. La aplicación en terreno requiere definir roles específicos: el/la psicólogo/a de emergencias como facilitador del proceso de génesis, el referente comunitario como mediador cultural, y el equipo operativo como soporte logístico y emocional. Además, se incorporan protocolos de desmovilización emocional para intervinientes, prevención del burnout y rituales de cierre que favorezcan la integración comunitaria. La dimensión ética exige respetar la autonomía de las víctimas, evitar la revictimización y asegurar el consentimiento informado incluso en contextos de urgencia.

Finalmente, el Punto Génesis no puede ser concebido como un modelo universal en su forma, sino en su función. Su implementación exige una lectura simbólica del entorno, la incorporación de saberes locales y una flexibilidad metodológica que permita activar el canal de resiliencia más disponible según la cosmovisión de cada comunidad. En contextos andinos, por ejemplo, el canal espiritual puede ser central; en zonas urbanas, el canal cognitivo o social puede predominar. El riesgo de folclorización, colonización terapéutica o descontextualización debe ser evitado mediante una intervención intercultural genuina, que reconozca la profundidad de las prácticas locales y las integre como parte del proceso de génesis. Así, el modelo operativo del Punto Génesis se convierte en una herramienta clínica, ética y culturalmente sensible para acompañar el renacimiento psíquico de quienes han atravesado lo impensable.

El propósito de la guía es brindar a los equipos de intervención en emergencias una herramienta práctica para:

- Identificar el estado psíquico de víctimas y damnificados.
- Activar canales de resiliencia según el modelo BASIC PH.
- Medir el desplazamiento psíquico desde el Punto Nemo hacia el Punto Génesis.
- Adaptar las intervenciones según el contexto cultural, ético y operativo.

Tabla 3: Fases del modelo operativo

FASE 1	OBJETIVO	ACCIONES CLAVE	INSTRUMENTO
FASE 2	Detección	Identificar el Punto Nemo psíquico	Evaluación rápida cognitiva, social y emocional mediante escalas y entrevista breve.
FASE 3	Activación	Iniciar el acercamiento al Punto Génesis	Intervenciones breves según canal resiliente, técnicas de grounding, narrativas y arte terapia.
FASE 4	Evaluación	Medir desplazamiento psíquico mediante escalas, observación y autoevaluación.	Comparación de indicadores.
FASE 5	Cierre ético	Asegurar sostenibilidad emocional	Derivación, rituales de cierre, Informes, protocolos de salida

4.4 Descripción De Las Fases Del Modelo Operativo

El modelo operativo se estructura en cuatro fases secuenciales que orientan la intervención psicosocial desde la detección inicial hasta el cierre ético del proceso. Cada fase responde a objetivos específicos que articulan herramientas clínicas, simbólicas y culturales, con el propósito de garantizar una atención integral, contextualizada y emocionalmente sostenible.

Fase 1: Detección Esta fase inicial tiene como objetivo identificar el Punto Nemo psíquico, entendido como el umbral más profundo de desconexión emocional y vacío existencial. Para ello, se realiza una evaluación rápida de las dimensiones cognitivas, sociales y afectivas

mediante escalas estandarizadas y entrevistas breves estructuradas. El propósito es detectar signos de disociación, desesperanza o retraimiento relacional que indiquen una ruptura psíquica significativa. Este momento diagnóstico constituye la base para el diseño de estrategias terapéuticas pertinentes.

Fase 2: Activación Una vez identificado el Punto Nemo, se inicia el acercamiento al Punto Génesis, concebido como el umbral simbólico de reconstrucción psíquica. Las intervenciones son breves, focalizadas y se alinean con los canales de resiliencia más accesibles, según el modelo BASIC PH. Se emplean técnicas de arraigo emocional, reconstrucción narrativa y terapias expresivas como el arte, adaptadas culturalmente al contexto de la población atendida. Esta fase busca reactivar el vínculo emocional y los procesos de resignificación, facilitando la apertura hacia una integración terapéutica más profunda.

Fase 3: Evaluación La tercera fase se centra en medir el desplazamiento psíquico, es decir, el tránsito desde el Punto Nemo hacia el Punto Génesis. Para ello se aplica una metodología triangulada que combina escalas clínicas, observación conductual y autoevaluaciones. El análisis comparativo de indicadores simbólicos y psicológicos permite monitorear el progreso, ajustar las intervenciones en tiempo real y asegurar que la trayectoria de recuperación sea coherente con las necesidades individuales y colectivas.

Fase 4: Cierre Ético La fase final garantiza la sostenibilidad emocional y la integridad ética del proceso de intervención. Incluye derivaciones para atención continuada, rituales de cierre culturalmente significativos, informes integrales y protocolos de salida claramente definidos. Se aplican directrices éticas que resguardan el consentimiento informado, previenen la retraumatización y respetan la autonomía de las personas involucradas. Esta etapa también refuerza la reintegración comunitaria y promueve la resiliencia a largo plazo tanto de los sobrevivientes como de los equipos de intervención.

Tabla 4: Roles definidos en terreno

ROL	FUNCION	PERFIL RECOMENDADO
Psicólogo/a de Emergencia	Supervisar aplicación del modelo	Psicólogo/a de Emergencia con formación en trauma
Interventor psicosocial	Aplicar técnicas en campo	Psicólogo/a de Emergencia o trabajo social
Mediador cultural	Adaptar el modelo al contexto	Persona local con formación intercultural
Documentador	Asegurarse de la claridad, precisión y accesibilidad de la información	Par formado y/o Psicólogo/a de Emergencia
Cuidador de intervinientes	Supervisar salud mental del equipo	Psicólogo/a de Emergencia con experiencia en burnout

4.4.1 Roles Operativos en Intervenciones Psicosociales en Terreno

La implementación eficaz de modelos psicosociales en contextos de emergencia requiere una estructura operativa claramente definida, en la que cada rol cumpla funciones específicas según sus competencias profesionales. A continuación se describen los perfiles fundamentales que conforman el equipo de intervención en terreno:

1. Psicólogo/a de Emergencia Este profesional asume la supervisión general del modelo de intervención, garantizando su aplicación conforme a los principios del enfoque informado en trauma y a los estándares éticos pertinentes. Se requiere formación avanzada en psicología del trauma y experiencia en contextos de alta exigencia emocional. Además de brindar orientación estratégica, el psicólogo/a de emergencias vela por la pertinencia contextual de las acciones y por su fundamentación en evidencia científica.
2. Interventor/a Psicosocial Encargado/a de aplicar directamente las técnicas psicosociales en el terreno, este rol implica contacto directo con las poblaciones afectadas. Puede ser desempeñado por profesionales en psicología de emergencias o trabajo social, capacitados para facilitar procesos de estabilización emocional, contención y fortalecimiento de la resiliencia. Su labor se enmarca en prácticas culturalmente sensibles y bajo la supervisión técnica del psicólogo/a de emergencia.

3. Mediador/a Cultural Figura clave para la adaptación del modelo de intervención al contexto sociocultural específico, el mediador/a cultural actúa como puente entre el equipo técnico y la comunidad. Generalmente se trata de una persona local con formación intercultural, cuya participación permite reducir barreras lingüísticas, normativas y simbólicas, favoreciendo la aceptación y eficacia del proceso de intervención.
4. Documentador/a responsable de asegurar la claridad, precisión y accesibilidad de la información generada durante la intervención, este rol contribuye tanto a la rendición de cuentas interna como a la elaboración de informes externos. Puede ser desempeñado por un par formado o por un psicólogo/a de emergencia con experiencia en sistematización. Entre sus funciones se incluyen el registro de actividades, la redacción de notas de campo y la producción de materiales que respalden la transparencia y la replicabilidad del modelo.
5. Cuidador/a de Intervinientes Consciente del impacto psicológico que conlleva el trabajo en emergencias, este rol se orienta al monitoreo y cuidado de la salud mental del equipo de intervención. Se recomienda que sea desempeñado por un psicólogo/a de emergencia con experiencia en prevención del burnout y primeros auxilios psicológicos. Sus tareas incluyen la realización de chequeos emocionales, facilitación de espacios de descarga y diseño de estrategias para fortalecer la resiliencia del equipo.

Tabla 5: Protocolo operativo diario

INICIO – una hora tiempo máximo	Reunión de equipo: revisión de objetivos y estado emocional
FASE 1 – dos horas tiempo máximo	Evaluación inicial de víctimas
FASE 2 – cuatro horas tiempo máximo	Intervenciones breves
FASE 3 – dos horas tiempo máximo	Actividades grupales o comunitarias
FASE 4 – una hora tiempo máximo	Evaluación de desplazamiento psíquico
FASE 5 – tiempo requerido	Ritual de cierre y autocuidado del equipo

4.4.2 Descripción narrativa del Protocolo Operativo Diario

El Protocolo Operativo Diario constituye una guía estructurada para el desarrollo de intervenciones psicosociales en terreno, orientada a garantizar la coherencia metodológica, el cuidado emocional del equipo y la eficacia terapéutica en contextos de crisis. Su diseño contempla una secuencia de fases que articulan momentos diagnósticos, intervenciones

focalizadas y prácticas de cierre ético, promoviendo tanto la atención integral de las personas afectadas como la sostenibilidad emocional de los profesionales intervinientes.

Inicio – Duración máxima: 1 hora La jornada comienza con una reunión de equipo destinada a revisar los objetivos operativos y el estado emocional de los participantes. Este espacio permite alinear expectativas, distribuir roles y detectar posibles vulnerabilidades psíquicas dentro del grupo, favoreciendo un clima de contención y preparación antes del contacto con la población.

Fase 1 – Duración máxima: 2 horas En esta etapa se realiza la evaluación inicial de las personas afectadas, mediante instrumentos clínicos breves y culturalmente adaptados. El objetivo es identificar indicadores de sufrimiento psíquico, síntomas de trauma y recursos de resiliencia, estableciendo una base diagnóstica que oriente las estrategias de intervención posteriores.

Fase 2 – Duración máxima: 4 horas Corresponde al núcleo terapéutico de la jornada. Se desarrollan intervenciones breves, centradas en técnicas de regulación emocional, reconstrucción narrativa, expresión simbólica y psicoeducación. Estas acciones se ajustan al contexto sociocultural y buscan promover la estabilización emocional, la recuperación del sentido y el fortalecimiento de los vínculos.

Fase 3 – Duración máxima: 2 horas Se implementan actividades grupales o comunitarias que favorecen la resiliencia colectiva, la reconstrucción de redes sociales y la elaboración compartida del sufrimiento. Estas dinámicas pueden incluir círculos de diálogo, rituales comunitarios, talleres expresivos o acciones colaborativas, según las características del entorno.

Fase 4 – Duración máxima: 1 hora Esta fase está dedicada a la evaluación del desplazamiento psíquico, entendido como el tránsito desde el punto de ruptura emocional hacia espacios de reintegración simbólica. Se utilizan herramientas de observación, autoevaluación y análisis comparativo para monitorear el impacto de las intervenciones y ajustar el enfoque terapéutico si fuera necesario.

Fase 5 – Según requerimiento La jornada concluye con un ritual de cierre y prácticas de autocuidado para el equipo. Este momento incluye espacios de reflexión, ejercicios de regulación emocional y dinámicas simbólicas que permiten procesar lo vivido, prevenir el desgaste profesional y preservar la integridad ética del proceso.

4.4.3 Indicadores de éxito operativo

- Porcentaje de víctimas que expresan narrativas coherentes.
- Número de personas que participan en espacios grupales.
- Reducción de síntomas disociativos y fisiológicos.
- Activación de al menos un canal de resiliencia por persona.

Terremoto en Turquía (2023): Se identificó el Punto Nemo en sobrevivientes con mutismo emocional y rechazo a contacto. Se activó el canal de creencias mediante espacios de oración y narrativas coránicas. El Punto Génesis se evidenció en la organización de memoriales y reconstrucción comunitaria.

5 CONCLUSION

La psicología de la emergencia está atravesando una transformación necesaria y urgente. Ya no basta con asistir o contener: hoy se requiere comprender la profundidad del trauma como una ruptura en la narrativa vital, y acompañar a las personas damnificadas en el proceso de reconstrucción de sentido. En este contexto, la Psicología Operativa y el modelo del Punto Génesis ofrecen una nueva mirada: más sensible, más integral y más respetuosa de la dignidad emocional de quienes han atravesado lo impensable.

El trauma no es solo una herida emocional; es una desconexión psíquica que puede aislar a la persona de sí misma, de los otros y de su entorno. Por eso, el concepto de desplazamiento psíquico permite visualizar esa distancia y diseñar intervenciones que no solo reparen, sino que reactiven los recursos internos —emocionales, cognitivos, sociales y espirituales— que aún permanecen latentes.

Herramientas como la Emocinesis y la técnica CAVI – Círculo Activo Vital Integrador no solo detectan bloqueos, sino que movilizan la energía vital del sujeto desde una lógica circular, participativa y transformadora. El Punto Génesis, como constructo simbólico y operativo, representa ese umbral desde el cual es posible comenzar a reescribir la historia personal, recuperar el vínculo con la vida y activar la resiliencia.

Este modelo no impone formas, sino que propone funciones: se adapta a cada cultura, a cada territorio, a cada cosmovisión. Reconoce que la recuperación no es lineal ni homogénea, y que el respeto por los saberes locales, la ética del cuidado y la flexibilidad

metodológica son claves para evitar la colonización terapéutica y favorecer una verdadera integración psíquica.

El Punto Génesis no es un destino, sino un camino. Un camino que honra el dolor, pero también la posibilidad de recomenzar. Porque en cada persona que ha sobrevivido a una emergencia, hay una historia que merece ser contada de nuevo —con nuevos sentidos, nuevos vínculos y una renovada capacidad de vivir.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Campillo Álvarez, J. E. (2010). *El mono obeso: La evolución humana y las enfermedades de la civilización*. Editorial Crítica.

https://books.google.com/books/about/El_mono_obeso.html?id=Uk2pvdoD3v4C

Frankl, V. E. (1984). *Man's search for meaning*. Beacon Press.

<https://psycnet.apa.org/record/1992-98457-000>

Grossman, D., & Christensen, L. W. (2008). *On combat: The psychology and physiology of deadly conflict in war and in peace*. Warrior Science Publications.

<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2560946>

Lahad, M. (2005). *Creative supervision: The use of expressive arts methods in supervision and self-supervision*. Jessica Kingsley Publishers.

Mitchell, J. T., & Dyregrov, A. (1993). Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 463–473). Plenum Press. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-2820-3_76

Núñez, D., & Cafarelli Rosa, F. (2023). *Guía para el abordaje emocional ante situaciones de emergencias y desastres: Pautas de actuación ante víctimas y recomendaciones para el autocuidado del personal interviniente*. Ministerio de Seguridad Argentina.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/03/guia_interv_y_abordaje_emocional_2.pdf

Núñez, D. (2023). *Gestión del riesgo, psicología de la emergencia y apoyo humanitario en tiempos de COVID*. IN VIVO Ediciones. <https://fipe-ifep.org/wp-content/uploads/2023/05/Libro-Gestion-del-Riesgo-Psicologia-de-la-Emergencia-y-Apoyo-Humanitario-2023.pdf>

Núñez, D. (2020). *Psicología de la emergencia*. Ministerio de Justicia, Provincia de San Luis, Argentina. <https://fipe-ifep.org/wp-content/uploads/2023/05/Libro-Psicologia-de-la-Emergencia-2020.pdf>

Núñez, D. (2004). *Primeros auxilios psicológicos emocionales: Material de uso para bomberos en situaciones operativas de emergencias, crisis, pánico y catástrofes*. Editorial Dunkin. <https://fipe->

ifep.org/wp-content/uploads/2024/05/Libro-Bomberos-Primeros-Auxilios-Psicologicos-Emocionales-Autor-Diego-Nunez-2006.pdf

Romeu Aldaya, V. (2019). *Fundamentos éticos de la cultura. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*.

Romeu Aldaya, V. (2019). *Los fundamentos biológicos del sentido ético de la cultura. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 25(49), 139–162.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6961303>

Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking. <https://psycnet.apa.org/record/2014-44678-000>

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton.

<https://www.easybib.com/guides/citation-guides/books/narrative-means-to-therapeutic-ends>

Zaragoza Contreras, L. G. (2010). *Cultura, identidad y etnicidad. Cuicuilco*, 17(48), 123–145.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000100009

Diego Nuñez. Presidente de la Federación Internacional de Psicología de la Emergencia. Especialista en Psicología del Caos e Inteligencia Operativa en Crisis de Alto Impacto - Francia. Especialista en Psicología de la Emergencia y Gestión Humanitaria Global en Desastres - Francia. Formado por IPTS - Suiza en Psicología de la Emergencia, Estrés y Víctimas y en Coping Resilience CSPC Tel Hai College, Kiryat Shmona, Israel. Director del Departamento de Psicología de la Emergencia en Faculté de Psychologie et de Psychanalyse Lalange, France. Psicólogo Educacional y doctorante en Educación Superior Universitaria UAI. Coordinador de salud mental en la repatriación de argentinos en Israel en el Operativo Regreso Seguro de Cancillería Argentina y Ministerio de Seguridad de Nación Argentina por el accionar terrorista en Franja de Gaza. Primer Bombero Psicólogo de Argentina. Presidente del Capítulo Psicología de la Emergencia y Resolución de Conflictos en la Asociación Argentina de Salud Mental. Fué Director del Instituto Universitario de Emergencias UCCSL. Director diplomaturas universitarias internacionales y Maestría por Argentina, Costa Rica, Bolivia y Francia. Docente universitario, expositor internacional, investigador y autor de libros y artículos. Instruye equipos de emergencias, equipos e fuerzas especiales de policía, asistencia humanitaria militar, profesionales de la salud y docentes. Creador del Modelo NAHYPER protocolarizado. Psicólogo de Emergencia - Psicólogo Negociador de Emergencias y coordinador de los cursos NAHYPER para el Ministerio de Seguridad Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Contacto: @diegopsicologodelcaos / diegonunez@fipe-ifep.org / diego_on@hotmail.com

FROM THE ISOLATION OF POINT NEMO TO THE REBIRTH OF POINT GENESIS OPERATIONAL EMERGENCY PSYCHOLOGY

Diego Nuñez-Argentina

ABSTRACT

In emergency psychology, traditional intervention models have routinely fallen short when confronting the profound emotional complexity experienced by victims of disasters, crises, and violence. To address these limitations, a new theoretical and operational framework—**Operational Psychology**—is presented, reframing trauma response. This paradigm incorporates methods such as Emocinesis and the CAVI technique (Integrative Vital Active Circle), which are designed to activate emotional, cognitive, and physical internal resources through an emotional scan that identifies blockages, dissociations, and overload. A central concept introduced is **psychic displacement**, defined as the gap between emotional disconnection (symbolized as *Point Nemo*) and the beginning of psychic recovery (*Point Genesis*). Point Genesis is proposed as a therapeutic horizon from which individuals may rebuild their life narrative, sense of belonging, and relational capacity. Intervention unfolds in three phases: identifying Point Nemo, activating resilience channels via the BASIC PH model, and guiding reconstruction toward Point Genesis. This process is informed by trauma neuroscience, narrative psychology, logotherapy, and the ethics of care, with culturally adapted to each community's context. Rather than prescribing a singular method, the Point Genesis model offers a flexible, ethical, and profoundly human framework to foster psychic rebirth. Its practical application enables the measuring psychic displacement, designing culturally responsive interventions, and mitigating disorders such as PTSD, DESNOS, or Complex Trauma Disorder, honoring victims' emotional dignity and reinforcing community resilience.

Keywords: Operative Psychology; Psychic Displacement; Resilience

1 INTRODUCTION

As an emergency psychologist, I have observed that traditional intervention models must evolve to address the emotional complexity experienced by individuals in crisis, disaster, and violence contexts. The introduction of Emocinesis marks a pivotal shift: the aim is no longer simply to contain emotional distress but to mobilize, reorganize, and reintegrate the fragmented senses and emotions caused by trauma. The CAVI technique (Integrative Vital Active Circle), developed alongside Emocinesis, is a potent, humane tool that activates emotional, cognitive, and physical internal resources through an emotional scan, identifying blockages, dissociations, and overloads. Its circular structure is symbolic and functional, facilitating balance restoration through participatory, vital, and transformative logic.

In this model, emotional propellers—the internal drivers shaping responses to pain—serve as therapeutic allies, guiding interventions aimed at preventing PTSD, DESNOS, or Complex Trauma Disorder (TDNE). This redefinition expands emergency psychological practice beyond first-response and clinical settings, while honouring survivors' emotional dignity.

Emerging from these foundations, Operational Psychology is a conceptualized as an innovation within Emergency Psychology, offering novel intervention contexts. The core challenge in emergency and disaster care remains: how to measure the emotional, cognitive, and social disconnection survivors experience relative to mental health ideal- what I call **psychic displacement**—though often invisible and hard to quantify, this displacement critically influences intervention effectiveness.

Borrowing conceptually from Point Nemo—Earth's most remote location- Point Genesis is introduced as a therapeutic horizon toward which individuals progress from, the emotional, cognitive, and existential chaos precipitated by emergencies.

Thus, Point Nemo- symbolizing extreme victim isolation- contrasts with Point Genesis, the symbolic destination representing psychic integration, resilience, and meaningful reconstruction.

This framework arises from extensive field observations where intervention teams encounter dissociation, learned helplessness, compassion fatigue, and cumulative trauma—affecting both victims and responders (Lahad, 2005; Christensen, 2008). As Andrea Nira Kaplansky (2019) remarks, *“trauma is not merely an emotional wound, but a rupture in the life narrative that demands rewriting from a new point of departure.”*

Point Genesis is not a physical place but rather a conceptual model enabling:

- Assessment of how far an individual has drifted from emotional equilibrium
- Design of interventions acknowledging that displacement and fostering returns
- Evaluation of psychosocial action effectiveness based on proximity to Point Genesis

In operation, Point Genesis functions both as a clinical and operational preventive tool, drawing a functional analogy with Point Nemo to highlight victims' psychic isolation and leveraging interdisciplinary insights- trauma neuroscience to ethics of care-to propose indicators for measuring psychic displacement and progress toward integration.

Examples from Field Applications

- **2011 Japan tsunami:** survivors described feeling "*outside the world*"- a state resembling Point Nemo. Community narrative interventions supported reconstruction of meaning and progression toward Point Genesis.
- **2017 Chile Wildfires:** frontline responders and firefighters exhibited secondary trauma and compassion fatigue. The model was employed to restore emotional balance and prevent burnout.
- **Hurricane Katrina (2005):** mental health professionals examined emergency teams impacts, emphasizing emotional demobilization protocols and resilience training.

2 CONCEPTUAL DEVELOPMENT OF POINT GENESIS

Point Genesis is conceived as the threshold of psychic recovery from which disaster- or emergency-affected individuals begin reconstructing their life narrative, belonging, and relational bonds. Unlike pathology-focused models, it emphasizes emotional, cognitive, and social reactivation.

2.1 Theoretical Foundations:

- **Trauma Neuroscience:** Trauma impairs connectivity between the amygdala, hippocampus, and prefrontal cortex. Point Genesis signals reemerging functional neural integration (van der Kolk, 2014).
- **Narrative Psychology:** Reconstructing personal narrative is essential to integrating traumatic event into an individual's life story (White & Epston, 1990).

- **Lahad's BASIC PH Model:** Identifies six resilience channels- beliefs, affect, social support, imagination, cognition, and physiology-that can be activated toward Point Genesis.
- **Humanistic-Existential Psychology:** Point Genesis encompasses a renewed appreciation of life's meaning, as articulated by Viktor Frankl (1984).

3 FIELD-BASED CLINICAL PREVENTIVE USING POINT GENESIS

3.1 The model is implemented through three phases:

- ◆ **Phase 1: Identification of the Psychic Point Nemo**
 - Assess degree of dissociation, hopelessness, and isolation using clinical interviews, trauma scales (IES-R, PCL-5), and behavioral observation.
- ◆ **Phase 2: Activation of Resilience Channels (BASIC PH)**
 - Deliver brief interventions such as grounding, shared narratives, art therapy, psychological first aid-prioritizing the most accessible channel.
- ◆ **Phase 3: Reconstruction Toward Point Genesis**
 - Clinical work focuses on meaning-making, relational bonding, and autonomy; includes community integration, closure rituals, and memory spaces.

Historical Field Examples:

- **Beirut Explosion (2020):** Group narrative interventions facilitated communal meaning reconstruction; survivors began organizing memorials and rebuilding public spaces, activating Point Genesis.
- **Guatemala's Volcán de Fuego Eruption (2018):** Displaced children benefited from imagination-driven symbolic play to advance Point Genesis.

Framework of the Point Genesis Model

TRAUMATIC ISOLATION (Nemo Point)



Assessment of Psychic Displacement



Activation of Resilience Channels (BASIC PH)



Narrative and Relational Reconstruction



PSYCHIC INTEGRATION (Point Genesis)

3.1.1 The Genesis Point Model: A Clinical and Theoretical Sequence for Post-Traumatic Psychic Recovery

The Point Genesis model proposes a clinical and theoretical sequence that describes the process of psychic recovery following severe traumatic experiences, such as natural disasters, humanitarian emergencies, or extreme acts of violence. The model is structured around five key stages, which represent a progression from traumatic isolation to psychic and social reintegration.

- **Traumatic Isolation (Nemo Point)**

The Psychic Nemo Point represents the state of maximum emotional, cognitive, and relational disconnection. Borrowed from the metaphor of the most remote location in the ocean, it is used to describe the psychological moment when an individual feels most distant from themselves and others. This state may involve dissociation, profound hopelessness, and social withdrawal.

- **Assessment of Psychic Displacement**

At this stage, a clinical evaluation is conducted to determine the degree of emotional and functional impairment. Tools such as clinical interviews, trauma scales (IES-R, PCL-5), and behavioral observation are employed to identify predominant symptoms and the level of psychic disconnection.

- **Activation of Resilience Channels (BASIC PH Model)**

Based on the assessment, brief interventions are designed to activate the individual's most accessible resilience channels: beliefs, affect, social support, imagination, cognition, and physiology. These interventions may include grounding techniques, shared narratives practices, art therapy, and psychological first aid.

- **Narrative and Relational Reconstruction**

Once resilience channels have been activated, the process of reconstructing the personal narrative and relational capacities begins. This phase involves re-signifying the traumatic event, recovering a sense of belonging, and fostering emotional autonomy.

- **Psychic Integration (Point Genesis)**

Point Genesis marks the beginning of a new phase of psychic integration. The goal is not to return to the pre-trauma state, but to construct a new life narrative using the resources now available. At this stage, individuals begin to rebuild relationships, participate in closure rituals, and reintegrate into their communities.

3.2 Clinical and Operational Indicators of Psychic Displacement

Why measure psychic displacement? Trauma in emergency contexts produces a rupture in psychic continuity. Measuring the displacement between the state of emotional isolation (Point Nemo) and the onset of recovery (Point Genesis) allows for:

- Evaluating the effectiveness of interventions
- Guiding clinical decision-making in real time
- Identifying resilience channels that can be activated
- Adjusting protocols according to the patient's emotional state

3.2.1 Clinical Indicators of Point Nemo: Signs of Extreme Disconnection

The clinical indicators associated with Point Nemo reflect a state of profound psychological disconnection, commonly observed in individuals exposed to acute trauma or prolonged distress:

- **Emotional dissociation:** flat affect, absence of emotional responsiveness
- **Learned helplessness:** verbalizations such as “nothing is ever going to change”
- **Social withdrawal:** rejection of human contact or offers of assistance
- **Physiological dysregulation:** insomnia, hypervigilance, somatization
- **Fragmented narratives:** difficulty articulating lived experiences
- **Avoidant behaviors:** active evasion of places, people, or memories linked to the trauma.

3.2.2 Clinical Indicators of Point Genesis: Signs of Emerging Psychic Integration

The clinical indicators of Point Genesis signal the initial stages of psychic reintegration after a traumatic rupture:

- **Emotional reconnection:** expression of emotions, meaningful crying
- **Narrative openness:** ability to recount the traumatic event with coherence
- **Social engagement:** seeking human connection, participation in group activities
- **Activation of meaning:** existential questioning and search for purpose
- **Physiological regulation:** improvements in sleep, appetite, and somatic tone
- **Progressive autonomy:** decision-making capacity and future-oriented planning

Table 1: Operational Field Tools

INDICATOR	SUGGESTED TOOL	FIELD APPLICATION
Emotional dissociation	DES-II Scale	Brief clinical interview
Fragmented narrative	Free narrative technique	Individual or group settings
Social connectedness	Social support questionnaire; community map	Observation and mapping
Physiological regulation	Vital signs and sleep log	Direct field observation
Sense of purpose	Purpose in Life Scale (PIL Test)	Semi-structured interview

3.3 Description of Operational Indicators for Intervention Teams

In the context of psychosocial interventions in emergency settings, the use of structured operational indicators is essential for assessing psychological state of affected individuals, guiding therapeutic strategies, and ensuring culturally appropriate care. The following indicators and tools constitute a multidimensional framework for evaluating key aspects of psychic functioning and community resilience.

3.3.1 Emotional Dissociation

Emotional dissociation-characterized by affective detachment, emotional numbing, or internal disconnection- is a critical marker of trauma-related psychic rupture. The DES-II (Dissociative Experiences Scale-II) is recommended for its clinical reliability in detecting dissociative symptoms. In field settings, its use is complemented by brief clinical interviews, which allow for contextual interpretation and immediate therapeutic orientation.

3.3.2 Fragmented Narrative

A fragmented or incoherent personal narrative reflects disruptions in autobiographical memory and the processes of meaning-making. The free narrative technique is used to elicit spontaneous storytelling, either in individual or group contexts. This method helps identify thematic discontinuities, emotional blockages, and symbolic gaps, which can later be addressed through integrative narrative interventions.

3.3.3 Social Connectedness

Social connectedness is a protective factor that mitigates the impact of trauma and fosters recovery. It is assessed through two complementary approaches. First, the social support network questionnaire provides quantitative and qualitative data on interpersonal ties, which can be visualized through community mapping exercises. Second, direct observation of vital signs and sleep patterns offers insight into physiological regulation and the degree of relational engagement- particularly valuable in contexts where verbal communication is limited.

3.3.4 Sense of Purpose

The restoration of existential meaning is a core component of post-traumatic recovery. The Purpose in Life Scale (PIL Test) is a validated instrument for assessing an individual’s perceived sense of purpose and life direction. When applied in semi-structured interviews, it enables an in-depth exploration of motivation, future orientation, and the individual’s capacity to re-establish with meaningful goals following a critical experience.

Together, these indicators form a coherent evaluative system that enhances both diagnostic clarity and therapeutic responsiveness. Their integration into field protocols improves the precision of interventions and reinforces the ethical imperative to address not only symptomatic expressions of trauma, but also its symbolic and relational dimensions.

Table 2: Comparative Framework: Point Nemo vs. Point Genesis

DIMENSION	POINT NEMO	POINT GENESIS
Emotional state,	Affective anesthesia, dissociation	Emotional reconnection
Narrative	Fragmented, chaotic	Coherent, meaningful
Social connection	Isolation, rejection	Openness, engagement
Physiology	Dysregulation, somatization	Progressive regulation
Cognition	Confusion, hopelessness	Reflection, planning
purpose	Absent, nihilism	Emerging, pursuit and meaning
Behavior	Avoidance, passivity	Engagement, autonomy

3.4 NARRATIVE DESCRIPTION: COMPARATIVE FRAMEWORK – POINT NEMO VS. POINT GÉNESIS

The conceptual distinction between Point Nemo and Point Génesis offers a compelling heuristic framework for understanding the psychological trajectories of individuals navigating post-traumatic recovery. These symbolic poles represent antithetical states of psychic organization, emotional expressivity, and existential orientation. Their juxtaposition serves as an analytical lens for both clinical assessment and theoretical inquiry, enabling a more nuanced understanding of the continuum between trauma-induced psychic disintegration and the gradual process of reintegration and healing.

3.4.1 Emotional State and Expression

At Punto Nemo, individuals often exhibit affective anaesthesia and emotional dissociation—hallmarks of psychic withdrawal and defensive detachment. Emotional expression is muted or altogether absent, reflecting a profound disconnection from one's internal affective life. By contrast, Point Génesis is characterized by emotional reactivation and reconnection. The capacity to access, name, and integrate emotional experiences begins to reemerge, signaling a renewal of emotional vitality and the resumption of affective processing.

3.4.2 Narrative Structure

The narrative organization of the self at Point Nemo is fragmented, often incoherent, and temporally disjointed. Individuals struggle to construct a meaningful account of their experiences, reflecting disruptions in autobiographical memory, symbolic integration, and identity continuity. In contrast, Point Génesis a coherent and intentional narrative structure begins to form. Survivors engage in reconstructing their personal histories with increasing clarity, facilitating the reconstitution of identity, narrative agency, and a sense of psychological coherence.

3.4.3 Social Bonding and Relational Dynamics

Relationally, *Point Nemo* is marked by social withdrawal, interpersonal alienation, or rejection, whether self-imposed or externally reinforced. A sense of isolation prevails, often compounded by shame, distrust, or emotional numbing. Conversely, *Point Genesis* renewed capacity for relational engagement. There is a growing openness to social contact, empathy, and reciprocal connection, signaling the reactivation of attachment systems and the reintegration into communal life.

3.4.4 Physiological Regulation

Physiological functioning at *Point Nemo* frequently demonstrates dysregulation and somatization, often manifesting as sleep disturbances, chronic fatigue, or psychosomatic symptoms. These bodily expressions underscore the somatic imprint of trauma. In contrast, *Point Génesis* is associated with progressive physiological regulation, as bodily rhythms begin to stabilize, supporting emotional and cognitive recovery.

3.4.4.1 Cognitive Functioning

Cognitive processes at *Point Nemo* are often characterized by confusion and, cognitive rigidity, rumination, and a diminished future orientation. Executive functioning may be impaired, contributing to a sense of paralysis or disorientation. *Point Génesis* is associated with the restoration of reflective capacity, flexible thinking, and future-oriented planning. Survivors begin to engage in adaptive problem-solving and regain the cognitive agility necessary for self-directed action.

3.4.4.2 Sense of Life Purpose and Existential Orientation

From an existential perspective, *Point Nemo* is defined by an absence of meaning, often accompanied by nihilistic or existential despair. Life may appear void of purpose, directionless or futile. *Point Génesis*, however, marks the reemergence of existential coherence. Individuals begin to redefine their values, reconstruct meaning systems, and orient themselves toward future possibilities with renewed intention and vitality.

3.4.4.3 Behavioral Patterns and Motivation

Behaviorally, Point Nemo is associated with avoidance, inertia, and disengagement. Initiative is often lacking, and individuals may become passive observers of their own lives. In contrast, *Point Génésis* is characterized by behavioral activation—evidenced by increased participation, initiative, and agency. Survivors begin to reclaim authorship over their life choices and demonstrate a growing capacity to engage constructively with their environments.

This comparative framework delineates the phenomenological dimensions of trauma and recovery offering a dynamic model for clinical assessment, therapeutic planning, and longitudinal monitoring of progress. Mapping the transition from Point Nemo to Point Génésis enables practitioners conceptualize trauma recovery not as a linear process, but as a multidimensional and often cyclical journey. It provides an operational language to identify where individuals are situated within their recovery trajectory and to tailor interventions accordingly. Moreover, this model affirms the necessity of integrating emotional, narrative, physiological, cognitive, and existential dimensions within trauma-informed care. By anchoring therapeutic work in both symbolic and functional markers of psychic transformation, the *Point Génésis* framework supports survivors in reclaiming narrative coherence, relational intimacy, and life purpose—core elements of post-traumatic growth and psychological resilience.

4 ETHICAL AND CULTURAL DIMENSIONS

Ethical implementation of the Point Genesis model requires:

- **Victim Autonomy:** Recovery must allow survivors to construct their own narratives, not impose them.
- **Non-Maleficence:** Interventions should avoid re-traumatization or pathologization, recognizing suffering as a valid human response.
- **Relational Justice:** Ensure equitable psychosocial care for all individuals, regardless of cultural background, gender identity, or social condition.
- **Informed Consent:** Even in crisis contexts, individuals' capacity for decision-making regarding their therapeutic process must be respected and upheld.

As José Enrique Campillo Álvarez (2010) asserts, “*health ethics cannot be separated from the patient’s biography, nor from their cultural context.*”

4.1 Cultural Adaptation of the Model

The Point Genesis model is not universal in its form, but rather in its function. It requires:

- **Symbolic Interpretation:** Understanding what does “origin” means within cultural contexts- rituals, beliefs, meanings.
- **Intercultural Intervention:** The integration of local knowledge systems, traditional healing, spirituality, and culturally embedded narratives.
- **Methodological Flexibility:** Adapting resilience channel activation to cultural worldviews. For instance, in Andean populations, the spiritual channel may be central to recovery.

4.1.1 Contextual Applications:

- **Mapuche Communities (Chile):** Following wildfires, purification rituals with *lawen* (medicinal plants) and land-based prayers activated Point Genesis across spiritual and territorial dimensions.
- **Syrian Refugees (Germany):** Brief-based channels activated through prayer spaces, Qur’anic narratives, and cultural mediators. Point Genesis was linked to the restoration of dignity and faith.
- **Nepal Earthquake (2015):** Buddhist meditation, communal mandala reconstruction, and rebirth narratives framed Point Genesis as a “reconnection with positive karma” and the reestablishment of dharma.
- **Afro-Colombian Communities in Chocó (2021):** After severe flooding, the affective and social channels were activated through traditional songs, communal cooking, and oral storytelling. Point Genesis was embodied as “singing together again,” a metaphor for collective resilience.

4.2 Ethical Risks in Diverse Contexts

- **Folklorization:** The reduction of cultural practices to decorative or superficial elements, without acknowledging their symbolic depth or contextual significance.

- **Therapeutic Colonization:** The imposition of Western models without appropriate cultural adaptation, potentially invalidating local epistemologies and healing traditions.
- **Decontextualization:** The application of standard indicators without cultural anchoring, leading to misinterpretation or ineffective intervention.

4.3 Operational Field Guide and the Application of the Genesis Point Model

As an emergency psychologist, I propose an operational model for implementing the Genesis Point framework in the field. This construct is understood as the symbolic threshold from which a disaster-affected individual may begin reconstruct their life narrative after a traumatic experience. This model is structured into three progressive phases:

1. **Identification of Psychological Nemo Point**, using clinical tools to assess levels of dissociation, hopelessness, and emotional disconnection.
2. **Activation of Resilience Channels** based on the BASIC PH model, prioritizing brief, culturally adapted interventions such as grounding techniques, shared narratives, or art therapy.
3. **Reconstruction toward the Genesis Point**, with a focus on social reconnection, sense of life purpose, and progressive autonomy.

Each phase includes clinical and operational indicators that enable the measurement of psychic displacement and real-time adjustment of therapeutic strategies.

This model is grounded in interdisciplinary contributions, including neuroscience of trauma (van der Kolk), narrative psychology (White & Epston), logotherapy (Frankl), and the ethics of care (Campillo Álvarez). It recognizes trauma not merely as an emotional wound, but a rupture in psychic continuity that demands a rewriting of identity from a new starting point.

Its implementation in the field requires clearly defined roles: the emergency psychologist acts as the facilitator of the genesis process; the community reference serves as a cultural mediator, and the operational team provides both logistical and emotional support. The model also incorporates protocols for emotional demobilization of responders, strategies for burnout prevention, and closure rituals that support community integration.

The ethical dimension of the model demands respect for the autonomy of those affected, the avoidance of re-victimization, and the assurance of informed consent, even in emergency contexts.

Ultimately, the Genesis Point should not be conceived as a universal model in form, but rather in function. Its implementation requires a symbolic reading of the surrounding context, the incorporation of local knowledge systems, and methodological flexibility to activate the most accessible channel of resilience in accordance with each community's worldview. In Andean contexts, for example, the spiritual channel may be central; whereas in urban settings, the cognitive or social channels may be more predominate.

The risk of folklorization, therapeutic colonization, or decontextualization must be avoided through genuine intercultural intervention, which recognizes the depth of local practices and integrates them as part of the genesis process. In this way, the Point Genesis operational model becomes a clinically, ethically, and culturally sensitive tool for accompanying the psychic rebirth of those who have endured the unthinkable.

4.3.1 Purpose of the Guide

This guide is intended to serve as a practical and theoretically grounded resource for emergency response teams engaged in psychosocial intervention in contexts of crisis, disaster, and collective trauma. Its primary objectives are to:

- Conduct comprehensive assessments of the psychological states of victims and affected individuals.
- Activate resilience channels in accordance with the BASIC PH model coping styles.
- Measure the degree of psychic displacement the emotional and psychological distance between the state of dissociation (*Point Nemo*) and the threshold of recovery (*Point Génesis*).
- Tailor psychosocial interventions to the specific cultural, ethical, and operational context in which they are deployed.

The guide offers a structured yet flexible approach that integrates clinical assessment with symbolic and narrative tools, supporting trauma-informed and culturally sensitive practices.

Table 3: Phases of the Operational Model

PHASE	OBJECTIVE	KEY ACTIONS	INSTRUMENTS
Phase 1: Detection	Identify the psychic Nemo Point	Rapid assessment of cognitive, social, and emotional functioning through structured interviews and screening tools	Standardized psychological scales; semi- structured interviews
Phase 2: Activation	Initiate movement toward the Genesis Point	Brief interventions aligned with resilience oriented interventions (grounding techniques, narrative reconstruction, and art therapy)	Culturally adapted therapeutic protocols and interventions
Phase 3: Evaluation	Measure psychic displacement	Conduct comparative analysis using clinical scales, observational data and self-report tools	Monitoring matrix; symbolic and clinical indicators
Phase 4: Ethical Closure	Ensure emotional sustainability and ethical resolution	Facilitate referral pathways, closure rituals, formal reporting; establish clear termination protocols	Ethical guidelines and procedural documentation; follow-up plans

5 NARRATIVE DESCRIPTION OF THE OPERATIONAL MODEL PHASES

The operational model is structured into four sequential and interdependent phases. Each phase contributes to a comprehensive and contextually adaptive approach to trauma intervention, rooted in both clinical efficacy and cultural responsiveness. Together, they form a dynamic continuum—ranging from the identification of psychic disconnection to the ethical conclusion of psychosocial engagement.

Phase 1: Detection

The initial phase centers on the identification of the psychic Nemo Point— understood as the symbolic and clinical expression of emotional disconnection, psychological collapse, and existential despair. Practitioners conduct a rapid assessment of cognitive, social, and emotional functioning using standardized screening tools and brief structured interviews. Key indicators include dissociation, affective numbing, hopelessness, and relational withdrawal. Establishing this baseline is essential for calibrating subsequent therapeutic strategies and tailoring interventions to the individual’s needs.

Phase 2: Activation

Following the detection of Nemo Point, the second phase focuses on initiating movement toward the Genesis Point, defined as the threshold of psychic reconstitution and the reactivation of meaning-making processes. Intervention strategies in this phase are brief, targeted, and aligned with the most accessible resilience channels, as outlined in the BASIC PH model. Therapeutic techniques may include grounding exercises, narrative reconstruction, expressive art therapies, and somatic-based approaches - each adapted to the cultural and symbolic framework of the affected population. The goal of this phase is to foster emotional engagement and the restore a sense of agency and coherence.

Phase 3: Evaluation

This phase aims to measure the degree of psychic displacement—the psychological distance traversed from Point Nemo toward Point Génesis. A triangulated methodological approach is employed clinical instruments, behavioral observation, and subjective self-assessment. This

multi-modal analysis allows practitioners to track the evolution of emotional, cognitive, and relational functioning over time. The results inform the adaptation of intervention strategies, ensuring they remain responsive, individualized, and developmentally appropriate across the recovery trajectory.

Phase 4: Ethical Closure

The final phase of the model ensures emotional integrity and ethical rigor in the conclusion of the intervention process. It encompasses several key components: the establishment of referral pathways for ongoing care, culturally resonant closure rituals that support symbolic integration and community continuity; detailed documentation of outcomes and procedures; and the implementation of clear exit protocols. This phase also reinforces the principles of informed consent, minimizes the risk of re-traumatization, and safeguards the emotional autonomy of the individuals and communities served. Moreover, it supports the psychological sustainability of emergency responders by promoting reflective practices and structured debriefings.

Table 4: Defined Field Roles in Operational Psychosocial Interventions

ROLE	FUNCTION	RECOMMENDED PROFILE
Emergency Psychologist	Supervise implementation and ensure clinical fidelity	Emergency psychologist with specialized training in trauma and crisis psychology
Psychosocial Practitioner	deliver field-based interventions	Emergency psychologist or social worker trained in trauma-informed care
Cultural Mediator	Adapt the model to the local cultural contexts	Local individual with intercultural competence and community trust
Documentarian	Ensure clarity, accuracy, and accessible documentation	Trained peer and/or emergency psychologist with data management expertise
Responder Caregiver	Monitor the mental health and well-being of the intervention team	Emergency psychologist with experience in burnout prevention and team care

5.1 Operational Roles in Field-Based Psychosocial Interventions

Effective implementation of psychosocial intervention models in emergency and disaster contexts requires a clearly defined set of roles, each aligned with specific responsibilities and professional competencies. These roles are fundamental to ensuring clinical coherence, operational efficiency, and ethical rigor in the field.

1. Emergency Psychologist

As the principal supervisor, the Emergency Psychologist oversees the application of the intervention model, ensuring fidelity to trauma-informed protocols and ethical and evidence-based standards. This role requires advanced clinical expertise in trauma psychology, with field experience in high-pressure or disaster environments. The psychologist oversees the implementation of the intervention model, provides reflective supervision to the team, and guides strategic decision-making throughout the deployment.

2. Psychosocial Practitioner

This role involves direct interaction with affected individuals and groups through the application of brief, culturally adapted psychosocial techniques. Practitioners typically include professionals trained in emergency psychology or social work, equipped to deliver supportive interventions, facilitate emotional stabilization, and promote resilience. Their work is conducted under the clinical guidance of the Emergency Psychologist.

3. Cultural Mediator

The Cultural Mediator plays a pivotal role in ensuring the cultural relevance and social legitimacy of interventions. Ideally a trusted local individual with intercultural training, this professional acts as a bridge between the intervention team and the affected community. The Cultural Mediator supports communication, contextualizes practices, and helps avoid cultural misunderstandings that may hinder engagement or recovery.

4. Documentarian

Responsible for clarity, precision, and accessibility of all operational documentation, the Documentarian contributes to both internal accountability and external reporting. This role may be filled by a peer-trained worker or an Emergency Psychologist with expertise in data management and narrative synthesis. Responsibilities include maintaining case records, generating reports, and compiling data that contribute to post-intervention evaluation and research.

5. Responder Caregiver

Recognizing the emotional toll of crisis response, the Responder Caregiver is tasked with safeguarding the mental health of the intervention team. This role requires conducting routine emotional check-ins, facilitating stress debriefings, and implementing burnout-prevention strategies. Ideally, this role is filled by a trauma-trained psychologist with experience in team dynamics and staff care.

5.2 Daily Operational Protocol

START – Maximum duration: 1 hour

Team briefing: review of objectives and emotional status

PHASE 1 – Maximum duration: 2 hours

Initial assessment of affected individuals

PHASE 2 – Maximum duration: 4 hours

Brief therapeutic interventions

PHASE 3 – Maximum duration: 2 hours

Group or community-based activities

PHASE 4 – Maximum duration: 1 hour

Evaluation of psychic displacement

PHASE 5 – As required

Closing ritual and team self-care practices

5.2.1 Daily Operational Protocol

The Daily Operational Protocol is a structured framework designed to guide psychosocial intervention teams through a sequenced and ethically grounded workday. It

delineates a sequence of phases that balance clinical precision with emotional sustainability, ensuring that both affected individuals and practitioners are supported throughout the intervention process.

5.2.2 Start – Team Briefing

The day begins with a structured team meeting focused on aligning operational objectives, assigning responsibilities, and assessing the emotional readiness of the team. This initial gathering fosters psychological safety, clarifies expectations, and allows for the identification of any psychological vulnerabilities among staff that may require attention prior to field engagement.

Phase 1 – Initial Assessment

This phase is dedicated to the initial assessment of affected individuals. Using culturally sensitive and clinically validated tools, practitioners conduct rapid evaluations to identify psychological distress, trauma symptoms, and resilience markers. The goal is to establish a diagnostic baseline that informs the selection of appropriate therapeutic strategies.

Phase 2 – Therapeutic Interventions

The core of the intervention day focuses on delivering brief, context-sensitive therapeutic activities. These may include grounding techniques, narrative reconstruction, expressive modalities, and psychoeducation. Interventions are structured to promote re-engagement, restore emotional coherence, and mobilize internal resilience resources.

Phase 3 – community-Based Activities

This phase emphasizes collective recovery through culturally meaningful group activities. These may include facilitated dialogue, community rituals, or collaborative creative practices. The objective is to promote social reconnection, shared meaning-making, and community resilience.

Phase 4 – Evaluation of Psychic Displacement

Practitioners assess the degree of psychic displacement from Point Nemo (emotional disconnection) toward Point Genesis (psychic reorganization). This is measured through a combination of observational methods, self-report instruments, and comparative indicators

to assess progress and recalibrate strategies as needed. This phase ensures that the intervention remains responsive and ethically attuned to evolving needs.

Phase 5 – Ethical Closure and Self-Care

The day concludes with a closing ritual and team-centred self-care practices. These include reflective debriefings, mindfulness or grounding exercises, and collective symbolic closures. This final phase is essential for preventing burnout, reinforcing ethical boundaries, and sustaining the emotional integrity of the intervention team.

5.2.3 Operational Success Indicators

Evaluation of the intervention model's efficacy is based on a series of qualitative and quantitative indicators, including:

- Percentage of individuals able to articulate a coherent personal or collective narrative.
- Level of engagement in group or community-based psychosocial spaces
- Reduction in dissociative symptoms and psychosomatic expressions of trauma.
- Activation of at least one resilience channel (according to the BASIC PH model) per individual

5.2.4 Case Study: Turkey Earthquake (2023)

In the aftermath of the 2023 Turkey earthquake, the *Point Nemo* was identified in individuals exhibiting emotional mutism and aversion to interpersonal contact, and existential despair. Intervention teams successfully activated the belief channel by facilitating prayer spaces and incorporating Quranic narratives into therapeutic dialogue. The emergence of *Point Génésis* was observed in the organization of memorial ceremonies and community led reconstruction efforts, signaling a renewed sense of meaning, agency, and social cohesion.

6 CONCLUSION

6.1 Toward a Regenerative Model of Emergency Psychology

Emergency psychology is undergoing a necessary and profound transformation. Traditional models of containment and assistance are no longer sufficient to address the depth and complexity of trauma as a rupture in the life narrative-and to accompany affected individuals in the process of narrative reconstruction and meaning reintegration. Within this

framework, Operational Psychology and the Genesis Point model offer a comprehensive and culturally adaptable framework for trauma-informed intervention. The concept of **psychic displacement** provides a powerful diagnostic and symbolic tool to map the psychological distance between emotional collapse (*Point Nemo*) and the reactivation of internal resources (*Point Génesis*).

Intervention tools such as Emocinesis and the CAVI technique go beyond symptom identification; they mobilize the subject's vital energy through a circular, participatory, and transformative approach. The Genesis Point, as both a symbolic and operational construct, represents the threshold from which it becomes possible to begin rewriting one's personal story, restoring the connection to life, and activating resilience.

Importantly, this model does not impose forms; it proposes adaptable functions. It respects to each culture, each territory, and each worldview. It acknowledges that recovery is neither linear nor homogeneous, and that respect for local knowledge, ethics of care, and methodological flexibility are essential to prevent therapeutic norms and foster genuine psychic integration.

Ultimately, Genesis Point is not a destination, but a path— a symbolic and operational threshold from which survivors may begin again. It honors pain without reducing individuals to their suffering and offers the possibility of re-authoring one's story—with renewed meanings, new connections, and a reclaimed capacity to live fully.

REFERENCES

Campillo Álvarez, J. E. (2010). *The obese monkey: Human evolution and the diseases of civilization*. Editorial Crítica.

https://books.google.com/books/about/El_mono_obeso.html?id=Uk2pvdoD3v4

Frankl, V. E. (1984). *Man's search for meaning*. Beacon Press.

<https://psycnet.apa.org/record/1992-98457-000>

Grossman, D., & Christensen, L. W. (2008). *On combat: The psychology and physiology of deadly conflict in war and in peace*. Warrior Science Publications.

<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2560946>

- Lahad, M. (2005). *Creative supervision: The use of expressive arts methods in supervision and self-supervision*. Jessica Kingsley Publishers.
- Mitchell, J. T., & Dyregrov, A. (1993). Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel. In J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 463–473). Plenum Press. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-2820-3_76
- Núñez, D., & Cafarelli Rosa, F. (2023). *Guide for emotional intervention in emergency and disaster situations: Guidelines for victim assistance and self-care recommendations for response personnel*. Ministry of Security, Argentina.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/03/guia_interv_y_abordaje_emocional_2.pdf
- Núñez, D.** (2023). *Risk management, emergency psychology, and humanitarian support in times of COVID*. IN VIVO Ediciones. <https://fipe-ifep.org/wp-content/uploads/2023/05/Libro-Gestion-del-Riesgo-Psicologia-de-la-Emergencia-y-Apoyo-Humanitario-2023.pdf>
- Núñez, D. (2020). *Emergency psychology*. Ministry of Justice, Province of San Luis, Argentina. <https://fipe-ifep.org/wp-content/uploads/2023/05/Libro-Psicologia-de-la-Emergencia-2020.pdf>
- Núñez, D. (2004). *Emotional psychological first aid: Operational material for firefighters in emergency, crisis, panic, and catastrophe situations*. Editorial Dunken. <https://fipe-ifep.org/wp-content/uploads/2024/05/Libro-Bomberos-Primeros-Auxilios-Psicologicos-Emocionales-Autor-Diego-Nunez-2006.pdf>
- Romeu Aldaya, V. (2019). *Ethical foundations of culture. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*.
- Romeu Aldaya, V. (2019). *Biological foundations of the ethical sense of culture. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 25(49), 139–162.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6961303>
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking. <https://psycnet.apa.org/record/2014-44678-000>

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. W. W. Norton & Company. <https://www.easybib.com/guides/citation-guides/books/narrative-means-to-therapeutic-ends>

Zaragoza Contreras, L. G. (2010). *Culture, identity, and ethnicity*. *Cuicuilco*, 17(48), 123–145. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592010000100009

Diego Nuñez. President of the International Federation of Emergency Psychology. Specialist in Chaos Psychology and Operational Intelligence in High-Impact Crises - France. Specialist in Emergency Psychology and Global Humanitarian Disaster Management - France. Specialized by IPTS – Switzerland in Emergency Psychology, Stress and Victims, and in Coping and Resilience at CSPC Tel Hai College, Kiryat Shmona, Israel. Academic Director of the Department of Emergency Psychology at the Faculty of Psychology and Psychoanalysis Lalangue, France. Educational Psychologist and doctoral candidate in Higher University Education at UAI. Mental health coordinator for the repatriation of Argentine citizens from Israel during the “Safe Return” Operation led by the Argentine Ministry of Foreign Affairs and the National Ministry of Security in response to terrorist actions in the Gaza Strip. First Firefighter Psychologist in Argentina. President of the Emergency Psychology and Conflict Resolution Chapter of the Argentine Association of Mental Health. Former Director of the University Institute of Emergencies at UCCSL. Director of international university diploma programs and a Master's program in Argentina, Costa Rica, Bolivia and France. University professor, international speaker, researcher, and author of books and academic articles. Trainer of emergency response teams, special police and military units, healthcare professionals, and educators. Creator of the standardized NAHYPER Model. Psychologist specializing in Negotiation in Emergencies and preventive interventions in suicide attempts, and Emergency Psychologist and coordinator of NAHYPER courses for the Ministry of Security of the Province of Buenos Aires, Argentina.

Contact: @diegopsicologodelcaos / diegonunez@fipe-ifep.org / diego_on@hotmail.com

MODELO NAHYPER

NEGOCIACIÓN – APOYO HUMANITARIO – PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA

Modelo para la intervención psicoperativa mediante la Psicología de la Emergencia, el Apoyo Humanitario y la Negociación en Emergencias

Diego Nuñez-Argentina

INTRODUCCIÓN

Este modelo lo desarrollé y tiene como finalidad establecer pautas operativas psicológicas, recomendaciones técnicas y criterios formativos para intervenir en situaciones de emergencia, desastres, situaciones críticas, intervención preventiva ante intentos de suicidio, ayuda humanitaria y escenarios de negociación en emergencias. Las intervenciones están diseñadas para ser aplicadas *in situ*, mediante recursos disponibles y estrategias específicas, desde el enfoque de la Psicología de la Emergencia (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2007; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

En contextos de emergencia, se ha evidenciado la necesidad de incorporar el apoyo psicológico como componente esencial, tanto para las personas afectadas como para el personal interviniente (socorristas, voluntarios/as, fuerzas de seguridad, personal sanitario, entre otros). Las consecuencias emocionales de estos eventos se manifiestan de forma singular en cada individuo y pueden prolongarse más allá del momento crítico (Herman, 1997; Bodon & Ríos, 2021).

Primeros Auxilios Psicológicos y Cuidado del Interviniente

Desde el enfoque de la Psicología de la Emergencia, los Primeros Auxilios Psicológicos y Emocionales constituyen una intervención inmediata que busca contener, estabilizar y acompañar a las personas en estado de crisis. Esta respuesta se fundamenta en la comprensión de que los mecanismos de adaptación pueden saturarse ante situaciones desconocidas, generando desregulación emocional y afectando el curso vital de la persona (OMS, 2013; Slaikeu, 1988).

Los Primeros Auxilios Psicológicos son considerados un recurso salutogénico, ya que permiten normalizar las reacciones vividas, recuperar el control emocional y facilitar el

afrontamiento de la situación. En el caso del personal interviniente, estas estrategias también se orientan a la reducción del estrés y a la promoción del autocuidado, elementos clave para sostener la eficacia operativa y prevenir el desgaste profesional (American Psychological Association [APA], 2020; Guía Nacional de Abordaje Emocional, 2023).

Negociación en Emergencias e Intervención Preventiva en Intentos de Suicidio

La negociación en contextos de emergencia requiere habilidades específicas para intervenir en situaciones de alto riesgo. La formación en resolución de conflictos y negociación en emergencias y crisis debe incluir conocimientos sobre comunicación estratégica, regulación emocional, y abordaje preventivo de ideación suicida (Diplomado Universitario Internacional en Resolución de Conflictos, Negociación en Crisis y Mediación. AASM, 2025).

Autores como Joiner (2005) y Shneidman (1996) han aportado marcos teóricos fundamentales para comprender la conducta suicida, mientras que la OMS (2014) ha establecido directrices para la prevención del suicidio en contextos comunitarios y de emergencia.

Asistencia Humanitaria e Intervención en Emergencias

La Asistencia Humanitaria constituye un eje fundamental en la respuesta integral ante emergencias y desastres. Su propósito es aliviar el sufrimiento humano, proteger la vida y la dignidad de las personas afectadas, y contribuir a la recuperación física, emocional y social de las comunidades impactadas. En el marco del Modelo NAHYPER, el Apoyo Humanitario se articula con la Psicología de la Emergencia, la Negociación en Crisis y la Intervención Preventiva, conformando un abordaje multidisciplinario, ético y operativo.

Principios Rectores de la Asistencia Humanitaria

Basada en estándares internacionales como los establecidos por la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas (OCHA, 2012) y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR, 2020), la Asistencia Humanitaria se rige por los siguientes principios:

- **Humanidad:** Prioriza el alivio del sufrimiento humano en todas sus formas, sin distinción de nacionalidad, género, religión o ideología.
- **Neutralidad:** No toma partido en conflictos armados ni controversias políticas, religiosas o ideológicas.
- **Imparcialidad:** La asistencia se brinda exclusivamente en función de las necesidades, sin discriminación.
- **Independencia:** Las acciones humanitarias se desarrollan de forma autónoma respecto de intereses gubernamentales, económicos o militares.

Articulación con la Psicología de la Emergencia

La Asistencia Humanitaria no se limita a la provisión de insumos materiales; incluye también el abordaje psicosocial de las personas afectadas. La integración de equipos psicológicos en operativos humanitarios permite:

- Detectar signos de trauma, desregulación emocional y riesgo suicida.
- Brindar contención emocional y Primeros Auxilios Psicológicos.
- Promover la resiliencia comunitaria y el fortalecimiento de redes de apoyo.
- Acompañar procesos de duelo, desplazamiento forzado y pérdida de identidad.

Autores como James & Gilliland (2017) y Hobfoll et al. (2007) han demostrado que la atención psicológica temprana en contextos humanitarios reduce significativamente el impacto del estrés postraumático y mejora los indicadores de recuperación emocional.

La exposición continua a eventos críticos exige una formación biopsicosocial permanente, que fortalezca las competencias necesarias para intervenir con eficacia, minimizando los efectos nocivos del estrés y la fatiga psíquica. Esta preparación contribuye a consolidar una cultura de la seguridad y a mejorar la capacidad de respuesta psicosocial ante desastres, en línea con los principios de la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (UNDRR, 2015).

Objetivo General

Conocer y aplicar pautas y recomendaciones desde la prevención y la salud mental para intervenir en situaciones de emergencias y desastres, asistencia humanitaria, negociación en emergencias e intervención preventiva en intentos de suicidios, considerando el alcance

del evento, el tipo de víctimas involucradas y el cuidado del personal interviniente, mediante recursos específicos para las fases de antes, durante y después del evento.

Enfoque del Modelo NAHYPER

El Modelo NAHYPER tiene como propósito brindar intervenciones rápidas, eficaces y basadas en la evidencia científica en contextos de emergencia y críticos priorizando la salud mental de las diferentes víctimas, sus familias y los equipos intervinientes, promoviendo la resiliencia comunitaria y la recuperación integral y la reorganización emocional.

Este modelo de intervención se caracteriza por su enfoque multidisciplinario, su capacidad de respuesta coordinada y su adhesión a estándares internacionales. Además de atender las necesidades inmediatas, el Modelo NAHYPER trabaja en la prevención de crisis futuras y en la promoción sostenida de la salud mental, fortaleciendo el tejido social en momentos de adversidad y acompañando al personal operativo de los equipos intervinientes en el manejo del estrés y el logro de sus objetivos.

Sección: Antes del Evento

Objetivos específicos

- Fortalecer, desde la prevención, las capacidades de afrontamiento y resiliencia social e individual mediante acciones concretas.
- Brindar recursos psicológicos emocionales y facilitar la identificación de estos, disponibles en los equipos intervinientes y las personas que los componen para la intervención.

Enfoque general

La intervención en emergencias no comienza con el inicio del evento, sino mucho antes: en la formación del personal interviniente. Esta etapa previa es clave para dotar a los equipos de recursos técnicos, emocionales y psicológicos que les permitan actuar con eficacia, contención y autocuidado ante situaciones críticas (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2007; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

La preparación anticipada permite reconocer necesidades específicas, coordinar sistemas de respuesta adecuados y aplicar protocolos de primera intervención de forma eficiente. Además, esta fase se retroalimenta con la experiencia post-evento, generando un ciclo continuo de mejora y aprendizaje institucional (American Psychological Association [APA], 2020).

Lineamientos generales para la preparación del personal interviniente

1. **Formación en competencias emocionales y psicológicas** Es fundamental capacitar al personal de los equipos intervinientes en los principios de la Psicología de la Emergencia, incluyendo el manejo del estrés, la contención emocional y los Primeros Auxilios Psicológicos (Herman, 1997). Talleres, simulacros y capacitaciones constantes deben formar parte de un plan sistemático de entrenamiento.
2. **Simulación de escenarios críticos** La práctica en contextos simulados permite adquirir habilidades de afrontamiento y resiliencia. Se recomienda incorporar enfoques salutogénicos y técnicas de hormesis emocional, que promuevan la adaptación positiva ante el estrés (OMS, 2013).
3. **Identificación de actores emergentes** En cada escenario proyectado, es necesario reconocer actores clave que puedan colaborar en la atención de víctimas. Esto incluye personal institucional, voluntariado, líderes comunitarios y redes de apoyo.
4. **Articulación con la comunidad y organizaciones civiles** La sensibilización previa y el trabajo conjunto con organizaciones de la sociedad civil fortalecen la respuesta comunitaria ante emergencias. Estas alianzas permiten ampliar la red de contención y mejorar la eficacia operativa.
5. **Entrenamiento en técnicas de autocuidado** El personal debe practicar ejercicios que favorezcan la reorganización emocional y la preservación de su salud mental. El autocuidado no solo protege al interviniente, sino que mejora la calidad de la asistencia brindada (APA, 2020).
6. **Definición de roles operativos** Clarificar funciones y responsabilidades permite una intervención más ordenada y efectiva. Cada integrante debe conocer su rol en el terreno, según su formación y competencias.
7. **Establecimiento de protocolos específicos de actuación** Contar con pautas claras y adaptadas a cada tipo de evento reduce la incertidumbre y mejora la capacidad de respuesta. Además, permite reflexionar sobre las prácticas vigentes y promover su mejora continua.

DURANTE EL EVENTO

Objetivos específicos

- Minimizar el impacto psicológico y emocional inmediato, reduciendo el riesgo de desarrollar trastornos postraumáticos.
- Brindar recursos para realizar intervenciones breves, focalizadas y respetuosas, adaptadas a cada tipo de víctima.

Enfoque general

Durante una emergencia, el primer contacto con las personas afectadas es determinante para su estabilización emocional. En este momento, la víctima puede sentirse desbordada, desorientada o incapaz de afrontar la situación por sí sola (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2007). Por ello, el equipo interviniente debe actuar con empatía, claridad y contención, aplicando los principios de los Primeros Auxilios Psicológicos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

La intervención debe ser breve, no invasiva y centrada en la reorganización emocional. El objetivo no es resolver el problema en su totalidad, sino ofrecer un espacio seguro que permita a la persona recuperar el control sobre sus emociones y tomar decisiones básicas (American Psychological Association [APA], 2020).

Principios básicos de intervención

1. **Protección y contención emocional** Crear un entorno seguro, físico y emocional, que permita a la persona sentirse acompañada y protegida.
2. **Contacto empático** Establecer una conexión emocional mediante la escucha activa, el lenguaje corporal respetuoso y la validación de sentimientos.
3. **No juzgar las reacciones emocionales** Reconocer que cada persona reacciona de forma distinta ante el trauma. Evitar frases como “tranquilízate” o “no llores”, entre otras no recomendadas.
4. **Aceptar las limitaciones del momento** Reconocer que no todo puede resolverse en el instante crítico. La contención es más importante que la solución inmediata.
5. **Evaluar capacidades de respuesta** Observar el estado físico y cognitivo de la persona: movilidad, atención, comprensión, nivel de alerta.

6. **Brindar opciones concretas** Ofrecer alternativas simples y claras que devuelvan sensación de control.
7. **Promover acciones estimulantes** Invitar a la persona a realizar pequeñas acciones que la conecten con el entorno (ej. beber agua, moverse, hablar).
8. **Ofrecer información clara y veraz** Comunicar lo que está ocurriendo y lo que se espera, evitando tecnicismos o ambigüedades.

Procedimiento operativo de primer contacto

1. Presentación inicial

El/la interviniente debe presentarse con nombre, rol y propósito. Utilizar frases cortas, tono pausado y lenguaje cognitivo y/o asertivo. Preguntar el nombre de la persona afectada (previamente es ideal tener toda la información posible) y explicarle que está allí para ayudarla.

2. Posicionamiento corporal y contacto físico (solo con consentimiento)

Ubicarse a un costado, en diagonal a un metro de distancia utilizando contacto visual empático con la mirada a la altura de la mirada de la víctima. Si la persona lo permite, realizar un contacto breve en zonas seguras (hombro, antebrazo, muñeca o rodilla). Este contacto debe durar solo un segundo y servir para captar su atención visual. Nunca se debe tocar sin consentimiento explícito, ya que puede resultar invasivo o traumático (Herman, 1997). (Nuñez, D., Rosa Cafarelli, F., 2023)

“Tu cuerpo, tu templo. No invadir. Cada cuerpo es un templo que se debe respetar y preservar.”
(Nuñez, D., 2025)

3. Reorganización emocional mediante respiración guiada

Con consentimiento, se puede guiar a la persona en ejercicios/técnicas de respiración. Indicarle que coloque una mano sobre el pecho y otra sobre el abdomen. Acompañar el proceso con voz pausada, ayudando a identificar el ingreso del aire. Luego de dos respiraciones profundas, el reflejo vagal (descenso de los hombros) indicará que la persona comienza a tranquilizarse. Esta entre otras técnicas.

4. Comunicación respetuosa y asertiva

Una vez estabilizada, se puede brindar información pertinente. El trato debe ser empático, respetuoso y adaptado al tipo de pérdida que transita la persona (humana, emocional, material, etc.). En este momento, la víctima depende en gran medida del accionar del equipo interviniente, por lo que cada palabra y gesto debe ser cuidadosamente elegido. (Nuñez, D., Rosa Cafarelli, F., 2023)

Intervención práctica ante víctimas en situación de emergencia

Durante una crisis, el abordaje inicial con las personas afectadas debe centrarse en la contención emocional, la empatía y el respeto por los tiempos y necesidades individuales. La intervención debe ser breve, focalizada y orientada a reducir el impacto psicológico inmediato, favoreciendo la reorganización emocional y la recuperación del control subjetivo (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2007; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

A continuación se presentan los aspectos operativos clave para la intervención directa:

1. Protección y contención emocional

La prioridad es que la persona se sienta protegida y a resguardo. Para ello, se deben organizar espacios seguros, tranquilos y amables que funcionen como centros de reunión y aproximación. Estos espacios deben facilitar la expresión emocional y la estabilización psicológica, evitando estímulos que puedan intensificar el malestar (Herman, 1997).

2. Contacto empático

El contacto inicial debe ser verbal, emocional y visual. Es recomendable sostener la mirada a la altura de los ojos de la persona, presentarse con nombre y rol, y ofrecer ayuda concreta (APA, 2020). Si la situación lo permite y con consentimiento explícito, se puede ofrecer contacto físico breve (por ejemplo, tomar la mano), o brindar agua o una infusión caliente como gesto de cuidado. El entorno debe ser cómodo y seguro, propicio para que la persona

comience a poner en palabras lo sucedido. Se sugiere utilizar lenguaje cognitivo y preguntas concretas para facilitar la organización narrativa del evento.

3. No juzgar las emociones emergentes

Es esencial evitar emitir juicios sobre las reacciones emocionales de la persona. Cada individuo procesa el trauma de manera singular. El rol del interviniente es acompañar, validar y contener, sin dirigir ni interpretar las emociones expresadas. Las técnicas aplicadas deben favorecer la reorganización emocional y la conexión con la realidad, sin imponer narrativas externas (OMS, 2013).

4. Reconocer las propias limitaciones

El personal interviniente debe aceptar que no todo puede resolverse en el momento crítico. Reconocer las propias limitaciones es un acto de responsabilidad profesional. Si el interviniente atraviesa un estado emocional que compromete su estabilidad, es recomendable solicitar apoyo al equipo. La intervención en emergencias es colectiva, y el autocuidado del personal es parte de la eficacia operativa (APA, 2020).

5. Evaluación de capacidades de la persona o grupo afectado

Una vez establecido el contacto, se debe evaluar la orientación espacio-temporal de la persona mediante preguntas simples: nombre, lugar de residencia, fecha actual, etc. Esta información permite valorar el nivel de conciencia, comprensión y recursos disponibles. También es útil indagar sobre lo sucedido, respetando los tiempos de respuesta y evitando interrupciones. Observar si hay negación, atribución de culpas o disociación emocional ayuda a comprender el estado psicológico. Además, se debe identificar si la persona tiene preocupaciones por familiares o allegados, y facilitarles los medios para contactarlos. El objetivo es promover una actitud activa frente al evento, favoreciendo el afrontamiento (Herman, 1997; IASC, 2007).

6. Brindar opciones

Las personas en crisis suelen experimentar bloqueo cognitivo, lo que dificulta la identificación de alternativas. El personal interviniente puede facilitar una lista breve y

concreta de opciones, ayudando a recuperar el sentido de control y autonomía (American Psychological Association [APA], 2020).

7. Promover acciones concretas y estimulantes

Una vez que la persona comienza a afrontar activamente la situación, es recomendable estimularla para que realice pequeñas acciones significativas. Estas pueden estar vinculadas a objetivos inmediatos o tareas simples que refuercen su capacidad de agencia. El acompañamiento debe ser gradual, respetando los tiempos individuales (Herman, 1997).

8. Ofrecer información

Brindar información clara y útil sobre recursos disponibles es una forma de extender la contención más allá del momento crítico. La intervención es breve, pero sus efectos emocionales pueden perdurar. Por ello, es fundamental orientar a la persona sobre servicios de salud mental, redes de apoyo y canales institucionales (OMS, 2013).

Evaluación y ponderación emocional

La evaluación emocional permite clasificar a las personas afectadas según el nivel de urgencia y vulnerabilidad, optimizando el uso de recursos humanos e institucionales. Esta clasificación se basa en dos principios:

- 1. Asistir al mayor número de personas, priorizando según su estado emocional y psicológico.
- 2. Utilizar de forma eficiente los recursos disponibles, evitando sobrecarga operativa.

Tabla 1: Códigos de prioridad

CODIGO	NIVEL DE URGENCIA	TIEMPO DE INTERVENCION	DESCRIPCION

Rojo	Urgencia absoluta	Inmediata	Estado crítico con riesgo vital y afectación integral.
Naranja	Emergencia	< 20 minutos	Riesgo significativo para la salud mental y emocional.
Amarillo	Urgencia	< 1 hora	Estado medianamente crítico, riesgo potencial.
Verde	No riesgoso	< 3 horas	Estado levemente crítico, sin riesgo inmediato.
Blanco	No urgente	< 4 horas	Estado estable, sin compromiso emocional relevante.

Comunicación en emergencias

La comunicación efectiva es uno de los desafíos más complejos en contextos de crisis. Requiere precisión, empatía y dominio técnico. Las siguientes pautas ayudan a mejorar la calidad comunicacional del equipo interviniente:

Principios generales

- Utilizar lenguaje claro, sin adjetivaciones innecesarias.
- Evitar interpretaciones subjetivas o ambiguas.
- Demostrar seguridad en la comunicación verbal, no verbal y escrita.
- Entrenar habilidades comunicacionales en todo el equipo operativo.

Habilidades clave

1. Escucha activa.
2. Silencio respetuoso durante la expresión del interlocutor.
3. Evitar juicios de valor.
4. Utilizar lenguaje cognitivo.
5. Practicar la asertividad.

6. Fomentar la empatía.
7. Observar la comunicación no verbal.

Recomendaciones operativas

- Identificar actores clave en el escenario.
- Elaborar mensajes breves y comprensibles.
- Evitar tecnicismos y afirmaciones no verificadas.
- Controlar la propia reacción emocional.
- Practicar previamente los mensajes a transmitir.
- Asegurar un entorno físico adecuado para la comunicación.
- Elegir el momento oportuno para transmitir información.
- Evitar silencios prolongados o hermetismo innecesario.

Comunicación con medios de prensa

Si se autoriza institucionalmente brindar información a los medios, se deben respetar los principios rectores de la organización:

- Utilizar lenguaje claro y frases breves.
- Ser cauteloso/a con los datos compartidos.
- Priorizar la información general antes que los detalles específicos.
- Evitar afirmaciones que comprometan la privacidad o seguridad de las personas involucradas.

Recomendaciones éticas para la actuación

- No culpabilizar a la persona por lo que dice o siente.
- Respetar sus creencias religiosas y culturales.
- En el caso de niños, niñas y adolescentes, consultar si identifican a un referente adulto y contactar al mismo.
- Garantizar su derecho a ser escuchados y que su opinión sea considerada según su edad y madurez (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989), y que su opinión sea tomada primordialmente en las decisiones que lo afecten, de acuerdo a su edad y grado de madurez.

Intervención después del evento

Objetivo específico

Intervenir en la etapa posterior a la emergencia con víctimas directas, indirectas y personal interviniente, promoviendo el cuidado emocional, el manejo del estrés y la prevención de efectos traumáticos.

1. Observación y atención a las reacciones post-evento

Tras una intervención en crisis, es esperable que el personal interviniente experimente reacciones emocionales, cognitivas, físicas y sociales. Estas respuestas no deben interpretarse como patológicas, sino como manifestaciones naturales ante situaciones de alta tensión (Herman, 1997; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

Reacciones comunes:

- **Cognitivas:** disociación, disminución de la confianza, confusión, desorientación, hipervigilancia, dificultades de concentración y memoria.
- **Emocionales:** shock, miedo, culpa (por haber sobrevivido o no haber podido ayudar), desesperanza, ansiedad, impotencia.
- **Físicas:** insomnio, cefaleas, pérdida de apetito, disminución de la energía y la libido, somatizaciones.
- **Sociales:** retraimiento, irritabilidad, conflictos interpersonales, evitación.

Si estas reacciones persisten más allá de las 72 horas posteriores al evento, previa aplicación de técnicas preventivas de reorganización emocional y/o reordenamiento emocional, se recomienda consultar con un profesional de la salud mental. Esta acción debe ser entendida como un gesto de responsabilidad y autocuidado, no como signo de debilidad. El acompañamiento profesional favorece la recuperación emocional y fortalece el entorno laboral y afectivo (American Psychological Association [APA], 2020).

2. Abordaje y manejo del estrés

Durante la intervención, el personal transita una fase de estrés agudo. Si no se aplican medidas preventivas de autocuidado, estas reacciones pueden evolucionar hacia cuadros traumáticos como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), especialmente si persisten más allá de las ocho semanas (OMS, 2013).

Riesgos asociados:

- **TEPT:** puede surgir si las reacciones agudas no se abordan adecuadamente.
- **DESNOS** (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified): forma crónica de estrés postraumático, vinculada a exposiciones prolongadas a eventos traumáticos. Requiere atención clínica especializada.

La intervención temprana, el acompañamiento profesional y la implementación de estrategias de reorganización/reordenamiento emocional son fundamentales para evitar la cronificación del malestar (IASC, 2007).

3. Medidas de autocuidado

La prevención post-evento es posible mediante el fortalecimiento de hábitos saludables y estrategias de afrontamiento. Estas medidas no solo protegen al personal interviniente, sino que también garantizan una atención/intervención más eficaz a las personas afectadas.

Recomendaciones clave:

- Mantener una rutina de descanso adecuada (8 horas).
- Realizar actividad física regular.
- Sostener una alimentación equilibrada.
- Fomentar espacios de ocio, recreación y contacto afectivo-social.
- Planificar el tiempo libre y evitar sobrecarga laboral.
- Reconocer las propias emociones sin juzgarlas.
- Evitar intervenir en crisis si se arrastra “deuda de sueño” o desequilibrio emocional.

El estrés no es una enfermedad, pero puede generar enfermedades que comprometan la vida si no se gestiona adecuadamente (APA, 2020).

No se espera del personal interviniente un comportamiento heroico. El sobreesfuerzo puede ser contraproducente, generando mayor desgaste emocional, errores operativos y riesgos para la salud física y mental. La cultura del autocuidado debe reemplazar la lógica del sacrificio silencioso.

Manejo del duelo en el personal de emergencias

Objetivo

Brindar herramientas conceptuales y operativas para el abordaje del duelo en personal de primera respuesta, promoviendo el autocuidado, la empatía y la prevención de reacciones disfuncionales ante la pérdida.

1. Comprensión del duelo en contextos de emergencia

El duelo es una experiencia universal que adopta múltiples formas y significados. Puede manifestarse como dolor, aflicción, tristeza o vacío, y se activa ante la pérdida de un ser querido, de un vínculo significativo o incluso de una expectativa vital (Bowlby, 1980).

“El duelo comprende todos los procesos psicológicos, conscientes o inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera sea el resultado” (Bowlby, 1980, p. 85).

En el caso del personal de primera respuesta (bomberos/as, policías, rescatistas, etc.), el duelo puede adquirir características particulares:

- Vivencia anticipada de la propia muerte.
- Sentimiento de impotencia ante la muerte del otro.
- Culpa, temor, vulnerabilidad, tristeza, fracaso.
- Reacciones defensivas inadecuadas, como ira o negación.

La exposición frecuente a la muerte no garantiza una adecuada preparación emocional. De hecho, muchos profesionales carecen de formación específica en manejo del duelo, lo que puede derivar en vínculos superficiales con las víctimas o en malestar emocional persistente (Worden, 2009).

2. Impacto emocional y necesidad de apoyo

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) señala que un equipo de intervención solo podrá enfrentar adecuadamente la muerte si:

- Dispone de fuentes de apoyo emocional.
- Ha procesado sus propios duelos.
- Posee capacidad para tolerar el estrés.

El duelo no elaborado puede afectar la calidad de la atención, generar desgaste profesional y comprometer la salud mental del interviniente. Por ello, se recomienda fomentar espacios de reflexión, supervisión y acompañamiento psicológico.

3. Recomendaciones para el entorno físico y actitud profesional

Espacio físico

- Disponer de un lugar privado y confortable.
- Silenciar dispositivos electrónicos.
- Sentarse frente a la persona, transmitiendo disponibilidad y respeto.

Actitudes recomendadas

- No culpabilizar a la persona por lo que siente o expresa.
- Respetar creencias religiosas y culturales, aunque no se compartan.
- Incluir a todas las personas afectadas, sin discriminación.
- En el caso de niños, niñas y adolescentes, consultar a referentes adultos o al juez interviniente.
- Reconocer que la muerte súbita o inesperada requiere un abordaje especial.

4. Modelo de duelo: teoría de Kübler-Ross

Elizabeth Kübler-Ross (1969) propuso un modelo de cinco etapas que describen el proceso de adaptación psicológica ante la pérdida:

1. **Negación**
2. **Ira**
3. **Negociación o pacto**
4. **Depresión**
5. **Aceptación**

Estas etapas no son lineales ni universales. Cada persona puede transitar el duelo de forma única, retrocediendo o avanzando entre fases según su contexto emocional y social.

5. Autocuidado en el duelo

El autocuidado es una herramienta clave para prevenir el desgaste emocional y fortalecer la salud integral del personal interviniente. Se recomienda:

- Mantener hábitos de higiene.
- Dormir adecuadamente (8 horas)
- Alimentarse de forma saludable.
- Realizar actividad física.
- Expresar emociones y sentimientos.
- Reservar momentos de tranquilidad.
- Buscar apoyo en vínculos afectivos.
- Consultar a profesionales de salud mental si se considera necesario.

Blindaje psicológico en zona de operaciones

Aplicado a emergencias, desastres, intervenciones en intentos de suicidio y escenarios de negociación, dirigido a personal interviniente, víctimas y medios de comunicación.

Objetivo

Establecer medidas de protección emocional, organizativa y comunicacional para garantizar la seguridad psicosocial de todos los actores involucrados en una intervención en el lugar del hecho, minimizando el impacto traumático y optimizando la eficacia operativa de los equipos. Espacio de trabajo técnico y emocional, libre de interferencias externas.

Fase 1: Llegada al lugar del evento

- Se debe arribar al lugar de forma sigilosa y en el menor tiempo posible.

- A un kilómetro o más del lugar del hecho, se recomienda desactivar sirenas y balizas para preservar el entorno emocional y físico de la víctima (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2007).
- Los mandos operativos deben solicitar ambulancia, personal de salud y seguridad para garantizar el resguardo del área.
- Al llegar, se debe realizar una evaluación situacional general y solicitar todos los equipos y refuerzos necesarios.

Fase 2: Organización del espacio operativo

Se recomienda implementar en acuerdo al **Sistema de Comando de Incidentes (SCI)** tres áreas de contención delimitadas mediante el blindaje psicológico:

Área 1 – Contención emocional y psicológica operativa

Exclusiva para equipos intervinientes.

Área 2 – Contención familiar

Destinada a familiares y personas cercanas a la/s víctima/s. Debe ubicarse a una distancia prudente del área operativa y del SCI. El personal que coordina el blindaje psicológico brinda contención emocional y orientación, libre de interferencias externas, evitando que interfieran en las tareas operativas todo actor social y persona ajena a esta finalidad.

Área 3 – Contención pública y medios

Espacio destinado a mantener al público general y a los medios de comunicación a distancia segura. Se debe evitar la intromisión en las tareas, garantizando la seguridad de todos los presentes.

Cada área debe tener una única entrada/salida, controlada por personal especializado en coordinación con la autoridad del SCI.

Fase 3: Seguridad personal y colectiva

- Cada integrante del equipo que coordina y está afectado al blindaje psicológico debe priorizar su seguridad física y emocional.
- Se debe utilizar equipo de protección individual homologado según el tipo de intervención.
- El cuidado del equipo, de las víctimas y de sus allegados es esencial para evitar situaciones límite o la generación de nuevas víctimas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

Fase 4: Intervención comunicacional preventiva

La comunicación debe realizarse por aproximación gradual, respetando los espacios emocionales de la víctima y los límites éticos de acuerdo a la intervención.

Recomendaciones:

- Iniciar el contacto en posición diagonal como forma de protección mutua.
- Mantener la mirada empática a la misma altura de la mirada de la víctima.
- Utilizar tono neutro, claro y pausado.
- Aplicar escucha activa, comunicación mediante lenguaje cognitivo, asertivo y no violento (American Psychological Association [APA], 2020).
- Evitar vocabulario ofensivo, juicios de valor o interpretaciones invasivas.
- Respetar las particularidades socioculturales del contexto.
- Practicar automodulación ética y deontológica ante situaciones complejas.

El objetivo comunicacional es sostener el sentido de vida en el discurso de la víctima, sin invadir ni imponer.

Blindaje psicológico: Prevención de revictimización.

La implementación del blindaje psicológico en zonas de operaciones es un componente esencial de este modelo, especialmente en contextos de emergencias y desastres, crisis humanitarias, situaciones de alto impacto emocional y situaciones de riesgo suicida. Este blindaje actúa como una barrera protectora que previene la revictimización de personas afectadas, coordinado por medio de un equipo de profesionales especializados en Psicología de la Emergencia, quienes realizarán una intervención única en duración de tiempo (durante todo el tiempo requerido y necesario), siendo estos/as profesionales los únicos/as en tener y mantener contacto directo y pleno junto a las víctimas y/o personas afectadas, con un comienzo concreto y un final concreto de intervención, es decir, que este personal profesional especializado no realizará seguimientos ni otra acción que no sea la pertinente al blindaje psicológico en la zona delimitada, garantizando de esta manera una atención ética, empática y centrada en el respeto, la dignidad y los Derechos Humanos, evitando cualquier intromisión innecesaria de terceras personas por fuera de esta coordinación que podrían generar revictimización. A solicitud de las víctimas y/o personas afectadas es recomendable abrir espacios de solicitudes específicas con la finalidad de cubrir cualquier necesidad priorizando siempre la protección, soporte y contención de las mismas.

En escenarios de emergencia, las víctimas pueden experimentar una sobreexposición emocional, lo que incrementa el riesgo de retraumatización. El blindaje psicológico busca minimizar este impacto mediante intervenciones breves, contención

emocional, escucha activa y estrategias de estabilización. Es vital que el personal profesional especializado interviniente evite preguntas invasivas, juicios o actitudes que revivan el trauma.

Este enfoque también protege al equipo operativo, reduciendo el desgaste por empatía y el estrés agudo. La formación en primeros auxilios psicológicos, manejo del estrés y negociación en crisis permite una intervención más segura y eficaz. En los casos de intervención preventiva en intento de suicidio, el blindaje psicológico favorece la conexión humana sin invadir, promoviendo la esperanza y la contención.

Además, en contextos de ayuda humanitaria, el blindaje psicológico garantiza que la asistencia no se convierta en una nueva fuente de sufrimiento. Se promueve el respeto por los tiempos emocionales de cada persona, evitando la exposición innecesaria a estímulos traumáticos. La pedagogía aplicada en estos entornos permite capacitar a los equipos en prácticas preventivas, fomentando una cultura de cuidado emocional.

En suma, el blindaje psicológico no solo protege a las víctimas, sino que fortalece la ética de la intervención, promueve la resiliencia y asegura que la ayuda brindada sea verdaderamente humanitaria. Es un pilar fundamental del trabajo en equipo..

Este protocolo ha sido concebido como una herramienta integral, operativa y formativa para la intervención en situaciones de emergencia, crisis, desastres y eventos críticos, con especial énfasis en la contención emocional, la negociación en escenarios de riesgo y el cuidado del personal interviniente. Su estructura responde a los lineamientos internacionales establecidos por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Comité Permanente entre Organismos (IASC), la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (EIRD), y las recomendaciones de la American Psychological Association (APA).

El abordaje propuesto se fundamenta en principios de ética humanitaria, respeto por la dignidad de las personas, y promoción de la salud mental comunitaria. Cada sección del modelo —Antes, Durante y Después del evento— ha sido diseñada para ofrecer pautas claras, adaptables y culturalmente sensibles, que permitan actuar con eficacia y humanidad en los momentos más vulnerables de la vida de las personas.

Asimismo, se reconoce que el trabajo en emergencias no solo implica la asistencia técnica, sino también el compromiso emocional, la capacidad de escucha, la empatía activa y el blindaje psicológico del propio equipo. Por ello, se han incorporado anexos de operatividad psicológica que permiten aplicar este protocolo en terreno, en simulacros, en capacitaciones y en espacios institucionales de formación continua.

Este modelo no pretende ser una respuesta definitiva, sino una base sólida sobre la cual construir, revisar y mejorar las prácticas de intervención en emergencias. Su actualización permanente será necesaria para responder a los desafíos cambiantes del contexto social, sanitario y climático, así como a las nuevas formas de sufrimiento psicosocial que emergen en las comunidades.

Se reafirma de este modo el compromiso con la promoción de una cultura de la prevención, el cuidado mutuo y la resiliencia colectiva. Porque intervenir en emergencias no es solo asistir: es sostener, acompañar, proteger y, sobre todo, humanizar.

ANEXOS OPERATIVOS.

Negociación – Ayuda Humanitaria – Psicología de la Emergencia

Anexo I – Ficha de Evaluación Emocional Inicial

Objetivo: Registrar el estado emocional de la persona afectada durante el primer contacto.

ITEM	DESCRIPCION	OBSERVACIONES
Nombre de la persona		
Edad aproximada		
Estado emocional observado	Tranquilo / Ansioso / Desorientado / Agitado / Silencioso / Llanto	
Nivel de comunicación	Verbal / No verbal / Incoherente / Mutismo	
Presencia de familiares o acompañantes	Sí / No	
Riesgo de descompensación emocional	Bajo / Medio / Alto	
Derivación necesaria	Psicólogo / Psiquiatra / Médico / Otro	

Anexo II – Guía de Comunicación en Emergencias

Objetivo: Establecer pautas para una comunicación efectiva, empática y segura.

Principios clave:

- Usar lenguaje claro, breve y sin tecnicismos.
- Validar emociones sin juzgar: “Es comprensible que te sientas así.”
- Evitar promesas que no puedan cumplirse.
- Mantener contacto visual y postura abierta.
- Repetir información clave si hay confusión.
- Evitar frases como “Tranquilízate” o “No llores”.

Frases sugeridas:

- “Estoy acá para ayudarte.”
- “Lo que estás sintiendo es normal en una situación como esta.”
- “Vamos a ir paso a paso, y estoy con vos en esto.”

Anexo III – Protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

Objetivo: Aplicar intervenciones breves para estabilizar emocionalmente a personas afectadas.

Pasos del PAP:

1. **Aproximación segura:** Verificar que el entorno sea seguro para intervenir.
2. **Contacto inicial:** Presentarse, explicar el rol y ofrecer ayuda.
3. **Escucha activa:** Permitir que la persona se exprese sin interrupciones.
4. **Validación emocional:** Reconocer el impacto del evento.
5. **Normalización de reacciones:** Explicar que las respuestas son esperables.
6. **Orientación práctica:** Brindar información clara sobre próximos pasos.
7. **Derivación o acompañamiento:** Según necesidad, canalizar hacia profesionales.

Anexo IV – Checklist de Autocuidado para Personal Interviniente

Objetivo: Promover el bienestar físico y emocional del equipo operativo.

Antes de la intervención:

- Dormir al menos 8 horas. (muy necesario)
- Hidratación adecuada.
- Revisión emocional personal (¿Estoy en condiciones de intervenir?).

Durante la intervención:

- Pausas breves cada 90 minutos.
- Comunicación constante con el equipo.
- Evitar sobreexposición a escenas traumáticas.

Después de la intervención:

- Espacio de desactivación emocional.
- Registro de experiencias (bitácora).
- Supervisión psicológica grupal.

Anexo V – Protocolo de Interacción con Medios de Comunicación

Objetivo: Garantizar una comunicación responsable y ética con la prensa.

Indicaciones:

- Toda declaración debe ser autorizada por el responsable institucional.
- Evitar difundir datos personales o sensibles de víctimas.
- En caso de entrevistas, utilizar lenguaje técnico accesible.
- Priorizar mensajes que promuevan calma, contención y prevención.

Ejemplo de mensaje institucional:

“El equipo de intervención está trabajando para brindar contención emocional a las personas afectadas. Recomendamos a la comunidad mantenerse informada por canales oficiales y evitar la difusión de imágenes que puedan generar mayor impacto emocional.”

ANEXOS PSICOPERATIVOS -

“ANTES DEL EVENTO”

Protocolo de Intervención en Emergencias – Modelo NAHYPER

Anexo I – Ficha de Preparación del Personal Interviniente

Objetivo: Evaluar el estado físico, emocional y técnico del personal antes de la intervención.

ITEM	DESCRIPCION	OBSERVACIONES
Nombre del interviniente		
Rol asignado	Psicólogo / Negociador / Logística / Coordinador	
Formación específica en psicología de la emergencia	Sí / No	
Última capacitación recibida	Fecha / Tipo	
Estado emocional previo	Equilibrado / Ansioso / Fatigado / Otro	
Horas de sueño previas	< 4 / 4-6 / > 6	
Condiciones físicas	Apto / Requiere atención / Otro	
Autopercepción de disponibilidad emocional	Alta / Media / Baja	
Recomendación operativa	Apto / Requiere supervisión / No apto	

Anexo II – Lista de Verificación Pre-Operativa (Checklist)

Objetivo: Asegurar que el equipo interviniente cuenta con los recursos mínimos necesarios antes de la activación.

Condiciones personales:

- Dormí al menos 6 horas. (necesario 8 hs.)

- Me encuentro emocionalmente disponible.
- No presento síntomas físicos que comprometan mi desempeño.
- He informado cualquier malestar previo al coordinador.

Condiciones técnicas:

- Cuento con identificación institucional.
- Dispongo de equipo de protección personal (EPP).
- Tengo acceso a comunicación interna (radio, celular).
- Conozco el protocolo de activación y roles asignados.

Condiciones grupales:

- Se realizó reunión de briefing previa.
- Se definieron roles y responsables.
- Se revisaron rutas de acceso y puntos de encuentro.
- Se estableció contacto con el Sistema de Comando de Incidentes (SCI).

Anexo III – Simulación de Escenarios Críticos

Objetivo: Entrenar al personal en situaciones hipotéticas de crisis para fortalecer habilidades de afrontamiento y toma de decisiones.

Ejercicio sugerido:

- Tipo de evento: intento de suicidio en espacio público.
- Participantes: psicólogo/a, negociador/a, observador/a, coordinador/a.
- Duración: 45 minutos + 15 minutos de debriefing.
- Recursos: cronómetro, grabación de audio, espacio delimitado.
- Evaluación: observación de lenguaje verbal/no verbal, uso de técnicas de contención, claridad comunicacional.

Indicadores de desempeño:

- Capacidad de escucha activa.
- Uso de lenguaje asertivo.

- Regulación emocional ante el simulacro.
- Coordinación con el equipo.

ANEXOS OPERATIVOS – SECCIÓN “DURANTE EL EVENTO”

Protocolo de Intervención en Emergencias – Modelo NAHYPER

Anexo I – Guía de Primer Contacto con Víctimas

Objetivo: Establecer pautas claras para el abordaje inicial con personas afectadas por una emergencia o situación crítica.

Procedimiento:

1. Presentarse con nombre, rol y propósito de intervención.
2. Ubicarse a la altura visual de la víctima, preferentemente en posición diagonal.
3. Utilizar tono de voz neutro, pausado y claro.
4. Sostener contacto visual empático sin invadir el espacio personal.
5. Aplicar escucha activa y lenguaje cognitivo-assertivo.
6. Evitar juicios, interpretaciones o frases como “tranquilízate” o “no llores”.
7. Validar emocionalmente lo expresado por la persona.
8. Brindar información concreta sobre lo que está ocurriendo y lo que se espera.

Anexo II – Ficha de Evaluación Emocional Inicial

Objetivo: Registrar el estado emocional y cognitivo de la persona afectada para orientar la intervención. (para aplicar por profesionales de la salud mental).

ITEM	DESCRIPCION	DESARROLLO
Nombre de la persona		
Edad aproximada		
Estado emocional observado	Tranquilo / Ansioso / Desorientado / Agitado /	

	Silencioso / Llanto	
Nivel de comunicación	Verbal / No verbal / Incoherente / Mutismo	
Orientación espacio - temporal	Conservada / Parcial / Ausente	
Riesgo emocional	Bajo / Medio / Alto	
Necesidad de derivación	Sí / No / En evaluación	

Anexo III – Triage psicológico. Clasificación de Urgencia Emocional (Códigos de Prioridad).

El triage psicológico es una herramienta esencial en contextos de emergencia, desastres o crisis que permite clasificar a las personas afectadas según la gravedad de su estado emocional y mental, priorizando la atención y asignando recursos de forma eficiente. El triage psicológico debe ser realizado por profesionales capacitados en salud mental, idealmente en los primeros minutos u horas tras una crisis. Su objetivo no es diagnosticar, sino priorizar y derivar adecuadamente.

Se puede aplicar en:

- Desastres naturales.
- Accidentes masivos.
- Situaciones de violencia.
- Crisis migratorias.
- Crisis sociales.
- Emergencias hospitalarias.

Objetivo: Determinar el nivel de urgencia psicológica para organizar la atención según recursos disponibles.

Ejes del triage psicológico

El triage psicológico se estructura sobre varios ejes que permiten evaluar integralmente a la víctima.

1. Eje clínico/psiquiátrico:

Presencia de síntomas psicóticos, delirantes o disociativos.

Lesiones autolesivas o heteroagresivas.

Alteración grave del juicio de realidad.

2. Eje comunicacional:

Capacidad de expresar necesidades, emociones y pensamientos.

Coherencia del discurso. Orientación temporoespacial.

3. Eje funcional:

Nivel de autonomía para actividades básicas.

Capacidad de tomar decisiones y cuidar de si mismo.

4. Eje de riesgo:

Evaluación de riesgo suicida, homicida o de descompensación.

Presencia de factores precipitantes (duelo, violencia, abuso, catástrofe).

5. Eje emocional:

Intensidad y tipo de emociones predominantes (miedo, ira. Tristeza, culpa).

Capacidad de autoregulación emocional.

6. Eje contextual:

Red de apoyo disponible.

Acceso a recursos sociales, médicos y psicológicos.

Historia previa de trastornos mentales o traumas.

CODIGO	NIVEL DE URGENCIA	TIEMPO DE INTERVENCION	ESCRIPCION
Rojo	Emergencia vital. Riesgo inmediato para la vida o integridad física/psíquica. Conducta violenta, delirios, intento suicida activo.	Atención inmediata	Riesgo vital o emocional extremo.
Naranja	Urgencia grave. Riesgo alto de daño a sí mismo o a terceros. Ideas suicidas, automutilación, descompensación aguda.	Atención en menos de 30 minutos.	Riesgo significativo para la salud mental.
Amarillo	Urgencia moderada. Síntomas psiquiátricos exacerbados en las últimas 72 horas. Ansiedad severa, ataques de pánico, desorientación.	Atención en menos de 1 hora.	Estado crítico con riesgo potencial.
Verde	Urgencia leve. Malestar emocional sin riesgo	Atención puede esperar 4 horas.	Estado levemente crítico, sin riesgo inmediato.

	inmediato. Tristeza, insomnio, irritabilidad. Atención puede esperar algunas horas.		
Blanco	Sin urgencia. No se requiere intervención inmediata.	Atención puede esperar 5 horas. Puede derivarse a atención ambulatoria o seguimiento.	Estado estable, sin compromiso emocional relevante.

Anexo IV – Guía de Comunicación en Emergencias

Objetivo: Promover una comunicación efectiva, empática y segura en contextos de crisis.

Principios clave:

- Lenguaje claro, sin tecnicismos ni adjetivaciones innecesarias.
- Escucha activa y silencios respetuosos.
- Evitar juicios de valor.
- Practicar la asertividad y la empatía.
- Observar la comunicación no verbal.
- Controlar la propia reacción emocional.
- Transmitir información breve, precisa y verificada.

Recomendaciones psicoperativas:

- Identificar actores clave en el escenario.
- Elaborar mensajes comprensibles y adaptados al contexto.
- Elegir el momento adecuado para comunicar.
- Asegurar un entorno físico protegido para el intercambio.
- Evitar sobreinformación o silencios prolongados.

Anexo V – Protocolo de Interacción con Medios de Comunicación

Objetivo: Regular el vínculo con medios de prensa para proteger la integridad de las víctimas y del equipo interviniente.

Indicaciones:

- Toda declaración debe estar autorizada por la autoridad institucional.
- Evitar difundir datos sensibles o no verificados.
- Utilizar lenguaje técnico accesible y frases breves.
- Priorizar mensajes que promuevan calma, contención y prevención.
- No brindar detalles específicos del evento ni de las personas involucradas.

ANEXOS PSICOPERATIVOS – SECCIÓN “DESPUÉS DEL EVENTO”

- **Protocolo de Intervención en Emergencias – Modelo NAHYPER**
- **Anexo I – Ficha de Autoevaluación Post-Intervención**
- **Objetivo:** Permitir al personal interviniente identificar reacciones emocionales, cognitivas y físicas posteriores a la intervención.

ITEM	DESCRIPCION	OBSERVACIONES
Nombre del interviniente		
Fecha de la intervención		
Tipo de evento	Suicidio / Desastre / Emergencia/ Crisis comunitaria / Otro	
Reacciones cognitivas	Confusión / Hipervigilancia / Dificultad de concentración / Ninguna	
Reacciones emocionales	Ansiedad / Culpa / Tristeza / Irritabilidad / Ninguna	

Reacciones físicas	Insomnio / Fatiga / Cefaleas / Pérdida de apetito / Ninguna	
Reacciones sociales	Retraimiento / Conflictos / Evitación / Ninguna	
¿Persisten síntomas después de 72 horas?	Sí / No	
¿Se considera necesaria consulta profesional?	Sí / No	

Anexo II – Guía de Manejo del Estrés Post-Evento

Objetivo: Brindar pautas para la gestión emocional del personal interviniente en las horas y días posteriores a la intervención.

Recomendaciones clave:

- Realizar ejercicios de respiración consciente (3 veces al día, 5 minutos).
- Evitar sobreexposición a noticias o redes sociales relacionadas con el evento.
- Dormir al menos 7–8 horas por noche.
- Mantener una alimentación equilibrada.
- Realizar actividad física moderada (caminar, estiramientos, yoga).
- Conversar con colegas o personas de confianza sobre lo vivido.
- Evitar el aislamiento emocional.
- Solicitar acompañamiento psicológico si las reacciones persisten más de 72 horas.

“El estrés no es una enfermedad, pero puede generar enfermedades si no se gestiona adecuadamente”

(Organización Mundial de la Salud, 2013).

Anexo III – Protocolo de CAVI – Circulo Activo Vital integrador

Objetivo: Facilitar un espacio grupal de cierre emocional y técnico posterior a la intervención.

Duración sugerida: 45–60 minutos **Coordinador:** Psicólogo/a del Equipo NAHYPER

Participantes: Todo el personal interviniente en el evento

Estructura:

1. **Introducción:** Presentación del objetivo del encuentro.
2. **Narración:** Cada participante relata brevemente su experiencia.
3. **Identificación emocional:** Se reconocen emociones vividas.
4. **Validación grupal:** Se normalizan las reacciones.
5. **Refuerzo de recursos personales:** Se destacan fortalezas individuales.
6. **Cierre:** Se ofrece orientación para seguimiento individual si es necesario.
7. **Anexo IV – Registro de Seguimiento Psicológico**
8. **Objetivo:** Documentar el seguimiento emocional del personal interviniente en las semanas posteriores al evento. (debe realizarse por profesionales de la salud mental únicamente en caso de considerarse necesario).

FECHA	NOMBRE	EVENTO	REACCIONES PERSISTENTES	DERIVACION REALIZADA	OBSERVACIONES

Frecuencia recomendada: 1 vez por semana durante las primeras 4 semanas post-evento.

Anexo V – Guía de Autocuidado Preventivo Post-Intervención

Objetivo: Promover hábitos saludables que favorezcan la recuperación emocional y física del personal.

Estrategias sugeridas:

- Planificar actividades recreativas no vinculadas al trabajo.
- Evitar conductas de sobreesfuerzo o “heroísmo operativo”.
- Mantener contacto con redes afectivas.
- Practicar técnicas de relajación (respiración, mindfulness, visualización).
- Establecer límites claros entre vida laboral y personal.
- Reconocer que pedir ayuda es un acto de responsabilidad profesional.

ANEXOS PSICOPERATIVOS – SECCIÓN “MANEJO DEL DUELO EN EL PERSONAL DE EMERGENCIAS”

Protocolo de Intervención en Emergencias – Modelo NAHYPER

Anexo I – Ficha de Detección de Reacciones de Duelo

Objetivo: Identificar manifestaciones emocionales, cognitivas, físicas y sociales en el personal interviniente tras la exposición a situaciones de muerte o pérdida. (debe realizarse por profesionales de la salud mental únicamente en caso de considerarse necesario).

ITEM	DESCRIPCION	OBSERVACIONES
Nombre del interviniente		
Fecha del evento		
Tipo de pérdida presenciada	Muerte súbita / Suicidio / Desastre / Otro	
Reacciones emocionales	Tristeza / Culpa / Ira / Entumecimiento / Desesperanza	
Reacciones cognitivas	Negación / Confusión / Rumiación / Dificultad de concentración	
Reacciones físicas	Fatiga / Insomnio / Somatización / Pérdida de apetito	
Reacciones sociales	Retraimiento / Irritabilidad / Evitación / Conflictos	
¿Se identifica necesidad de acompañamiento profesional?	Sí / No	

Anexo II – Guía de Intervención Psicoeducativa sobre Duelo

Objetivo: Brindar herramientas conceptuales y prácticas para el abordaje del duelo en personal de primera respuesta.

Contenidos sugeridos para talleres o capacitaciones:

- Definición de duelo y tipos de pérdida.
- Modelo de las cinco etapas de Kübler-Ross: negación, ira, negociación, depresión, aceptación.
- Diferencias entre duelo normal, complicado y patológico.
- Impacto del duelo en profesionales expuestos a la muerte.
- Estrategias de afrontamiento y autocuidado.
- Recursos institucionales disponibles para acompañamiento.

Duración sugerida: 90 minutos **Modalidad:** Presencial o virtual **Materiales:**

Presentación audiovisual, guías impresas, espacio de reflexión grupal

Anexo III – Protocolo de Contención en Duelo para Equipos Operativos

Objetivo: Establecer pautas de actuación para acompañar emocionalmente a colegas que atraviesan procesos de duelo.

Acciones recomendadas:

- Validar emocionalmente la experiencia sin minimizarla.
- Evitar frases como “tenés que ser fuerte” o “ya va a pasar”.
- Ofrecer espacios de escucha sin presión.
- Facilitar el acceso a profesionales de salud mental.
- Promover el descanso y la desconexión operativa temporal si es necesario.
- Evitar sobrecarga de tareas en momentos de vulnerabilidad emocional.
- Fomentar la cultura del cuidado mutuo dentro del equipo.

Anexo IV – Registro de Seguimiento Emocional Post-Duelo

Objetivo: Documentar el proceso de acompañamiento emocional del personal interviniente que ha atravesado situaciones de pérdida. (debe realizarse por profesionales de la salud mental únicamente en caso de considerarse necesario).

FEC HA	NOM BRE	EVEN TO	REACCI ONES OBSERV ADAS	INTERVEN CION REALIZAD A	DERIVA CION	OBSERVACI ONES

Frecuencia recomendada: 1 vez por semana durante el primer mes post-evento.

Anexo V – Guía de Autocuidado en Procesos de Duelo

Objetivo: Promover prácticas saludables que favorezcan la recuperación emocional del personal afectado por la pérdida. (debe realizarse por profesionales de la salud mental únicamente en caso de considerarse necesario).

Estrategias sugeridas:

- Dormir al menos 7–8 horas por noche.
- Mantener una alimentación equilibrada.
- Realizar actividad física moderada.
- Expresar emociones mediante escritura, arte o conversación.
- Evitar el aislamiento social.
- Buscar apoyo en vínculos afectivos.
- Consultar a profesionales si el malestar persiste más de 2 semanas.
- Reconocer que el duelo no tiene un “tiempo correcto” y que cada proceso es único.

“La experiencia del duelo propio nos hace difícil ser o sentirnos útiles con la persona que lo experimenta”
(Worden, 2009, p. 42).

ANEXOS PSICOPERATIVOS – “BLINDAJE PSICOLÓGICO EN ZONA DE OPERACIONES”

Protocolo de Intervención en Emergencias – Equipo NAHYPER

Anexo I – Ficha de Evaluación de Riesgo Psicológico en Zona de Operaciones

Objetivo: Identificar factores de riesgo emocional y operativo antes, durante y después de la intervención en escenarios críticos. (debe realizarse por profesionales de la salud mental únicamente en caso de considerarse necesario).

ITEM	DESCRIPCION	ONSERVACIONES
Fecha del evento		
Tipo de evento	Suicidio / Desastre / Crisis comunitaria / Otro	
Participantes del equipo		
Nivel de exposición emocional	Bajo / Medio / Alto	
Presencia de víctimas en estado crítico	Sí / No	
Presencia de familiares en zona	Sí / No	
Presencia de medios de comunicación	Sí / No	
Riesgo de desregulación emocional del equipo	Bajo / Medio / Alto	
Requiere activación de áreas de contención	Sí / No	

Anexo II – Mapa de Áreas de Contención en Zona de Operaciones

Objetivo: Delimitar espacialmente las zonas de intervención para garantizar el blindaje emocional y operativo.

AREA	FINALIDAD	ACCESO	RESPONSABLE
Área 1	Exclusiva para personal operativo (NAHYPER y equipos técnicos)	Restringido	Coordinador/a de intervención

Área 2	Contención de familiares y allegados	Controlado	Psicólogo/a de emergencia
Área 3	Distanciamiento del público y medios	Cerrado / vigilado	Personal de seguridad

Indicaciones:

- Cada área debe tener una única entrada/salida.
- El acceso debe ser autorizado por el Sistema de Comando de Incidentes (SCI).
- Se recomienda señalización visible y personal de control en cada punto.

Anexo III – Protocolo de Comunicación Preventiva en Zona Crítica

Objetivo: Regular el abordaje comunicacional con víctimas, familiares y medios en escenarios de alta sensibilidad.

Principios clave:

- Tono neutro, pausado y claro.
- Posicionamiento corporal diagonal o lateral frente a la víctima.
- Mirada empática a la misma altura visual.
- Lenguaje cognitivo, asertivo y no violento.
- Evitar vocabulario técnico, ofensivo o interpretativo.
- No emitir juicios sobre lo que la víctima siente o piensa.
- Respetar límites culturales, religiosos y emocionales.

Frases sugeridas:

- “Estoy aquí para acompañarte, no estás solo/a.”
- “Podés tomarte tu tiempo, estoy escuchando.”
- “Lo que estás sintiendo es válido y comprensible.”

Anexo IV – Checklist de Blindaje Psicológico del Personal Interviniente

Objetivo: Verificar que el equipo cuenta con las condiciones mínimas de seguridad emocional antes de intervenir. (debe realizarse por profesionales de la salud mental únicamente en caso de considerarse necesario).

Condiciones personales:

- Dormí 8 horas (necesario). Dormí al menos 6 horas.
- Me encuentro emocionalmente disponible.
- No presento síntomas físicos que comprometan mi desempeño.
- He informado cualquier malestar previo al coordinador.

Condiciones técnicas:

- Cuento con equipo de protección individual (EPI).
- Dispongo de comunicación interna activa.
- Conozco el protocolo de activación y roles asignados.
- He participado en el briefing previo.

Condiciones grupales:

- Se definieron áreas de contención.
- Se estableció contacto con el SCI.
- Se identificaron actores clave en el escenario.
- Se asignó responsable de comunicación externa.

Anexo V – Registro de Incidentes Críticos en Zona de Operaciones

Objetivo: Documentar situaciones de alto impacto emocional o riesgo operativo que requieran seguimiento posterior. (debe realizarse por profesionales de la salud mental únicamente en caso de considerarse necesario).

FECHA	EVENTO	DESCRIPCION DEL INCIDENTE	AFECTADOS	INTERVENCION REALIZADA	REQUIERE SEGUIMIENTO	RESPONSABLE

Ejemplos de incidentes críticos:

- Desregulación emocional de una víctima.
- Reacción traumática de un familiar.
- Interferencia de medios en zona de contención.
- Descompensación emocional de un interviniente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguado Terrón, J. M. (2004). *Introducción a las teorías de la información y la comunicación*. Departamento de Información y Documentación, Facultad de Comunicación y Documentación, Universidad de Murcia.

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association.

Berlo, D. K. (1960). *The process of communication: An introduction to theory and practice*. Holt, Rinehart and Winston.

Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression*. Basic Books.

Bowlby, J. (1996). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión* (J. A. López Ibor, Trad.). Paidós. (Obra original publicada en 1980)

Campillo Álvarez, J. E. (2012). *El mono estresado*. Editorial 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. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 92(20), 9362–9367. <https://doi.org/10.1073/pnas.92.20.9362>

Echeburúa, E., & Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373–387.

Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (EIRD). (2015). *International Strategy for Disaster Reduction*. Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/dsd/ministerialmeeting/documents/desastres/eird.pdf>

Fernández, J. (2012). *La expresión oral. Persuasión. Oratoria moderna. Presentaciones orales efectivas. Técnicas – Estrategias. Ejercicios* (6ª ed. ampliada). Lumiere.

Gómez Sancho, M. (1998). *Cómo dar las malas noticias en medicina* (2ª ed.). Arán Ediciones.

Hall, J. E., & Guyton, A. C. (2006). *Textbook of medical physiology* (11th ed.). Elsevier Saunders.

Hayes, S. C. (2013). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.

Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. United Nations.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan.

Kübler-Ross, E. (1972). *On death and dying*. Collier Books.

Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos* (Ed. Grijalbo).

Lahad, M. (2005). *Creative supervision: The use of expressive arts methods in supervision and self-supervision*. Jessica Kingsley Publishers.

Lorenzo, N., & González, P. (2017). Intervención psicológica con bomberos tras incidentes críticos: A propósito de un caso. En *Libro de capítulos del III Congreso Nacional de Psicología*. Consejo General de la Psicología en España.

Mattson, M. P., & Cheng, A. (2006). Neurohormetic phytochemicals: Low-dose toxins that induce adaptive stress responses in brain cells. *Free Radical Biology and Medicine*, 41(8), 1034–1043. <https://doi.org/10.1016/j.freeradbiomed.2006.06.020>

Mitchell, J. T., & Dyregrov, A. (1993). Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel. En J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 463–473). Plenum Press.

Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Asamblea General de las Naciones Unidas. <https://www.un.org/es/documents/udhr/>

Núñez, D. (2004). *Primeros auxilios psicológicos emocionales: Material de uso para bomberos en situaciones operativas de emergencias, crisis, pánico y catástrofes*. Editorial Dunken.

Núñez, D. (2020). *Psicología de la emergencia*. Ministerio de Justicia, Provincia de San Luis, Argentina.

Núñez, D. (2023). *Gestión del riesgo, psicología de la emergencia y apoyo humanitario en tiempos de COVID*. IN VIVO Ediciones.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Guía de intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.

Pasquali, A. (1976). *Comprender la comunicación*. Monte Ávila Editores.

Perren-Klingler, G. (2000). *Debriefing: Erste Hilfe durch das Wort. Hintergründe und Praxisbeispiele*. Haupt Verlag.

Slaikeu, K. A. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación* (2ª ed.). Manual Moderno.

Veatch, M. R. (1976). *Death, dying and the biological revolution*. Yale University Press.

Watzlawick, P. (1989). *El lenguaje del cambio*. Herder.

Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Ediciones Paidós Ibérica.

Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). Springer Publishing Company.

Zayas Agüero, P. M. (2011). *La comunicación interpersonal: Un proceso socio-psicológico en el trabajo y en la vida diaria*. Editorial Academia Española.

Diego Nuñez. Presidente de la Federación Internacional de Psicología de la Emergencia. Especialista en Psicología del Caos e Inteligencia Operativa en Crisis de Alto Impacto – Francia. Especialista en Psicología de la Emergencia y Gestión Humanitaria Global en Desastres - Francia. Formado por IPTS - Suiza en Psicología de la Emergencia, Estrés y Víctimas y en Coping Resilience CSPC Tel Hai College, Kiryat Shmona, Israel. Director del Departamento de Psicología de la Emergencia en Faculté de Psychologie et de Psychanalyse Lalange, France. Psicólogo Educacional y doctorante en Educación Superior Universitaria UAI. Coordinador de salud mental en la repatriación de argentinos en Israel en el Operativo Regreso Seguro de Cancillería Argentina y Ministerio de Seguridad de Nación Argentina por el accionar terrorista en Franja de Gaza. Primer Bombero Psicólogo de Argentina. Presidente del Capítulo Psicología de la Emergencia y Resolución de Conflictos en la Asociación Argentina de Salud Mental. Fué Director del Instituto Universitario de Emergencias UCCSL. Director diplomaturas universitarias internacionales y Maestría por Argentina, Costa Rica, Bolivia y Francia. Docente universitario, expositor internacional, investigador y autor de libros y artículos. Instruye equipos de emergencias, equipos e fuerzas especiales de policía, asistencia humanitaria militar, profesionales de la salud y docentes. Creador del Modelo NAHYPER protocolarizado. Psicólogo de Emergencia - Psicólogo Negociador de Emergencias y coordinador de los cursos NAHYPER para el Ministerio de Seguridad Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Contacto: @diegopsicologodelcaos / diegonunez@fipe-ifep.org / diego_on@hotmail.com

CLÍNICA POSTRAUMÁTICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES: MAPA SENSORIAL DEL VÍNCULO COMO HERRAMIENTA PARA EL ABORDAJE DE DUELOS TRAUMÁTICOS

Buenas prácticas y señales de alerta en la aplicación de técnicas sensoriales para la
integración del duelo postraumático

Dagny Alejandra Castañeda Espinoza -México

INTRODUCCIÓN

El duelo traumático es una experiencia de pérdida marcada por circunstancias súbitas, violentas o de alto impacto emocional, como desastres naturales, accidentes masivos, homicidios, suicidios o emergencias bélicas. A diferencia del duelo esperado, el duelo traumático combina la experiencia de pérdida con la exposición a eventos potencialmente traumáticos, lo que puede generar síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), disociación y desregulación emocional intensa (**American Psychiatric Association, 2014**).

En el contexto de emergencias y desastres, la intervención clínica postraumática requiere estrategias que favorezcan la estabilización emocional, la reconstrucción del sentido de seguridad y la integración gradual de la experiencia (**Worden, 2018**).

El Mapa Sensorial del Vínculo se propone como una herramienta innovadora, sencilla y adaptable, diseñada para acompañar procesos de duelo traumático desde un enfoque sensorial, favoreciendo la reconexión con recuerdos seguros y significativos del vínculo con la persona fallecida o las pérdidas, sin forzar la narración completa del evento ni provocar sobrecarga emocional (**Neimeyer, 2016**).

MARCO TEÓRICO

El duelo traumático se caracteriza por: intrusiones (imágenes, sonidos, recuerdos no deseados), evitación de personas, lugares o conversaciones relacionadas con la pérdida, hiperactivación fisiológica (alerta constante, insomnio, hipervigilancia) y alteraciones cognitivas y emocionales (culpa, ira, desesperanza) (**American Psychiatric Association, 2014**).

En estas condiciones, las intervenciones centradas exclusivamente en el relato narrativo pueden ser contraproducentes, ya que la evocación intensa sin recursos de regulación puede incrementar los síntomas (**van der Kolk, 2014**).

El uso de canales sensoriales como puerta de acceso a recuerdos protectores y fortalecedores del vínculo permite activar el sistema nervioso de manera regulada. Según **Porges (2011)**, la estimulación de memorias seguras a través de los sentidos favorece la activación del sistema nervioso parasimpático, promoviendo calma y conexión social.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: MAPA SENSORIAL DEL VÍNCULO

Descripción

El Mapa Sensorial del Vínculo es un recurso terapéutico que consiste en la construcción guiada de un registro de recuerdos significativos a través de cinco canales sensoriales: vista, oído, olfato, tacto y gusto/movimiento. El objetivo es identificar y anclar elementos sensoriales asociados a experiencias de calma, cuidado o conexión con la persona fallecida o aquello que se ha perdido (**Neimeyer, 2016**). Es, en esencia, una invitación a sostener el amor en las manos, aun cuando la ausencia pese, y a descubrir que la conexión puede sobrevivir al silencio que deja la pérdida.

Aplicación paso a paso

1. Anclaje y seguridad (5–7 minutos)

- Ejercicio breve de respiración 4–6 o de orientación visual (nombrar 5 objetos en la sala)
- Pregunta: “¿Qué necesitarías para sentirte un 10% más segura (o) en este momento?”

2. Exploración sensorial (15–20 minutos)

- Hoja o lienzo dividido en cinco secciones: vista, oído, olfato, tacto y gusto/movimiento.
- Registro libre de recuerdos sensoriales que evoquen calidez o seguridad.

Ej.: “olor a café por la mañana”, “sonido de su risa”, “textura de su suéter”, “la vista desde su ventana”

3. Selección de anclas (5 minutos)

- Elegir 1–2 recuerdos que generen calma y conexión.
- Asociarlos a un objeto o práctica diaria (ej.: sostener una bufanda similar, escuchar una canción), una fotografía, un dibujo de lo que se perdió

4. Integración y cierre (10–15 minutos)

- Preguntas de integración:
 - “¿Qué parte de ti siente alivio al reconectar con este recuerdo?”
 - “Si este recuerdo fuera un mensaje, ¿qué diría?”
 - “¿Cómo puedes llevar este ancla contigo en momentos difíciles?”
- Ejercicio de respiración consciente sosteniendo el ancla elegida

Banderas verdes (lo que sí debe hacerse)

- Usar la técnica en fases *subagudas o crónicas* del duelo, con estabilización previa.
- Adaptar el lenguaje y los ejemplos a la cultura, edad y creencias de la persona.
- Permitir pausas y validar si la persona decide no explorar un sentido específico.
- Incorporar cierre somático y verbal en cada sesión.

Banderas rojas (lo que no debe hacerse)

- Aplicar en crisis aguda (<72 h del evento) o sin red de apoyo mínima.
- Forzar evocaciones sensoriales si la persona muestra sobrecarga emocional.

- Ignorar señales de disociación (mirada perdida, voz distante, entumecimiento).
- Usar la técnica como sustituto del abordaje integral en casos de TEPT severo.

Ejemplo clínico

María, 42 años, perdió a su hermana en un accidente vehicular masivo. Tras dos meses, presentaba insomnio, hipervigilancia y evitación de cualquier elemento relacionado con el accidente. En sesión, se aplicó el Mapa Sensorial del Vínculo. María identificó tres recuerdos: el olor del perfume de su hermana, el sonido de sus pasos en la cocina y la textura de una manta que solían compartir. Eligió la manta como ancla principal. Durante las semanas siguientes, incorporó el contacto con la manta en su rutina nocturna, reportando mejor conciliación del sueño y disminución de pesadillas

Buenas prácticas (Banderas verdes)	Señales de alerta (Banderas rojas)
Verificar estabilización previa	Usar en fase de shock o riesgo agudo
Adaptar culturalmente la intervención	Forzar evocaciones sensoriales
Permitir pausas y respetar silencios	Ignorar signos de disociación
Integrar cierre somático y verbal	No acompañar con contención posterior

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CULTURALES

El Mapa Sensorial del Vínculo requiere competencia clínica para su aplicación. Es fundamental obtener consentimiento informado, respetar creencias y rituales funerarios, proteger la confidencialidad del material escrito o dibujado y asegurar seguimiento posterior si la evocación activa malestar (**Worden, 2018**).

CONCLUSIONES

El Mapa Sensorial del Vínculo ofrece una vía segura y adaptativa para trabajar el duelo traumático en el marco de la clínica postraumática en emergencias y desastres. Su enfoque sensorial permite activar memorias de apego seguro y recursos internos sin forzar una exposición intensa, favoreciendo la regulación emocional y la integración del vínculo en la narrativa vital de la persona.

En el contexto de la Psicología de la Emergencia, su uso planificado y ético contribuye a la estabilización temprana y al fortalecimiento de la resiliencia en personas

afectadas por pérdidas traumáticas. Porque incluso en medio del caos, hay memorias que nos devuelven al centro, recordándonos que lo vivido no se borra: se transforma en fuerza para seguir.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.

Neimeyer, R. A. (2016). Techniques of grief therapy: Assessment and intervention. Routledge.

Porges, S. W. (2011). The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. W. W. Norton & Company.

van der Kolk, B. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Viking.

Worden, J. W. (2018). Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (5th ed.). Springer Publishing Company.

Reseña profesional

Dagny Alejandra Castañeda Espinoza con grado Máster en Psicoterapeuta con enfoque Gestalt-Humanista, especializada en intervención en crisis, duelo y trauma. Socia fundadora de la FIPE-IFEP. Ha colaborado en programas de atención psicosocial en emergencias y desastres, y desarrollado recursos terapéuticos innovadores para el abordaje del duelo traumático. Imparte formación en materia de psicología de emergencias a profesionales de la salud, personal de emergencias, ámbito hospitalario, universitario, y otros campos de la iniciativa privada. 

Email: dagny.castaneda@gmail.com

POST-TRAUMATIC CLINIC IN EMERGENCIES AND DISASTERS: SENSORY BOND MAP AS A TOOL FOR ADDRESSING TRAUMATIC BEREAVEMENT

Best practices and warning signs in the application of sensory techniques for the
integration of post-traumatic grief

Dagny Alejandra Castañeda Espinoza -México

INTRODUCTION

Traumatic grief is a loss experience marked by sudden, violent, or high-impact circumstances, such as natural disasters, mass accidents, homicides, suicides, or war-related emergencies. Unlike expected grief, traumatic grief combines the experience of loss with exposure to potentially traumatic events, which can generate symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD), dissociation, and intense emotional dysregulation (**American Psychiatric Association, 2014**).

In the context of emergencies and disasters, post-traumatic clinical intervention requires strategies that promote emotional stabilization, rebuilding the sense of safety, and gradual integration of the experience (**Worden, 2018**).

The Sensory Bond Map is proposed as an innovative, simple and adaptable tool, designed to accompany traumatic grief processes from a sensory approach, favoring reconnection with safe and meaningful memories of the link with the deceased person or the losses, without forcing the complete narration of the event or causing emotional overload (**Neimeyer, 2016**).

THEORETICAL FRAMEWORK

Traumatic grief is characterized by: intrusions (images, sounds, unwanted memories), avoidance of people, places, or conversations related to the loss, physiological hyperactivation (constant alertness, insomnia, hypervigilance), and cognitive and emotional alterations (guilt, anger, hopelessness) (**American Psychiatric Association, 2014**).

In these conditions, interventions focused exclusively on narrative retelling may be counterproductive, as intense evocation without regulatory resources can increase symptoms (**van der Kolk, 2014**).

The use of sensory channels as a gateway to protective and bond-strengthening memories allows for regulated activation of the nervous system. According to Porges (2011), stimulating safe memories through the senses promotes parasympathetic nervous system activation, fostering calm and social connection.

INTERVENTION PROPOSAL: SENSORY BOND MAP

Description

The Sensory Bond Map is a therapeutic resource that consists of the guided construction of a record of meaningful memories through five sensory channels: sight, hearing, smell, touch, and taste/movement. The objective is to identify and anchor sensory elements associated with experiences of calm, care or connection with the deceased person or what has been lost. (**Neimeyer, 2016**). It is, in essence, an invitation to hold love in your hands, even when absence feels heavy, and to discover that connection can survive the silence left by loss.

Step-by-Step Application

1. Grounding and Safety (5–7 minutes)

- Brief 4–6 breathing exercise or visual orientation (naming 5 objects in the room).
- Question: “What would you need to feel 10% safer right now?”

2. Sensory Exploration (15–20 minutes)

- Sheet or canvas divided into five sections: sight, hearing, smell, touch, and taste/movement.
- Free recording of sensory memories that evoke warmth or safety.

Example: “smell of coffee in the morning”, “sound of her or his laughter”, “texture of her or his sweater”, “the view from your window”

3. Anchor Selection (5 minutes)

- Choose 1–2 memories that generate calm and connection.
- Associate them with an object or daily practice (e.g., holding a similar scarf, listening to a song), a photograph, a drawing of what was lost

4. Integration and Closure (10–15 minutes)

- Integration questions:
 - “What part of you feels relief when reconnecting with this memory?”
 - “If this memory were a message, what would it say?”
 - “How can you carry this anchor with you in difficult moments?”
- Conscious breathing exercise while holding the chosen anchor.

Green Flags (Best Practices)

- Use the technique in *subacute or chronic phases* of grief, with prior stabilization.
- Adapt language and examples to the person’s culture, age, and beliefs.
- Allow pauses and validate if the person chooses not to explore a specific sense.
- Incorporate somatic and verbal closure in each session.

Red Flags (What Not to Do)

- Apply in acute crisis (<72 hours after the event) or without a minimal support network.
- Force sensory evocations if the person shows signs of emotional overload.
- Ignore dissociation signals (blank stare, distant voice, numbness).
- Use the technique as a substitute for comprehensive treatment in severe PTSD cases.

CLINICAL EXAMPLE

María, 42, lost her sister in a mass traffic accident. After two months, she presented insomnia, hypervigilance, and avoidance of any element related to the accident. In session, the Sensory Bond Map was applied. María identified three memories: the smell of her sister’s perfume, the sound of her footsteps in the kitchen, and the texture of a blanket they used to share. She chose the blanket as her main anchor. In the following weeks, she incorporated contact with the blanket into her nightly routine, reporting better sleep onset and a decrease in nightmares.

Best Practices (Green Flags)	Warning Signs (Red Flags)
Verify prior stabilization	Use during shock phase or acute risk
Culturally adapt the intervention	Force sensory evocations
Allow pauses and respect silences	Ignore dissociation signs
Integrate somatic and verbal closure	Lack of follow-up or containment

ETHICAL AND CULTURAL CONSIDERATIONS

The Sensory Bond Map requires clinical competence for its application. It is essential to obtain informed consent, respect beliefs and funeral rituals, protect the confidentiality of written or drawn material, and ensure follow-up if the evocation triggers distress (Worden, 2018).

CONCLUSIONS

The Sensory Bond Map offers a safe and adaptive way to work with traumatic grief within the framework of post-traumatic clinical care in emergencies and disasters. Its sensory approach allows for the activation of secure attachment memories and internal resources without forcing intense exposure, promoting emotional regulation and integration of the bond into the person’s life narrative.

In the context of Emergency Psychology, its planned and ethical use contributes to early stabilization and the strengthening of resilience in people affected by traumatic losses. Because even in the midst of chaos, there are memories that bring us back to our center, reminding us that what we have lived is never erased—it transforms into the strength to move forward.

REFERENCES

American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Neimeyer, R. A. (2016). Techniques of grief therapy: Assessment and intervention. Routledge.

Porges, S. W. (2011). The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation. W. W. Norton & Company.

Van der Kolk, B. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Viking.

Worden, J. W. (2018). Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner (5th ed.). Springer Publishing Company.

Professional Bio

Dagny Alejandra Castañeda Espinoza with a Master's degree in Psychotherapist with a Gestalt-Humanist approach, specialized in crisis intervention, grief and trauma. Founding member of the FIPE-IFEP. He has collaborated in psychosocial care programs in emergencies and disasters, and developed innovative therapeutic resources to address traumatic grief. Provides training in emergency psychology to health professionals, emergency personnel, hospitals, universities, and other fields of private initiative. Contact:

Email: dagny.castaneda@gmail.com

LO QUE SE DEBE Y NO SE DEBE HACER DURANTE LA PRESTACIÓN DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS: FORMACIÓN DEL VOLUNTARIADO DURANTE LA GUERRA EN UCRANIA

BREVE HISTORIA DEL *APRENDER A ESCUCHAR*

Melinda Endrefy - Rumanía

Hace casi veinte años, en Nigeria, le pregunté a mi supervisora qué esperaba exactamente de mí en mi trabajo. Me miró directamente a los ojos y me respondió con calma: “Simplemente escucha”. En aquel momento, estaba trabajando en un proyecto internacional de AIESEC que apoyaba principalmente a madres que habían perdido a sus hijos/as en accidentes de tráfico en Lagos. Por entonces, todavía era estudiante de Psicología en Bucarest, Rumanía, y, sin darme cuenta, aquella experiencia me estaba preparando para lo que, muchos años después, se convertiría en uno de los papeles más difíciles de mi carrera: coordinar un equipo de cientos de voluntarios/as y psicólogos/as de emergencias en las zonas cero de la guerra en Ucrania.

A lo largo de estas dos décadas, me he encontrado con muchas situaciones diferentes en las que ese acto “simple” de escuchar resultó esencial: la guerra en Ucrania, la huida de personas desplazadas a través de las fronteras de Rumanía, los terremotos en Turquía y Marruecos, la crisis de la COVID-19 en España, junto con un proyecto en la India, así como formaciones y presentaciones sobre asistencia *in situ* en muchos otros países, el más reciente en Brasil. A pesar de la diversidad de estos contextos, todos comparten un aspecto crucial: la necesidad urgente de formar a voluntarios/as que no son psicólogos/as profesionales en la prestación de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP).

Como psicóloga de emergencias, considero vital enseñar de manera sencilla y accesible, e inspirar a las personas, a través de orientación y formación, para que desarrollen sus mejores habilidades a la hora de apoyar a quienes pueden estar viviendo los peores días de sus vidas. Esto plantea preguntas fundamentales: ¿Qué podemos y debemos ofrecer en esos primeros momentos de impacto? ¿Y qué debemos evitar para no causar daño sin querer? Este capítulo busca responder a estas preguntas de una manera muy práctica, basándose en

las respuestas más eficaces y también en las más perjudiciales que he presenciado en los últimos años durante la guerra.

Su objetivo es proporcionar una introducción concisa, junto con pautas sencillas y aplicables sobre buenas prácticas y señales de advertencia en la comunicación con personas afectadas por conflictos armados, especialmente para el voluntariado no formado en psicología.

Primeros Auxilios Psicológicos: la importancia de la formación de voluntarios/as

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) se han consolidado como uno de los enfoques más recomendados para el apoyo psicosocial temprano en emergencias, desastres y conflictos armados. Su esencia radica en ofrecer respuestas inmediatas y de apoyo a personas en situación de angustia. A diferencia de la psicoterapia, los PAP no son una intervención clínica ni intentan tratar a las personas *in situ*. En cambio, constituyen un enfoque rápido y flexible que busca reducir la angustia inicial, fomentar una sensación de seguridad y calma, reforzar los mecanismos de afrontamiento y conectar a las personas con recursos esenciales.

En mi experiencia, muchas de las personas que llegan primero al epicentro de una crisis, a menudo zonas bombardeadas con importantes daños materiales, son voluntarios/as, trabajadores/as comunitarios/as o incluso vecinos/as que simplemente quieren ayudar. Su presencia es esencial, pero sus palabras y acciones pueden aliviar el sufrimiento o, sin querer, empeorarlo. “No causar daño” es una de las primeras frases que más repito en mis formaciones. Esta realidad hace que la capacitación en PAP no solo sea deseable, sino éticamente necesaria. Por ello, a partir de marzo de 2022 comencé a formar voluntarios/as junto con mi equipo de AMURTEL y HromadaHub, tanto en Rumanía como en Ucrania.

En contextos de guerra, la importancia de la formación en PAP se vuelve aún más aguda. Las personas supervivientes suelen estar expuestas a múltiples factores estresantes superpuestos: desplazamiento forzado, separación familiar, pérdida de hogares y medios de vida, lesiones graves o leves, exposición a violencia y tortura. Voluntarios/as sin preparación pueden encontrarse desbordados/as, emocionalmente inestables o causando daño sin proponérselo.

Mi viaje inicial a la frontera de Siret, en el norte de Rumanía, donde muchas personas ucranianas huían de la guerra en 2022, iba a durar tres días, pero acabó

convirtiéndose en uno de más de tres años. Y la razón principal de dicha dilatación temporal (más de tres días al principio, luego una semana y más tarde un mes), fue el haber visto a jóvenes voluntarios/as rumanos/as llorar más que los propios niños/as a los que intentaban calmar. Era perturbador ver cómo aquellos/as niños/as se angustiaban aún más ante aquella situación. Incluso vi a personas refugiadas ucranianas dejar de contar sus historias, porque algún/a voluntario/a traductor/a comenzaba a llorar. Saber cómo ofrecer los PAP es esencial y una sólida preparación teórica y práctica protege no solo a la persona a la que intentamos ayudar, sino también la salud mental de quienes responden en primera línea.

Los orígenes de los PAP se remontan a escenarios posteriores a guerras y desastres en el siglo XX, cuando las organizaciones humanitarias comprendieron que el apoyo inmediato y empático podía influir significativamente en la recuperación de las personas supervivientes. Durante las dos últimas décadas, organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Comité Permanente entre Organismos (IASC) y la Federación Internacional de la Cruz Roja (FICR) han estandarizado diferentes directrices.

Principios fundamentales

Los PAP se basan en varios principios universalmente aceptados (OMS, 2011; IASC, 2007):

1. Seguridad – garantizar la seguridad física y emocional en el momento inmediato posterior a la crisis.
2. Calma – ayudar a reducir la angustia abrumadora.
3. Conexión – fortalecer el apoyo social y reconectar a las personas supervivientes con seres queridos o recursos comunitarios.
4. Autoeficacia y eficacia colectiva – fomentar las propias estrategias de afrontamiento.
5. Esperanza – alimentar la creencia de que la recuperación es posible y que existe apoyo.

En la mayoría de las crisis humanitarias, los/las voluntarios/as son el primer y más frecuente punto de contacto para las personas supervivientes. Sin embargo, las buenas intenciones no bastan. El voluntariado sin formación en PAP corre el riesgo de cometer errores como:

- Retraumatización: Pedir a las personas que cuenten su experiencia traumática en detalle puede intensificar la angustia.
- Invalidación: Decir “sé fuerte” o “sigue adelante” socava sus emociones y puede profundizar el aislamiento.
- Falsa tranquilidad: Promesas como “pronto todo estará bien” pueden dañar la confianza cuando la realidad las contradice.
- Contagio emocional: Voluntarios/as emocionalmente inestables pueden transmitir su pánico, ira o desesperación.
- Violación de límites: Sin formación, se pueden dar consejos no solicitados, imponer interpretaciones religiosas o culturales o tocar sin consentimiento.

En conflictos armados, estos riesgos se amplifican. Una palabra descuidada puede disuadir a alguien de buscar atención médica o apoyo psicológico. Un comentario insensible, aunque no sea intencionado, puede impedir que una persona acceda a tratamiento médico, continúe con cuidados esenciales o acepte ayuda psicológica. Por ejemplo, decir “pareces bien” o “te ves fuerte” puede hacer que no acuda al médico pese a tener lesiones internas o que no busque ayuda profesional mientras lucha en silencio con un trauma. Las palabras pueden abrir la puerta a la curación o cerrarla de golpe, reforzando el silencio, la vergüenza y el aislamiento.

En las guerras, las personas suelen soportar una incertidumbre crónica más que un único evento traumático. Bombardeos, migración forzada, separaciones familiares y exposición repetida a la violencia se acumulan con el tiempo. Los/las voluntarios/as deben, por tanto, aprender a ofrecer apoyo estable, tranquilo y sostenible en lugar de garantías de solución rápida.

Por ejemplo, una mujer mayor que llega a una carpa de emergencia en Rumanía tras ser evacuada de una ciudad ucraniana donde sufrió acoso sexual no se beneficiará de escuchar “todo estará bien”. Lo que realmente necesita es un/a voluntario/a que pueda sentarse tranquilamente con ella, reconocer su situación, proporcionarle información precisa sobre los servicios disponibles y evitar presionarla para que cuente detalles de su experiencia. Además, los conflictos suelen politizar el sufrimiento. Los/las voluntarios/as deben recibir formación para mantener la neutralidad, evitar difundir rumores y respetar la información sensible. Un/a voluntario/a mal formado/a que pregunte sobre antecedentes militares o

experiencias de una persona superviviente podría ponerla en serio peligro.

Lo que se debe y no se debe hacer durante la prestación de los PAP: experiencia personal durante la guerra

La práctica de los PAP no se basa únicamente en principios, sino también en habilidades comunicativas cotidianas que pueden ayudar o perjudicar a alguien. Comprender lo que se debe y no se debe hacer en PAP es, por tanto, crucial para los/las voluntarios/as, especialmente quienes no son profesionales de la salud mental.

Guía rápida de lo que se debe y no se debe hacer

Lo que se debe hacer en los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) durante la guerra en Ucrania

1. Buscar un lugar tranquilo para hablar, con el menor número posible de distracciones. Las zonas de guerra y los centros de acogida de personas refugiadas suelen ser caóticos. Ruidos fuertes, olor a humo, ver a personas heridas siendo rescatadas o la presencia de medios grabando puede aumentar la ansiedad. Lleva a la víctima a un rincón más tranquilo o fuera de una tienda abarrotada.

Frase ejemplo: “Vamos a apartarnos aquí, donde está más tranquilo, para que te sientas más cómoda/o”.

2. Ser paciente y mantenerse en calma.

Tu presencia debe reducir estrés y no añadir más. Incluso cuando la víctima se encuentra abrumada, conviene hablarle lentamente y mantener tu cuerpo relajado, evitando movimientos bruscos o expresando cualquier tipo de inestabilidad emocional. Algunos/as voluntarios/as no se percatan de cómo un lenguaje corporal caótico puede llegar a afectar a otros; incluso si sus palabras son elegidas con cautela, movimientos rápidos o gestos tensos pueden incrementar el estrés de las personas a las que prestan ayuda.

Frase ejemplo: “Podemos tomarnos todo el tiempo que necesites. No hay prisa”.

3. Respetar la privacidad y mantener la confidencialidad del testimonio de la persona.

Las personas supervivientes suelen temer que su información personal sea mal utilizada.

Hazles sentir seguridad prometiendo confidencialidad.

Frase ejemplo: “Tu historia se queda conmigo”.

4. Estar cerca, pero respetar el espacio personal.

Evita abrazar o agarrar las manos. Algunas personas pueden sentirse abrumadas por el contacto físico, especialmente tras un trauma. Si el contacto físico es adecuado, mantenerlo al mínimo.

Frase ejemplo: “Estoy aquí contigo. ¿Te sentirías mejor si te tomo de la mano?”

5. Mostrar que estás escuchando con atención.

Guarda el teléfono, mantén contacto visual y asiente suavemente. Las personas notan enseguida la distracción y pueden sentirse ignoradas.

Frase ejemplo: “Lo que estás diciendo es importante y te estoy escuchando plenamente”.

6. Proporcionar información real y honesta.

Si no sabes algo, no inventes. La información falsa puede profundizar la desconfianza.

Frase ejemplo: “No lo sé todavía, pero haré todo lo posible por averiguarlo”.

7. Dar información de manera sencilla y clara.

En situaciones de crisis, la gente puede estar desorientada. Repite la información clave en frases cortas y simples.

Frase ejemplo: “La tienda de registro está aquí. La distribución de comida es mañana al mediodía. Puedo enseñártelo otra vez más tarde si hace falta”.

8. Aceptar los sentimientos y reconocer las pérdidas.

Si alguien ha perdido su hogar o a un ser querido, no intentes arreglar su dolor: acéptalo.

Frase ejemplo: “Percibo cuánto te duele esto. Perder tu hogar es una gran pérdida y es normal que te sientas así”.

9. Reforzar las fortalezas y la resiliencia.

Es importante recordar a las personas su propia capacidad para afrontar situaciones difíciles.

Frase ejemplo: “A pesar de todo, conseguiste traer a tus hijos/as aquí a salvo. Eso demuestra una gran fuerza”.

10. Sentirse cómodo/a con el silencio.

No es necesario llenar cada momento con palabras. A veces, sentarse en silencio es la

forma más poderosa de apoyo.

Frase ejemplo: “No hace falta hablar ahora mismo. Puedo simplemente quedarme aquí contigo”.

Lo que no se debe hacer en los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) durante la guerra en Ucrania

1. No obligar a nadie a contar su historia.

En la frontera rumana, muchos voluntarios/as preguntaban a las familias recién llegadas si habían perdido sus hogares o seres queridos. Esto causaba angustia. Deja que la gente comparta a su ritmo.

En su lugar: “Si te apetece hablar, estoy aquí para escucharte. Si no, también está bien”.

2. No interrumpir ni apresurar a quien habla.

Mirar el reloj o mostrar impaciencia hace que las personas supervivientes se sientan poco importantes.

3. No juzgar sus acciones o sentimientos.

Evita decirles cómo deberían sentirse (“deberías estar agradecida/o por haber sobrevivido”).

En su lugar: “Es natural sentir muchas emociones ahora... miedo, tristeza, incluso rabia”.

4. No inventar respuestas.

Dar información falsa socava la confianza (“tu familia llegará seguro mañana”).

En su lugar: “No sé exactamente cuándo llegarán, pero intentaré averiguarlo”.

5. No usar jerga ni términos técnicos. En primeros auxilios psicológicos se debe evitar usar etiquetas clínicas o diagnósticos. Lo importante es escuchar, tranquilizar y acompañar con un lenguaje claro, empático y sencillo.

Algunas personas pueden cometer el error de decir: “Estás experimentando un trastorno de estrés agudo”.

En su lugar: “Tu cuerpo y tu mente están reaccionando a un estrés extremo, y eso es normal”.

6. No comparar ni contar historias de otras personas.

El sufrimiento de cada persona es único. No utilices: “Otra familia también lo perdió todo y ahora está afrontando la situación”.

En su lugar: “Gracias por confiar en mí y abrirte para contarme tu historia. Estoy aquí para escuchar todo lo que necesites compartir.”

7. No prohibir emociones.

Decir que no lloren o que no se preocupen les bloquea.

En su lugar: “Está bien llorar.”

8. No minimizar las emociones.

Restar importancia al dolor hace que las personas se sientan invisibles. Evita: *“No es el fin del mundo”*.

En su lugar: “Es comprensible que te sientas así”.

9. No hablar de tus propios problemas.

El enfoque debe permanecer en ellos/as. Evita: *“Yo también tuve una semana terrible; sé cómo se siente”*.

En su lugar: “Quiero escuchar tu experiencia”.

10. No hacer falsas promesas ni dar falsas seguridades.

Evita: *“Todo estará bien”*. (No sabemos si todo saldrá bien, pero sí podemos ofrecer lo mejor de nosotros/as para acompañar.)

En su lugar: “No estarás sola/o en esto”.

11. No asumir que debes resolver todos los problemas.

Tu papel es escuchar y apoyar, no arreglarlo todo. Si la persona está buscando una solución y quiere ayudarse a sí misma, escúchala con atención y déjala decidir, incluso si está pasando por un momento difícil. Evita: *“Me encargaré de todo por ti”*.

En su lugar: “Vamos a pensar juntos/as en lo que podría ayudarte ahora”.

12. No ignorar las fortalezas o la autonomía.

Las personas supervivientes necesitan dignidad, no lástima.

En su lugar: “Ya has tomado medidas importantes para protegerte a ti mismo/a y a tu familia”.

13. No contradecir ni discutir.

Evita invalidar sentimientos u opiniones, por ejemplo decir: *“No está bien decir eso”*.

En su lugar: “Entiendo que te sientas así, y te agradezco que lo compartas conmigo.”

BIBLIOGRAFÍA

- Inglés

World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International.

(2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva, Switzerland: WHO.

Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva, Switzerland: IASC.

- Español

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Primeros auxilios psicológicos: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra, Suiza: OMS.

- Rumano

Confederația Caritas România. (2013). *Psychological first aid: Guide for community workers*.

Retrieved from <https://www.caritas-emergency.ro>

Melinda Endrefy es la Presidenta de la Asociación Mundial de Psicología en Emergencias en Ucrania (WAEP-AMPE) y una experta internacional en psicología de emergencias. Actualmente se desempeña como Representante para Europa y Asia en la Federación Internacional de Psicología de Emergencias (IFEP-FIPE).

Desde 2022, ejerce como Coordinadora Nacional en zonas cero del conflicto en Ucrania con la organización HromadaHub, liderando operaciones de intervención en psicología de emergencias en contextos de guerra. Bajo su coordinación se han desarrollado más de 500 misiones humanitarias en las áreas más afectadas por el conflicto y se ha formado a más de 1.000 profesionales y voluntarios en Primeros Auxilios Psicológicos y Psicología de Emergencias, contribuyendo de manera significativa a la profesionalización y estandarización de los protocolos psicológicos de respuesta ante emergencias en el país. Ha desarrollado e impartido programas de formación especializada en psicología de emergencias dirigidos a los psicólogos del Servicio Estatal de Emergencias de Ucrania (SESU). Asimismo, ha dirigido

programas internacionales de intervención en crisis en Marruecos y Turquía, en respuesta a los recientes terremotos, en colaboración con Amurtel Estados Unidos y Amurtel Rumanía. Es miembro acreditado en Psicología de Emergencias y del Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes (GIPEC) en Tenerife, España.

Su experiencia incluye también la participación directa en la erupción volcánica de La Palma (Islas Canarias, España), la intervención en hospitales durante la pandemia de COVID-19 (España y Rumanía), la coordinación de un centro de emergencias invernales en Rumanía, y operaciones de asistencia psicológica en Nigeria tras accidentes de tráfico.

Melinda Endrefy posee dos másteres oficiales, en Psicología de la Educación y en Psicología de la Comunicación. Es Psicóloga Sanitaria acreditada, Formadora de Formadores y doctoranda en la Universidad de Málaga.

Email: melinda.endrefy@gmail.com

DOS AND DON'T'S IN PSYCHOLOGICAL FIRST AID: TRAINING VOLUNTEERS DURING THE WAR IN UKRAINE

BRIEF HISTORY OF *LEARNING TO LISTEN*

Melinda Endrefy - Romania

Almost twenty years ago, in Nigeria, I asked my supervisor what exactly I was expected to do in my work. She looked me directly in the eyes and replied calmly: “*Just listen.*” At that time, I was working on an international AIESEC project that primarily supported mothers who had lost their children in car accidents in Lagos. I was still a psychology student in Bucharest, Romania, and without realizing it, that experience was preparing me for what, many years later, would become one of the most difficult roles of my career: coordinating a team of hundreds of volunteers and emergency psychologists in the ground zero areas of the war in Ukraine.

Over the course of these two decades, I have encountered many different situations in which that “simple” act of listening proved essential: the war in Ukraine, the flight of those displaced across Romania’s borders, the earthquakes in Türkiye and Morocco, the COVID-19 crisis in Spain alongside a project in India, as well as training and presenting on on-site assistance in many other countries, the most recent one in Brazil. Despite the diversity of these contexts, they all share one critical aspect: the urgent need to train volunteers who are not professional psychologists in the provision of Psychological First Aid (PFA).

As an emergency psychologist, I believe it is vital to teach in a simple, accessible manner and to inspire people, through guidance and training, to develop their best skills when supporting individuals who may be experiencing the worst days of their lives. This raises crucial questions: What can and should we offer in those first moments of impact? And what must we avoid so that we do not unintentionally cause further harm?

This chapter seeks to answer these questions in a very practical way, drawing upon the most effective and the most harmful responses I have witnessed in recent years during the war. Its aim is to provide a concise introduction, together with simple and usable

guidelines on good practices and warning signs in communication with people affected by armed conflicts, specifically for volunteers who are not trained psychologists.

Psychological First Aid: importance in training volunteers

Psychological First Aid (PFA) has emerged as one of the most widely recommended approaches to early psychosocial support in emergencies, disasters, and armed conflicts. Its essence lies in providing immediate and supportive responses to people in distress. Unlike psychotherapy, PFA is not a clinical intervention nor does it attempt to treat people on site. Instead, it is a rapid and flexible approach that seeks to reduce initial distress, foster a sense of safety and calmness, enhance coping mechanisms, and connect people with essential resources.

In my experience, many of those who arrive first at the scene of a crisis, often shelled areas where numerous civilian buildings have been destroyed in Ukraine, are volunteers, community workers, or even neighbours who simply want to help. Their presence is essential, but their words and actions can either alleviate suffering or unintentionally worsen it. “Do no harm” is one of the first and most repeated sentences in most of my trainings. This reality makes training in PFA not only desirable but ethically necessary, so from march 2022 I started to train volunteers together with my team from AMURTEL and HromadaHub both in Romania and Ukraine. In contexts of war, the importance of PFA training becomes even more acute. Survivors are often exposed to multiple, overlapping stressors: forced displacement, separation from family, loss of homes and livelihoods, severe or minor injuries, and exposure to violence and torture. Volunteers who are unprepared may find themselves overwhelmed, emotionally unstable, or unintentionally harmful.

My initial journey to the Siret border, in the north part of Romania, where many Ukrainians were fleeing from the war in 2022, was three days which turned out to become more than three years. And the main reason of staying instead of three days one week, and later on one month was seeing Romanian young volunteers crying louder than the children who they were trying to calm down. It was disturbing to see how children were even more distressed and affected once the volunteers started crying in front of them. I even saw Ukrainian refugees stopping telling their stories because a volunteer who was translating into Romanian started crying.

Knowing how to offer PFA is essential and a solid theoretical and practical preparation protects not only the person who we try to help, but also the mental health of the first responders.

The origins of PFA can be traced to post-war and disaster settings in the 20th century, as humanitarian organizations realized that immediate, empathetic support could significantly influence the recovery of survivors.

Over the past two decades, organizations such as the World Health Organization (WHO), the Inter-Agency Standing Committee (IASC), and the International Federation of the Red Cross (IFRC) have standardized different guidelines.

Core Principles

PFA is based on several universally agreed principles (WHO, 2011; IASC, 2007):

1. Safety – ensuring physical and emotional security in the immediate aftermath of crisis.
2. Calm – helping individuals reduce overwhelming distress.
3. Connectedness – strengthening social support and reconnecting survivors with loved ones or community resources.
4. Self- and collective efficacy – encouraging survivors' own coping strategies.
5. Hope – fostering belief that recovery is possible and support is available.

In most humanitarian crises, volunteers are the first and most frequent point of contact for survivors. However, good intentions are not enough. Volunteers without PFA training risk several errors such as:

- Re-traumatization: Asking survivors to recount traumatic experiences in detail can intensify distress.
- Invalidation: Telling someone to “be strong” or “move on” undermines their emotions and may deepen feelings of isolation.
- False reassurance: Promises such as “everything will be fine soon” can damage trust when reality contradicts them.
- Emotional contagion: Volunteers who are emotionally unstable can transfer their panic, anger, or despair to survivors.
- Boundary violations: Without training, volunteers may overstep by giving unsolicited

advice, imposing religious or cultural interpretations, or engaging in physical contact without consent.

In armed conflicts, these risks are magnified. A careless word can discourage someone from seeking medical care or further psychological support. An insensitive comment, even if unintentional, may prevent a survivor from pursuing medical treatment, following through with essential care, or accepting further psychological assistance. For example, telling a person, *“You look fine”* or *“You look so strong”* could stop them from seeing a doctor despite internal injuries, or from reaching out to a mental health professional while silently struggling with trauma. Words can either open the door to healing or close it abruptly, reinforcing silence, shame, and isolation.

In wars, people often endure chronic uncertainty rather than a single traumatic event. Bombings, forced migration, family separations, and repeated exposure to violence accumulate over time. Volunteers must therefore learn to offer steady, calm, and sustainable support rather than quick-fix reassurances.

For instance, an elderly woman arriving at an emergency tent in Romania after being evacuated from a city in Ukraine where sexual harassment had occurred will not benefit from hearing, *“Everything will be fine.”* What she truly needs is a volunteer who can sit quietly with her, acknowledge her situation, provide accurate information about available services, and avoid pressuring her to disclose details of her experience. Moreover, conflict often politicizes suffering. Volunteers need training to remain neutral, to avoid spreading rumours, and to respect sensitive information. A poorly trained volunteer who inquires about a survivor’s military background or experiences could put that person at serious risk.

Do’s and Don’ts in PFA: personal experience during war

The practice of PFA rests not only on principles but on everyday communication skills that can either help or harm someone. Understanding “do’s and don’ts” in PFA is therefore crucial for volunteers, especially those who are not mental health professionals.

Quick guide of Do's and Don'ts

Do's in Psychological First Aid (PFA) during the war in Ukraine

1. Try to find a quiet place to talk, with as few distractions as possible.

War zones and refugee reception centres are often chaotic. Loud noises, the smell of smoke, seeing injured people being rescued, or media filming distress can all worsen a person's anxiety. Take them to a calmer corner or outside a crowded tent.

Example phrase: "Let's step over here where it's a little quieter, so you can feel more comfortable."

2. Be patient and calm.

Your presence should reduce stress, not add to it. Even if the person is overwhelmed, speak slowly, keep your body relaxed, and avoid sudden movements or displaying emotional instability. Some volunteers do not realize how their chaotic body language can affect others; even if their words are carefully chosen, rapid movements or tense gestures can increase stress for the people they are supporting.

Example phrase: "We can take as much time as you need. There's no rush."

3. Respect privacy and keep the person's story confidential.

Survivors often fear that their personal information may be misused. Make them feel safe by promising confidentiality.

Example phrase: "Your story stays with me; you don't need to worry about anyone else hearing it."

4. Stay close but respect personal space.

Avoid rushing to hug or hold hands. Some people may feel overwhelmed by physical contact, especially after trauma.

Example phrase: "I am here with you. If you'd like me to sit closer, let me know."

5. If touch is appropriate, keep it minimal.

If the person accepts, a light touch on the shoulder can communicate support. Immediately stop if you notice signs of discomfort.

Example phrase: "May I put my hand on your shoulder while you talk?"

6. Show that you are listening carefully.

Put away your phone, make eye contact, and nod gently to show attention. Survivors notice

distraction quickly and may feel dismissed.

Example phrase: "What you are saying is important, and I am fully listening."

7. Provide real and honest information.

If you don't know something, don't guess. False information can deepen mistrust.

Example phrase: "I don't know the answer yet, but I'll do my best to find out for you."

8. Give information simply and clearly.

During crises, people may be confused or disoriented. Repeat key information in short, simple sentences.

Example phrase: "The registration tent is here. The food distribution is tomorrow at noon. I can show you again later if needed."

9. Accept feelings and acknowledge losses.

If someone has lost their home or a loved one, don't try to fix their pain, acknowledge it.

Example phrase: "I hear how painful this is. Losing your home is a huge loss, and it makes sense that you feel this way."

10. Affirm strengths and resilience.

People need to be reminded of their own capacity to cope.

Example phrase: "Despite everything, you managed to bring your children here safely. That shows great strength."

11. Be comfortable with silence.

Not every moment has to be filled with words. Sometimes sitting quietly together is the most powerful form of support.

Example phrase: "We don't have to talk right now. I can just sit here with you."

Don'ts in Psychological First Aid (PFA) during the war in Ukraine

1. Don't force anyone to tell their story.

At the Romanian border, many volunteers asked arriving families if they lost their homes or loved ones. This caused distress. Let people share at their own pace.

Instead: "If you feel like talking, I'm here to listen. If not, that's okay too."

2. Don't interrupt or rush someone who is speaking.

Checking your watch or looking impatient makes survivors feel unimportant.

3. Don't touch without permission.

Physical contact may feel invasive or unsafe.

Instead: "Would it help if I sat closer, or would you prefer space?"

4. Don't judge their actions or feelings.

Avoid telling them how they should feel (*"you should feel grateful you survived."*).

Instead: "It's natural to feel many emotions right now... fear, sadness, even anger."

5. Don't invent answers.

Making up information undermines trust (*"your family will definitely arrive tomorrow."*).

Instead: "I don't know exactly when they'll arrive, but I'll try to find out."

6. Don't use jargon or technical terms.

Some might do the mistake to say: *"You may be experiencing acute stress disorder."*

Instead: "Your body and mind are reacting to extreme stress, and that's normal."

7. Don't compare or share other people's stories.

Each person's suffering is unique. Don't use: *"Another family lost everything too, and they are coping."*

Instead: "I want to understand what this means for you."

8. Don't ban emotions.

Telling people not to cry or worry shuts them down.

Instead: "It's okay to cry; this is very hard."

9. Don't minimize emotions.

Dismissing pain makes survivors feel unseen. *Avoid: "It's not the end of the world."*

Instead: "What happened feels enormous, and it's understandable you feel this way."

10. Don't talk about your own problems.

The focus must remain on them. *Avoid: "I also had a terrible week; I know how it feels."*

Instead: "I want to hear about your experience."

11. Don't make false promises or reassurances. *Avoid: "Everything will be fine soon."*

Instead: "I cannot promise things will improve quickly, but you will not face this alone."

12. Don't assume you must solve all problems.

Your role is to listen and support, not to fix everything. *Avoid: "I'll take care of everything for*

you.”

Instead: “Let’s think together about what could help you right now.”

13. Don’t ignore strengths or self-reliance.

Survivors need dignity, not pity.

Instead: “You’ve already taken important steps to protect yourself and your family.”

14. Don’t contradict or argue.

Avoid invalidating feelings or opinions, for example saying: *“It’s not okay to say that.”*

Instead: “I hear your perspective, even if it’s very painful.”

BIBLIOGRAPHY

- English

World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International.

(2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva, Switzerland: WHO.

Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva, Switzerland: IASC.

- Spanish

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Primeros auxilios psicológicos: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra, Suiza: OMS.

- Romanian

Confederația Caritas România. (2013). *Psychological first aid: Guide for community workers*.

Retrieved from <https://www.caritas-emergency.ro>

Melinda Endrefy is the President of the World Association of Emergency Psychology in Ukraine (WAEP-AMPE) and an international expert in emergency psychology. She currently serves as Representative for Europe and Asia at the International Federation of Emergency Psychology. Since 2022, she has been working as National Coordinator in ground-zero areas of the conflict in Ukraine with the HromadaHub, leading emergency psychology intervention operations in war contexts. Under her coordination, more than 500 humanitarian missions have been carried out in the areas most affected by the conflict, and over 1,000 professionals and volunteers have been trained in Psychological First Aid and Emergency Psychology, significantly contributing to the professionalization and standardization of psychological emergency response protocols in the country. She has developed and delivered specialized training programs in emergency psychology for psychologists of the State Emergency Service of Ukraine. She has also led international crisis intervention programs in Morocco and Turkey in response to recent earthquakes, in collaboration with Amurtel USA and Amurtel Romania. She is an accredited member in Emergency Psychology and of the Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes in Tenerife, Spain.

Her experience also includes direct participation in the volcanic eruption of La Palma (Canary Islands, Spain), hospital interventions during the COVID-19 pandemic (Spain and Romania), coordination of a winter emergency center in Romania, and psychological assistance operations in Nigeria following traffic accidents. Melinda Endrefy holds two official Master's degrees, in Educational Psychology and Communication Psychology. She is an accredited Health Psychologist, a Trainer of Trainers, and a PhD candidate at the University of Málaga.

Email: melinda.endrefy@gmail.com

EMERGENCY PSYCHOLOGY IN WAR ZONES: INTERPRETING TRAUMA AND COORDINATING HUMANITARIAN SUPPORT

**Best Practices and Pitfalls in Crisis Communication
and Psychological First Aid**

Maria Marusenko - Ukraine

INTRODUCTION

Emergency psychology has emerged as a crucial discipline in the context of war zones and humanitarian crises. It focuses on understanding, preventing, and alleviating the psychological suffering caused by disasters, armed conflicts, and emergencies. In modern conflicts, professionals often face a dual challenge: addressing acute mental health needs while coordinating the delivery of humanitarian aid under dangerous and uncertain conditions. The increasing complexity of humanitarian emergencies highlights the need for multidisciplinary collaboration, where psychologists, humanitarian workers, and interpreters operate together in high-risk environments. This integration strengthens the resilience of affected populations.

Moreover, as wars are becoming increasingly protracted, interventions must balance immediate relief with long-term psychosocial recovery strategies.

EMERGENCY PSYCHOLOGY IN ARMED CONFLICTS

Psychological First Aid (PFA) is considered the gold standard in immediate psychosocial support. It emphasizes ensuring safety, providing comfort, stabilizing emotional distress, and connecting individuals with additional resources. In war zones, survivors experience trauma differently, often showing signs of acute stress, shock, disorientation, and grief. Children may present with regression, sleep

disturbances, or separation anxiety, while adults often face intrusive memories, hypervigilance, or emotional numbing. Elderly populations, often overlooked, may suffer from compounded stress due to displacement, health issues, and social isolation. PFA in these situations must be adapted to rapidly changing security conditions and cultural contexts. While its simplicity is a strength, it should not be mistaken for therapy. PFA is a bridge to further support, not a replacement for long-term interventions. Another challenge lies in delivering PFA in large-scale emergencies where resources are scarce, requiring creative strategies such as training community leaders to act as first responders.

THE INTERPRETER'S ROLE IN TRAUMA INTERVENTIONS

In multilingual humanitarian settings, interpreters play an essential role in bridging communication between survivors and mental health professionals. They are not passive conduits of words; they are active participants in the therapeutic exchange. Their presence ensures that survivors' voices are heard accurately, and cultural nuances are respected. Positive aspects include building trust, conveying empathy, and enabling survivors to tell their story in their own words. Yet, interpreters also face significant risks. Exposure to repeated traumatic narratives can lead to secondary traumatic stress, burnout, or moral injury. In addition, interpreters may struggle with maintaining neutrality if they share cultural or national ties with survivors. To safeguard interpreters, agencies must provide training on psychological first aid, stress management, and clear boundaries of role expectations. Interpreters must also have access to supervision and peer support systems. Recognizing their contributions as central to the success of psychological interventions, rather than peripheral, is vital for professional practice.

OPERATIONAL PRACTICES: DO'S AND DON'TS

What should be done: responders must prioritize physical and emotional safety, listen without judgment, provide stabilization, and respect cultural norms. Interpreters should deliver faithful and neutral translations, while humanitarian teams must avoid creating false hope or making promises that cannot be kept. Coordination with local organizations and community leaders helps to ensure interventions are culturally relevant and accepted. Evidence suggests that survivors benefit most when interventions focus on empowerment, helping them regain a sense of agency in chaotic circumstances. What

should not be done: forcing disclosure of traumatic events, imposing personal interpretations, or minimizing the survivor's distress.

Another harmful practice is offering unsolicited advice or using technical language survivors may not understand. Interventions should empower individuals rather than disempower them by reinforcing feelings of helplessness. Additionally, responders must avoid over-identification, where their own emotions cloud professional judgment.

CRISIS COMMUNICATION IN HUMANITARIAN TEAMS

Effective communication within humanitarian teams is equally vital. Clear role definition, safety protocols, and mutual support mechanisms are essential for maintaining cohesion under pressure. Daily briefings help synchronize actions across medical, logistical, and psychological staff. The use of debriefings after critical incidents is recommended to allow team members to share experiences and identify stressors. Responders are also at risk of burnout and vicarious trauma, which makes peer support, rest cycles, and psychological supervision critical elements of field operations. Leaders should model resilience and self-care practices, recognizing that the well-being of the team directly impacts the quality of care provided to survivors. In prolonged operations, rotating staff and integrating mental health breaks are not luxuries but necessities for sustainability. Investing in team resilience training has proven effective in improving both morale and operational effectiveness.

ETHICAL CONSIDERATIONS IN EMERGENCY PSYCHOLOGY

Ethics in emergency psychology require a strict commitment to confidentiality, neutrality, and non-maleficence. Professionals must balance urgency with the rights and dignity of survivors. Cultural competence is key to ensuring interventions are accepted and effective. In war zones, where trust is fragile, maintaining impartiality is not only ethical but also operationally necessary. Ethical dilemmas often arise, such as when survivors disclose sensitive information that may have security implications. Professionals must be trained in how to navigate these dilemmas without breaching trust. Furthermore, humanitarian interventions must respect local healing traditions and integrate them where appropriate, provided they do not cause harm.

Another critical issue is informed consent, which may be difficult to ensure in chaotic conditions but remains a cornerstone of ethical practice.

CONCLUSION

Emergency psychology in war zones demands resilience, adaptability, and ethical clarity. The combined work of humanitarian coordinators, psychologists, and interpreters demonstrates that while urgent intervention is often necessary, it must be guided by respect, cultural sensitivity, and professional standards. Building resilience among survivors and responders alike ensures not only immediate relief but also the foundation for long-term recovery. Future practice should focus on preparing responders through robust training programs, fostering cross-disciplinary collaboration, and advocating for the integration of mental health into every stage of humanitarian response. Ultimately, emergency psychology in armed conflicts is not only about alleviating suffering in the present but also about planting seeds of hope, strength, and recovery for the future.

REFERENCES

- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., ... & Watson, P. (2006). *Psychological first aid: Field operations guide* (2nd ed.). National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.
- Everly, G. S., & Flynn, B. W. (2006). Principles and practical procedures for acute psychological first aid training for personnel without mental health experience. *International Journal of Emergency Mental Health*, 8(2), 93–100.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–315.
- World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO.
- North, C. S., & Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: A systematic review. *JAMA*, 310(5), 507–518.

Watson, P. J., Brymer, M. J., & Bonanno, G. A. (2011). Postdisaster psychological intervention since 9/11. *American Psychologist*, 66(6), 482–494.

Inter-Agency Standing Committee. (2007). IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. IASC.

Mollica, R. F. (2006). *Healing invisible wounds: Paths to hope and recovery in a violent world*. Harcourt.

van Ommeren, M., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: Emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*, 83(1), 71–76.

AUTHOR BIOGRAPHY

Maria Marusenko is a humanitarian worker and interpreter with extensive experience in Ukrainian hotspots. She has coordinated humanitarian aid teams, organized psychosocial support activities, and served as an interpreter in high–stress psychological interventions. Her professional focus lies at the intersection of humanitarian logistics and emergency psychology, ensuring survivors receive both material and psychological support. She collaborates with international psychologists, NGOs, and local communities to promote resilience and recovery in crisis situations. She has also contributed to training programs for interpreters and aid workers, emphasizing cultural competence and ethical practice.

Email: mariemarusenko@gmail.com

ПСИХОЛОГІЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ У ЗОНАХ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ: ЯК ІНТЕРПРЕТУВАТИ ТРАВМИ ТА КООРДИНУВАТИ ГУМАНІТАРНУ ДОПОМОГУ

**Найкращі практики та підводні камені кризової комунікації та
психологічної першої допомоги**

Maria Marusenko - Ukraine

ВСТУП

Екстрена психологія стала важливою дисципліною в контексті воєнних зон та гуманітарних криз. Вона зосереджується на розумінні, запобіганні та полегшенні психологічних страждань, спричинених катастрофами, збройними конфліктами та надзвичайними ситуаціями. У сучасних конфліктах фахівці часто стикаються з подвійним викликом: задоволення гострих потреб у галузі психічного здоров'я та координація надання гуманітарної допомоги в небезпечних і непевних умовах. Зростаюча складність гуманітарних надзвичайних ситуацій підкреслює необхідність міждисциплінарної співпраці, в рамках якої психологи, гуманітарні працівники та перекладачі працюють разом у середовищах з високим рівнем ризику. Така інтеграція зміцнює стійкість постраждалого населення. Більше того, оскільки війни стають дедалі тривалішими, втручання повинні забезпечувати баланс між негайною допомогою та довгостроковими стратегіями психосоціального відновлення.

ПСИХОЛОГІЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Психологічна перша допомога (ППД) вважається золотим стандартом у наданні негайної психосоціальної підтримки. Вона наголошує на забезпеченні

безпеки, наданні комфорту, стабілізації емоційного стресу та зв'язку людей з додатковими ресурсами. У зонах військових дій люди, які пережили трагедію, по-різному переживають травму, часто виявляючи ознаки гострого стресу, шоку, дезорієнтації та горя. Діти можуть виявляти регресію, порушення сну або тривогу розлуки, тоді як дорослі часто стикаються з

нав'язливими спогадами, гіперпильністю або емоційним заціпенінням. Люди похилого віку, яких часто не беруть до уваги, можуть страждати від посиленого стресу через переміщення, проблеми зі здоров'ям та соціальну ізоляцію. У таких ситуаціях ППД повинна бути адаптована до швидко мінливих умов безпеки та культурного контексту. Хоча її простота є її сильною стороною, її не слід плутати з терапією. ППД є містком до подальшої підтримки, а не заміною довгострокових втручань. Інша проблема полягає в наданні ППД у великих надзвичайних ситуаціях, де ресурси обмежені, що вимагає творчих стратегій, таких як навчання лідерів громад діяти як працівники екстрених служб.

РОЛЬ ПЕРЕКЛАДАЧА В ІНТЕРВЕНЦІЯХ ПРИ ТРАВМАХ

У багатомовних гуманітарних умовах перекладачі відіграють важливу роль у налагодженні комунікації між жертвами та фахівцями з психічного здоров'я. Вони не є пасивними посередниками слів, а активними учасниками терапевтичного обміну. Їхня присутність гарантує, що голоси жертв будуть почуті точно, а культурні нюанси будуть поважатися. Позитивні аспекти включають побудову довіри, передачу емпатії та надання потерпілим можливості розповісти свою історію своїми словами. Однак перекладачі також стикаються із значними ризиками. Повторне прослуховування травматичних розповідей може призвести до вторинного травматичного стресу, вигорання або моральної травми. Крім того, перекладачі можуть мати труднощі з дотриманням нейтральності, якщо вони мають культурні або національні зв'язки з потерпілими. Для захисту перекладачів агентства повинні проводити навчання з психологічної першої допомоги, управління стресом та чітких меж очікувань щодо їхньої ролі. Перекладачі також повинні мати доступ до систем нагляду та підтримки колег. Визнання їхнього внеску як центрального для успіху психологічних втручань, а не периферійного, є життєво важливим для професійної практики.

ОПЕРАЦІЙНІ ПРАКТИКИ: ЩО МОЖНА І ЩО НЕ МОЖНА РОБИТИ

Що слід робити: реагуючі особи повинні надавати пріоритет фізичній та емоційній безпеці, вислуховувати без осуду, забезпечувати стабілізацію та поважати культурні норми. Перекладачі повинні надавати точні та нейтральні переклади, а гуманітарні команди повинні уникати створення помилкових надій або обіцянок, які не можуть бути виконані. Координація з місцевими організаціями та лідерами громад допомагає забезпечити, щоб втручання були культурно доречними та прийнятними. Докази свідчать, що потерпілі отримують найбільшу користь, коли втручання зосереджуються на розширенні їхніх можливостей, допомагаючи їм відновити відчуття власної дієздатності в хаотичних обставинах. Чого не слід робити: примушувати до розкриття травматичних подій, нав'язувати особисті інтерпретації або мінімізувати страждання потерпілих. Іншою шкідливою практикою є надання непроханих порад або використання технічної мови, яку потерпілі можуть не розуміти. Втручання повинні розширювати можливості людей, а не обмежувати їх, посилюючи почуття безпорадності. Крім того, працівники екстрених служб повинні уникати надмірної ідентифікації, коли їхні власні емоції затьмарюють професійний судження.

КРИЗОВА КОМУНІКАЦІЯ В ГУМАНІТАРНИХ КОМАНДАХ

Ефективна комунікація всередині гуманітарних команд є не менш важливою. Чітке визначення ролей, протоколи безпеки та механізми взаємної підтримки є необхідними для збереження згуртованості в умовах тиску. Щоденні інструктажі допомагають синхронізувати дії медичного, логістичного та психологічного персоналу.

Рекомендується проводити підбиття підсумків після критичних інцидентів, щоб члени команди могли поділитися досвідом та визначити фактори стресу. Рятувальники також піддаються ризику вигорання та опосередкованої травми, що робить підтримку колег, цикли відпочинку та психологічний нагляд критично важливими елементами польових операцій. Керівники повинні демонструвати стійкість та практикувати самопіклування, усвідомлюючи, що благополуччя команди безпосередньо впливає на якість допомоги, що надається постраждалим. У

разі тривалих операцій ротація персоналу та включення перерв для відновлення психічного здоров'я є не розкішню, а необхідністю для

забезпечення стійкості. Інвестиції в тренінги з підвищення стійкості команди виявилися ефективними для поліпшення морального духу та оперативної ефективності.

ЕТИЧНІ МІРКУВАННЯ В ЕКСТРЕНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

Етика в екстреній психології вимагає суворого дотримання конфіденційності, нейтральності та неспікідливості. Фахівці повинні збалансувати терміновість з правами та гідністю тих, хто вижив. Культурна компетентність є ключовим фактором для забезпечення прийнятності та ефективності втручань. У зонах військових дій, де довіра є нестійкою, збереження неупередженості є не тільки етичним, але й оперативно необхідним. Часто виникають етичні дилеми, наприклад, коли потерпілі розкривають конфіденційну інформацію, яка може мати наслідки для безпеки. Фахівці повинні бути навчені тому, як вирішувати такі дилеми, не порушуючи довіри. Крім того, гуманітарні втручання повинні поважати місцеві традиції зцілення та інтегрувати їх, де це доречно, за умови, що вони не завдають шкоди. Іншим важливим питанням є інформована згода, яку може бути важко забезпечити в хаотичних умовах, але яка залишається основою етичної практики.

ВИСНОВОК

Психологія надзвичайних ситуацій у зонах військових конфліктів вимагає стійкості, адаптивності та етичної чіткості. Спільна робота координаторів гуманітарної допомоги, психологів та перекладачів демонструє, що хоча термінове втручання часто є необхідним, воно повинно базуватися на повазі, культурній чутливості та професійних стандартах. Формування стійкості як у тих, хто пережив трагедію, так і в тих, хто надає допомогу, забезпечує не тільки негайне полегшення, але й основу для довгострокового відновлення. Майбутня практика повинна зосередитися на підготовці рятувальників за допомогою надійних програм навчання, сприянні міждисциплінарній співпраці та пропаганді інтеграції психічного здоров'я на кожному етапі гуманітарної допомоги.

Зрештою, екстрена психологія в збройних конфліктах полягає не тільки в полегшенні страждань у сьогоденні, але й у посіві насіння надії, сили та відновлення на майбутнє.

ПОСИЛАННЯ

Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., ... & Watson, P. (2006). *Psychological first aid: Field operations guide* (2nd ed.). National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.

Everly, G. S., & Flynn, B. W. (2006). Principles and practical procedures for acute psychological first aid training for personnel without mental health experience. *International Journal of Emergency Mental Health*, 8(2), 93–100.

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–315.

World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO.

North, C. S., & Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: A systematic review. *JAMA*, 310(5), 507–518.

Watson, P. J., Brymer, M. J., & Bonanno, G. A. (2011). Postdisaster psychological intervention since 9/11. *American Psychologist*, 66(6), 482–494.

Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. IASC.

Mollica, R. F. (2006). *Healing invisible wounds: Paths to hope and recovery in a violent world*. Harcourt.

van Ommeren, M., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: Emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*, 83(1), 71–76.

БІОГРАФІЯ АВТОРА

Марія Марусенко – гуманітарний працівник і перекладач з великим досвідом роботи в гарячих точках України. Вона координувала гуманітарні групи, організовувала заходи з психосоціальної підтримки та працювала перекладачем під час психологічних втручань у стресових ситуаціях. Її професійна діяльність зосереджена на поєднанні гуманітарної логістики та екстреної психології, що забезпечує надання матеріальної та психологічної підтримки постраждалим. Вона співпрацює з міжнародними психологами, громадськими організаціями та місцевими громадами з метою сприяння стійкості та відновленню в кризових ситуаціях. Вона також брала участь у програмах підготовки перекладачів та гуманітарних працівників, акцентуючи увагу на культурній компетентності та етичній практиці. Контактна інформація:

Імейл: mariemarusenko@gmail.com

INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS EN RIESGO ALGORÍTMICO: DATOS, GOBERNANZA Y VIOLENCIAS DIGITALES

Fernanda Spinuzza - Argentina

Identidad digital y algoritmos: construcción y vulnerabilidad

La infancia y la adolescencia contemporánea se desarrollan en un escenario digital hiperconectado, en el que la identidad no se constituye únicamente en interacciones presenciales, sino también —y cada vez más— en espacios mediados por algoritmos. Redes sociales, videojuegos en línea, plataformas de mensajería y servicios de streaming organizan el tiempo, la información, los vínculos y las prácticas cotidianas de niños, niñas y adolescentes (NNyA). A diferencia de generaciones previas, sus procesos de socialización están atravesados por dispositivos que recolectan, procesan y ordenan datos de manera constante. La identidad digital, en este sentido, no es un complemento de la identidad personal: es un elemento constitutivo de ella.

Esto significa que no se trata de un “espacio paralelo” en el que los niños y adolescentes proyectan una versión secundaria de sí mismos, sino que las interacciones en línea forman parte inseparable de su experiencia subjetiva y social. Los perfiles en redes sociales, las métricas de validación algorítmica, las conversaciones en plataformas de mensajería y la exposición a contenidos seleccionados por sistemas automatizados no solo acompañan, sino que configuran creencias, emociones, aspiraciones y modos de vincularse. De esta manera, el “yo digital” se entrelaza con el “yo social” y psicológico, generando una identidad híbrida en la cual lo que sucede en entornos virtuales tiene consecuencias directas en la vida offline: impacta en la autoestima, en la percepción del cuerpo, en la construcción de confianza y en la manera en que los adolescentes se piensan a sí mismos en relación con los demás.

Las investigaciones recientes muestran que una proporción significativa de adolescentes utiliza internet durante más de tres horas diarias, con una fuerte concentración de su tiempo en redes sociales y juegos en línea. Estos entornos digitales no pueden ser entendidos como espacios neutrales: cada interacción deja un rastro de datos que es procesado y retroalimentado por algoritmos diseñados para captar y mantener la atención del usuario. Como consecuencia, se configuran “burbujas” de contenido que no solo refuerzan intereses y creencias preexistentes, sino que también condicionan la exposición a nuevas ideas, limitan la diversidad informativa y moldean, de manera indirecta pero persistente, los procesos de construcción identitaria. Este fenómeno, además, se vincula con dinámicas de reconocimiento y validación social mediadas por la lógica algorítmica, lo que incrementa la dependencia de los adolescentes respecto de estos espacios para definir sus aspiraciones, su sentido de pertenencia y su manera de comprender el mundo.

En paralelo, los adolescentes consideran a las redes sociales su principal fuente de información, incluso por encima de medios tradicionales o de la familia. Esto implica que gran parte de sus opiniones, percepciones y formas de relación se desarrollan en espacios gobernados por empresas tecnológicas cuyo interés principal es la retención de usuarios y la monetización de datos.

En este contexto, resulta clave comprender el papel de la gobernanza algorítmica, es decir, el conjunto de reglas y decisiones automatizadas que orientan qué contenidos se muestran, cómo circulan y con qué jerarquías aparecen en los entornos digitales. Para NNyA, esta dinámica supone una vulnerabilidad particular: interactúan cotidianamente con sistemas cuyo funcionamiento desconocen, sin plena conciencia de qué datos personales son recolectados ni de qué manera estos influyen en sus experiencias. A ello se suma que las legislaciones nacionales están avanzando con lentitud frente al ritmo vertiginoso de la innovación tecnológica, lo que deja espacios de desprotección en un momento vital para la construcción de su identidad.

No podemos perder de vista además, la existencia de una brecha generacional significativa. Mientras los adolescentes hacen un uso intensivo y naturalizado de las tecnologías digitales, los adultos responsables —padres, madres y educadores— suelen presentar un nivel menor de competencias digitales críticas. Esta distancia se traduce en tensiones respecto de las formas de acompañamiento: en algunos casos, se recurre a la vigilancia sin mediación, y en otros, a la permisividad absoluta. Ambos enfoques, aunque

opuestos en apariencia, reproducen situaciones de desprotección y limitan la posibilidad de un acompañamiento efectivo y consciente.

La identidad en la adolescencia se encuentra crecientemente modelada por dinámicas de validación digital, donde la cantidad de seguidores, los “me gusta”, las reacciones en publicaciones y las interacciones en entornos de juego en línea adquieren un peso central en la configuración del autoconcepto. Diversas investigaciones académicas y experiencias recogidas en el trabajo de campo señalan que los y las adolescentes tienden a vincular su autoestima con estas métricas algorítmicas, lo que puede generar un sentido de valía personal altamente condicionado por parámetros externos y fluctuantes. En este marco, la exposición a discursos de odio, prácticas de acoso en línea y contenidos desinformativos no constituye un fenómeno marginal, sino un factor con capacidad de reforzar estigmas, consolidar auto-percepciones negativas y profundizar desigualdades ya existentes en otros planos de la vida social.

Si bien muchos de estos análisis se han desarrollado en el marco de estudios sobre gobernanza de datos, cibercrimen y comunicación digital, sus hallazgos poseen una relevancia significativa para el ámbito clínico y psicosocial. Profesionales que trabajan con adolescentes identifican en estos procesos manifestaciones concretas de malestar subjetivo: ansiedad derivada de la falta de visibilidad o reconocimiento en entornos virtuales, dependencia de la aprobación algorítmica como sostén de la autoestima y fragilidad de los vínculos mediados digitalmente. Estos patrones no solo impactan en la construcción identitaria, sino que también condicionan la capacidad de agencia, la regulación emocional y la forma en que los y las adolescentes se posicionan frente a los demás, tanto en la esfera online como en la offline.

Explotación y violencias digitales: grooming, ciberacoso y explotación sexual en línea

El entorno digital presenta un conjunto de riesgos que exceden ampliamente las dinámicas de entretenimiento o socialización, y que se ubican en el terreno delictivo. Entre ellos, la explotación sexual infantil en línea, el grooming y el ciberacoso constituyen problemáticas centrales que afectan de manera directa a niñas, niños y adolescentes (NNyA). Estos fenómenos no pueden comprenderse como incidentes aislados, sino como expresiones de procesos crecientes que combinan dimensiones sociales, jurídicas y psicológicas. Un aspecto especialmente alarmante es la presencia de organizaciones

criminales con una alta capacidad de acción: cuentan con tiempo, recursos económicos y estructuras sofisticadas que destinan de manera sistemática al reclutamiento y captación de NNyA con fines de explotación sexual. Estas redes se contactan con los menores en entornos digitales, fingen ser pares de su misma edad, introducen progresivamente la sexualización en las conversaciones y buscan generar dependencia emocional hacia el vínculo construido, lo que incrementa la vulnerabilidad de las víctimas y dificulta la detección temprana del delito.

Grooming como delito y problemática social

El grooming se define como el conjunto de conductas deliberadas de una persona adulta que, mediante engaño, manipulación y persuasión, establece contacto con un menor en entornos digitales con fines sexuales. La característica central de este fenómeno es que explota la vulnerabilidad propia de la infancia y la adolescencia, valiéndose de factores como la falta de experiencia, la búsqueda de aceptación y la exposición cotidiana en redes sociales.

En Argentina, el grooming fue tipificado como delito a partir de la sanción de la Ley 26.904 (2013), que incorporó el artículo 131 al Código Penal. Este establece:

“Será penado con prisión de seis meses a cuatro años el que, por medio de comunicaciones electrónicas, telecomunicaciones o cualquier otra tecnología de transmisión de datos, contactare a una persona menor de edad, con el propósito de cometer cualquier delito contra la integridad sexual de la misma.”

La inclusión de esta figura representó un avance normativo importante en la protección de NNyA frente a las violencias digitales. Sin embargo, en la práctica persisten obstáculos significativos para la investigación y la judicialización de casos: la velocidad con que se desarrollan las interacciones digitales, la dificultad para rastrear pruebas en entornos virtuales, la volatilidad de los contenidos y el desconocimiento social sobre la forma en que operan los agresores. Todo ello genera un escenario en el que la tipificación legal, si bien necesaria, resulta insuficiente sin políticas públicas integrales que articulen prevención, educación digital y fortalecimiento de las capacidades institucionales de persecución penal.

Explotación sexual infantil en línea y desafíos globales

La explotación sexual infantil mediada por tecnologías de la información y la comunicación (TIC) constituye una problemática global y compleja. El Estado argentino, en línea con compromisos internacionales, ha debido adaptar sus marcos normativos para perseguir delitos vinculados con la producción, difusión y tenencia de material de abuso sexual infantil. No obstante, la velocidad con la que estos contenidos se reproducen y circulan en internet supera de manera constante las capacidades de respuesta judicial y policial, creando un escenario de alta vulnerabilidad para las víctimas.

A esta dificultad se suma la dimensión transnacional del fenómeno: los delitos digitales trascienden las fronteras físicas de provincias y países, y en numerosos casos el agresor y la víctima se encuentran sujetos a jurisdicciones legales distintas. Esta fragmentación normativa obstaculiza la investigación, la persecución y la detención de responsables, lo que evidencia la necesidad de articular esfuerzos internacionales más sólidos. Resulta imperativo avanzar hacia estándares globales de cooperación judicial, marcos comunes de actuación y protocolos de colaboración entre Estados, organismos multilaterales y empresas tecnológicas. Solo a través de este entramado institucional y normativo será posible reducir la impunidad y garantizar mayores niveles de protección a NNyA en entornos digitales.

Ciberacoso sexual infantil y dinámicas entre pares

El ciberacoso sexual infantil no se limita únicamente a la acción de adultos sobre niñas, niños y adolescentes (NNyA), sino que también puede manifestarse en el marco de las interacciones entre pares. En la actualidad, fenómenos como la difusión no consentida de imágenes íntimas, el sexting coercitivo o el chantaje digital se presentan con frecuencia creciente entre adolescentes, aprovechando la omnipresencia de dispositivos móviles y redes sociales. Estas prácticas no solo constituyen formas de violencia sexual digital, sino que implican un ejercicio de poder y control que produce consecuencias emocionales severas en quienes las sufren. Desde la psicología clínica se ha documentado cómo la exposición a estas experiencias incrementa la ansiedad, la depresión, la sensación de humillación pública y, en muchos casos, la ideación suicida. A nivel social, estos hechos tienden a reforzar estigmas y dinámicas de revictimización, ya

que la circulación del material en entornos digitales es potencialmente ilimitada y difícil de revertir.

Este tipo de violencia ha trascendido el marco de análisis exclusivo de la psicología y la pediatría, desplazándose hacia campos como la criminología, la seguridad informática y el derecho digital. Tal desplazamiento responde a la necesidad de considerar la especificidad del entorno tecnológico en el que se producen estos delitos, donde factores como la anonimidad, la viralidad de los contenidos y la persistencia de la huella digital agravan el impacto en las víctimas. En este sentido, la **Ley Olimpia** recientemente sancionada a nivel nacional en Argentina, y los proyectos provinciales como los impulsados en San Luis (Ley I 1.154 Violencias Digitales, Protección de datos personales en entornos digitales, entre otros), constituyen respuestas normativas que buscan dar un marco legal a prácticas hasta hace poco invisibilizadas o tratadas como “conflictos interpersonales” sin dimensión delictiva.

Violencias digitales y quiebre de la confianza

Las violencias digitales generan un impacto profundo en los cimientos de la confianza interpersonal y en la construcción de la subjetividad. El grooming, al sustentarse en estrategias de manipulación y engaño, produce en las víctimas un quiebre en la percepción de seguridad respecto de las relaciones humanas. El abusador explota no solo la vulnerabilidad propia de la edad, sino también la búsqueda de aceptación y pertenencia característica de la adolescencia. El resultado es la erosión de la capacidad de distinguir vínculos genuinos de aquellos basados en intereses de explotación, lo cual deja secuelas duraderas en el desarrollo emocional.

Por su parte, el ciberacoso —ya sea en forma de hostigamiento sistemático, difusión de rumores, exclusión digital o agresiones en redes sociales— impacta directamente sobre el sentido de pertenencia al grupo de pares. Dado que la adolescencia es una etapa vital en la que el reconocimiento social juega un rol central, estas experiencias refuerzan sentimientos de aislamiento, desesperanza y retraimiento. Investigaciones recientes indican que Argentina se ubica como el **segundo país de América Latina con mayores índices de acoso escolar y cyberbullying**, lo cual sitúa al país frente a un escenario crítico que demanda políticas urgentes de prevención, detección y acompañamiento.

Desafíos normativos y cooperación internacional

Pese a los avances legislativos, los informes y diagnósticos académicos coinciden en señalar que las políticas de prevención, protección y sanción aún resultan insuficientes. La cooperación internacional enfrenta un obstáculo central: la fragmentación legislativa. En muchos casos, las víctimas y los victimarios no se encuentran bajo las mismas jurisdicciones legales, lo que dificulta los procesos de persecución, investigación y sanción. El carácter transnacional de las violencias digitales implica que los delitos trascienden las fronteras físicas de provincias y países, desbordando las competencias tradicionales de los sistemas judiciales.

Ante este escenario, la articulación internacional se presenta como una condición indispensable. La creación de estándares globales, la firma de tratados multilaterales y la cooperación entre agencias policiales especializadas resultan elementos claves para enfrentar un fenómeno que aprovecha las asimetrías normativas y tecnológicas entre países. En paralelo, resulta igualmente importante consolidar marcos provinciales que reconozcan la especificidad de las violencias digitales y otorguen a las víctimas canales de denuncia, reparación y protección efectivos.

Implicancias clínicas y educativas

Aunque el análisis se sitúe principalmente en el campo del cibercrimen y las relaciones internacionales, los hallazgos aquí sistematizados son insumos valiosos para la psicología, la pedagogía y la salud pública. Psicólogos y psicólogas que trabajan con adolescentes identifican en estas descripciones patrones que se traducen en síntomas clínicos recurrentes: ansiedad persistente, retraimiento social, pérdida de confianza tanto en adultos como en pares, miedo a la exposición social y, en casos extremos, conductas autolesivas.

Desde la educación, la prevención requiere la incorporación sistemática de programas de alfabetización digital crítica, que permitan a NNyA comprender los riesgos, reconocer intentos de manipulación y desarrollar resiliencia frente a dinámicas de hostigamiento. A su vez, resulta imprescindible el involucramiento de las familias, no bajo la lógica del control punitivo, sino desde la mediación activa y la construcción de confianza intergeneracional. Solo mediante un abordaje integral que articule lo

normativo, lo clínico y lo educativo, será posible reducir el impacto de estas violencias y garantizar entornos digitales más seguros.

Ciberdelitos, discursos de odio y desinformación

La complejidad del ecosistema digital actual muestra que las violencias hacia niñas, niños y adolescentes (NNyA) no se reducen únicamente al plano de la interacción interpersonal, sino que forman parte de dinámicas estructurales que combinan factores tecnológicos, económicos y políticos. Si en capítulos previos analizamos cómo los algoritmos y las plataformas configuran identidades, vínculos y modos de subjetivación, en este apartado resulta necesario dar un paso más y observar cómo esos mismos entornos habilitan la expansión de delitos informáticos, la propagación de desinformación y la proliferación de discursos de odio.

Lejos de constituir fenómenos marginales, estas prácticas han adquirido un lugar central en la configuración del espacio público digital. El ciberdelito, entendido en un sentido amplio, abarca desde delitos financieros y fraudes electrónicos hasta redes de trata, espionaje y explotación sexual en línea. Informes internacionales señalan que las tecnologías de la información son utilizadas de manera estratégica por organizaciones criminales transnacionales, las cuales encuentran en la conectividad global y en la dificultad de regulación interestatal un terreno fértil para sus actividades. En este entramado, NNyA constituyen un objetivo privilegiado: su alta exposición, el uso intensivo de plataformas sociales, la naturalidad con que comparten datos y la falta de herramientas de autoprotección los coloca en un lugar de particular vulnerabilidad.

A la par de estas formas de ciberdelito, emergen otros riesgos menos visibles pero igual de profundos en su impacto: la desinformación y los discursos de odio. La circulación de noticias falsas, teorías conspirativas o contenidos manipulados no se limita a un “error informativo”; se trata de una estrategia sistemática que produce efectos sociales y subjetivos concretos. En la adolescencia, donde los procesos de construcción identitaria son especialmente sensibles a la mirada del otro, la exposición a estas narrativas refuerza estereotipos de género, discriminaciones raciales o religiosas, modelos de consumo inalcanzables y representaciones distorsionadas de la realidad social. La desinformación, en este sentido, debe ser comprendida como una forma de violencia digital que erosiona el derecho de NNyA a recibir información veraz, plural y confiable.

Del mismo modo, los discursos de odio constituyen una de las expresiones más crudas de violencia simbólica en línea. La facilidad con que internet permite la reproducción masiva de mensajes discriminatorios —por género, etnia, religión, orientación sexual o condición socioeconómica— incrementa la exposición de NNyA a entornos hostiles. Las investigaciones en ciencias sociales y psicología del desarrollo coinciden en señalar que estas experiencias no solo dañan a quienes son el blanco directo de los ataques, sino que modelan la percepción del resto de los usuarios, naturalizando la violencia verbal y simbólica como parte de la interacción cotidiana. La adolescencia, etapa en la que el sentido de pertenencia es clave para el bienestar subjetivo, se ve así atravesada por narrativas que generan exclusión, miedo y retraimiento.

Los efectos de estas dinámicas son múltiples y profundos. Desde la perspectiva clínica, se observan síntomas de ansiedad, disminución de la autoestima, aislamiento social e incluso conductas autolesivas vinculadas con la exposición a hostigamiento, desinformación o discursos violentos. Desde la óptica social, la internalización de estigmas y la radicalización de posiciones dificultan la apertura al diálogo y la convivencia democrática. Y desde el derecho, el problema se agrava por la responsabilidad difusa: mientras los Estados buscan legislar sobre contenidos nocivos, las plataformas tecnológicas invocan principios de libertad de expresión y autorregulación para justificar su limitada intervención. Este vacío normativo impacta directamente en la posibilidad de garantizar a NNyA un ecosistema digital seguro.

El análisis de los ciberdelitos, la desinformación y los discursos de odio nos permiten entonces, ampliar la mirada sobre las violencias digitales: no se trata únicamente de delitos cometidos contra individuos, sino de fenómenos estructurales que transforman las condiciones en las que NNyA crecen, se informan, se relacionan y construyen identidad. Comprender estas dinámicas es condición necesaria tanto para la formulación de políticas públicas eficaces como para la intervención clínica y educativa que acompañe a las infancias y adolescencias en un entorno marcado por riesgos cada vez más sofisticados.

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

Chaux Esquivel, N. D., & Fernández Martín, E. T. (2022). El grooming: Dinámica de captación de la ESCNNA en el entorno digital. *Diálogos de Saberes*, (56), 49–67.

Defensoría de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Provincia de Córdoba. (2023). *Infancias y adolescencias en el mundo digital: Informe sobre el uso de redes sociales, acceso a internet y derechos digitales de NNyA en Córdoba*. Córdoba, Argentina: Defensoría del Pueblo de la Provincia de Córdoba.

Fundación Ambiance 2050. (2024). *Manual de ciberseguridad para infancias y juventudes* (M. F. Spinuzza, Dir.). San Luis: Fundación Ambiance 2050. ISBN 978-631-90689-0-0.

González, P. A. (2023). Ciberacoso sexual infantil en Argentina: análisis discursivo del debate de la Ley de Grooming. *Anagramas Rumbos y Sentidos de la Comunicación*, 21(42), 1–23.

González, V. (2021). Explotación sexual infantil a través de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC). El estado de la cuestión en la jurisprudencia argentina. *Revista Jurídica Argentina*, 5(3), 115–140.

ICETEX. (2021). *Definición de estrategia de calidad de datos: Modelo de gobierno de datos, calidad de datos y gestión del cambio (Versión 1.0)*. Bogotá, Colombia: ICETEX.

Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito (UNODC). (2020). *Ciberdelitos: terrorismo, crimen organizado y espionaje*. Nueva York: Naciones Unidas.

Save the Children España. (2024). *Derechos #SinConexión: Un análisis sobre derechos de la infancia y la adolescencia y su protección en el entorno digital*. Madrid: Save the Children.

Save the Children España. (2024). *Desinformación y discursos de odio en el entorno digital (Anexo al informe Derechos #SinConexión)*. Madrid: Save the Children.

RESEÑA DE LA AUTORA

Fernanda Spinuzza es Licenciada en Relaciones Internacionales por la Universidad Católica de Córdoba, especializada en cibercrimen, protección de datos personales, gobernanza de datos y cumplimiento normativo. Actualmente se desempeña como Diputada Provincial en San Luis y preside la Fundación Ambiance 2050, desde donde impulsa programas de alfabetización digital, ciudadanía digital y concientización sobre riesgos en entornos virtuales. En el plano académico, se desempeña como docente universitaria en diplomaturas y programas de posgrado sobre prevención de delitos digitales, inteligencia artificial, salud mental y gobernanza de internet. Asimismo, ha coordinado talleres de alfabetización digital en distintos puntos del país, articulando alianzas entre el Estado, instituciones educativas y organizaciones de la sociedad civil.

Correo de contacto: spinuzzafernanda@gmail.com

RIESGOS DE DESINFORMACIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Clara Isabel Vélez Rincón - Colombia

Los teléfonos celulares se convirtieron en una herramienta efectiva para la prevención y atención de desastres. Grupos de WhatsApp y Telegram gestionados por las comunidades, las alertas de terremoto de Google y cuentas en redes sociales de organismos gubernamentales como las de la Unidad Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres (UNGRD) y del Servicio Geológico Colombiano, están literalmente a la mano de miles de personas.

Bien manejadas, pueden brindar educación para la gestión efectiva de los desastres en las comunidades, lanzar alertas tempranas, ayudar a organizar equipos de socorro y de voluntarios, recopilar información valiosa para atender a las víctimas y generar información que pueda ser usada por los medios de comunicación para informar de manera responsable a sus audiencias.

El Prepare Center de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, considera que las redes sociales pueden usarse en las diferentes etapas de un ciclo de desastre. En la fase precrisis permiten monitorear alertas tempranas, realizar campañas e identificar fuentes confiables; durante la crisis, posibilitan el suministro de información precisa y abordar rumores y desinformación; luego de la crisis pueden ayudar a difundir información sobre la recuperación y reconstrucción y brindar recursos para el manejo del estrés.

Sin embargo, la desinformación generada por los dispositivos electrónicos o la que se difunde a través de las redes sociales, pueden convertir a lo que sería una herramienta efectiva en un obstáculo para la atención efectiva de las víctimas y, en algunos casos, en un factor determinante del estrés para el personal de socorro, víctimas y personal de los medios de comunicación que cubren este tipo de eventos.

La alerta de Google

En 2021 Google lanzó su Alerta de Terremotos para Android (AEA por sus siglas en inglés), que usa los acelerómetros de los teléfonos que envían la información al sistema de Google. Esta información en red es procesada a través de algoritmos y se lanza una alerta.

Este sistema ha emitido alertas en 98 países y llegado a 2500 millones de personas en 3 años. “Con más de 1200 alertas emitidas durante ese período, el sistema registró errores de baja magnitud y proporcionó alertas previas al temblor, similares a las de otros sistemas de detección, pero a una escala mucho mayor” (Allen et al. 2025).

Dicha alerta brinda una ventana de hasta 35 segundos para que las personas puedan tomar medidas en casos de un sismo y tiene dos niveles: “Mantente alerta”, que anuncia una sacudida y “Actúa”, que se usa para movimientos fuertes y anula el sistema de “No molestar”, lo que es de gran utilidad si el movimiento se da en horario nocturno.

Sin embargo, su efectividad para la prevención y efectos en la salud mental de las personas han sido discutidos. La polémica más grande se dio cuando BBC News reveló en julio de 2025 una investigación según la cual los algoritmos del AEA fallaron el 6 de febrero de 2023. Ese día se registraron dos terremotos en el sudeste de Turquía en los cuales murieron cerca de 55.000 personas y 100.000 quedaron heridas.

Clayton, Foster y Derico (2025) señalaron que Google admitió que solo se emitieron 469 alertas con el mensaje de Actúa, en el primer terremoto que tuvo una magnitud de 7.8, mientras que medio millón de personas recibieron el mensaje de Mantente Alerta. El mensaje de Actúa habría salvado vidas considerando que el sismo fue a las 4:17 a.m. cuando buena parte de la población se encontraba durmiendo.

En el caso del segundo sismo que se presentó a las 13:24 hora local, también fallaron los algoritmos. A pesar de que su intensidad fue de 7.5, el mensaje de Actúa se envió a 8.158 teléfonos y el de Mantente Alerta a cerca de 4 millones de usuarios.

Al ser consultados por BBC News, los representantes de Google señalaron que este es un sistema complementario y precisaron que “todos los sistemas de alerta temprana de terremotos se enfrentan al mismo reto: ajustar los algoritmos a los fenómenos de gran magnitud”. Una posición que fue cuestionada en el mismo informe por Elizabeth Reddy, profesora adjunta de la Colorado School of Mines, en Estados Unidos, quien recordó que no se trata de un incidente menor porque murieron muchas personas y solo dos años después la empresa reconoció el error.

La otra polémica no se refiere al sistema en sí, sino a la preparación de las personas para recibir este tipo de mensajes y los efectos que el sonido de la alerta puede provocar. El diario El Tribuno de Jujuy, reportó cómo una alerta de sismo generada por el sistema de Google el 22 de marzo de 2023 generó discusiones en las redes sociales: mientras algunas personas destacaron las recomendaciones dadas por el sistema otras se mostraron nerviosas y alternadas ante la inminencia de un sismo.

En Colombia, se presentó una situación similar el 19 de enero de 2024, cuando se alertó sobre un sismo de 5.3 con epicentro en Ansermanuevo, Caldas, a las 6:26 a.m. A través de las redes sociales, las personas comenzaron a comentar la efectividad del sistema de alertas, se destacaron los consejos que se brindan y hasta se hicieron memes como una forma de aliviar la tensión generada por el temblor. Eso sí, algunos usuarios, aunque destacaron la alerta, aseguraron que esta genera angustia y miedo.

Imagen 1: Alerta emitida por el AEA de Google en Colombia



Fuente: Red Más Noticias (2024).

Desinformación en redes sociales

Cuando se habla de desinformación en redes sociales es importante remitirse a la pandemia generada por el Covid 19. En ese entonces la Organización Mundial de la Salud alertó sobre una infodemia, la cual definió como “un exceso de información, incluyendo información falsa o engañosa, en entornos digitales y físicos durante un brote de enfermedad. Provoca confusión y conductas de riesgo que pueden perjudicar la salud”.

Es entonces cuando se debe diferenciar entre las noticias falsas, que se dan cuando hay errores involuntarios de los medios de comunicación al verificar una información; y la información falseada que tiene la intención abierta de desinformar con fines políticos, económicos o simplemente la búsqueda de notoriedad.

Katsuhisa (2025), destaca el libro *Saigai to dema* (Desastres y desinformación), del periodista Hori Jun, quien llama la atención sobre las consecuencias que tiene la desinformación durante las horas críticas posteriores a una catástrofe. El comunicador advirtió cómo cuentas fantasmas generan información que busca volverse viral con la intención de tener una recompensa económica. Un ejemplo de esto fue la imagen publicada en Twitter (ahora X) de un león que habría escapado del zoológico de Kumamoto, luego de un terremoto en 2016.

El peligro, señala Hori, radica en que “ciertos agentes malintencionados son capaces de aprovechar la agitación social para difundir desinformación en las plataformas, influyendo en la percepción y el comportamiento del público y socavando el orden social”.

Uno de los casos más relevantes es el presentado por la crisis de desinformación que surgió luego de DANA (Depresión Aislada en Niveles Altos), ocurrida el 29 de octubre de 2024 en Valencia, España. Una investigación realizada por López-Carrión y Llorca-Abad (2025) se centró en el análisis de la desinformación (bulos) difundidos en redes sociales y medios tradicionales de comunicación sobre el número de víctimas, teorías climáticas conspirativas y ataques institucionales.

Con ellas no solo se afectó la reputación del Gobierno de España y la Aemet (Agencia Estatal de Meteorología) sino que provocaron ataques a entidades sin ánimo de lucro como la Cruz Roja y Cáritas a las cuales se acusó de no prestar atención a las víctimas y malgastar los recursos destinados a su atención.

Es así como una de las conclusiones del estudio fue que “la desinformación en crisis naturales sigue patrones de desórdenes informativos, dificultando la respuesta institucional y la percepción pública de los hechos”.

En América Latina, la ola de incendios forestales de 2024 (con 410.000 focos) que ha sido considerada la más grave en los últimos 14 años, generó una oleada de informaciones falsas. Un informe de France 24, muestra cómo en Brasil circuló la imagen de un dron que, supuestamente, habría sido adquirido por funcionarios de Lula da Silva, para generar los incendios en la Amazonía, versión que no solo fue desmentida por el Gobierno sino por medios como O-Globo. También se muestra un contenido viral en TikTok donde se muestra cómo un supuesto pirómano en Santa Cruz, Bolivia, enciende fuego a unos cultivos y huye.

Esta desinformación contribuyó a aumentar la polarización política en los países afectados y fomentó teorías de la conspiración acerca del cambio climático.

Una situación similar ya se había presentado en la Patagonia Argentina con los incendios forestales de 2021, cuando a través de cadenas de WhatsApp se difundieron teorías conspirativas sobre su origen (se atribuyeron a especuladores inmobiliarios y a “extremistas”), esta situación desvió el foco de atención que debía centrarse en la forma en que se debía evitar la expansión y generó desconfianza en los organismos de bomberos y protección civil. Esto, puede aumentar el riesgo de trauma vicario en el personal de atención de desastres.

Cuando se presentan estos hechos vale la pena preguntarse cómo evitar que la desinformación se expanda durante situaciones de emergencia. Aunque los medios de comunicación tradicionales no están exentos de una falsa información o una desinformación, durante la pandemia demostraron ser una herramienta confiable a la hora de informarse.

No hay fórmulas mágicas, pero la desinformación y sus efectos nocivos se pueden evitar con estrategias sencillas:

- **Verifique la fuente de información:** si le comparten un video de redes sociales, mire si la cuenta es fiable (número de seguidores, tipo de contenido que comparte, lenguaje que utiliza).

- **Contraste con otros medios:** si le llega una información busque en medios tradicionales si se está informando lo mismo. A veces, se presenta información vieja y fuera de contexto como información actualizada.
- **Evite contenidos con titulares gancho (clickbait):** son titulares que buscan llamar la atención con el fin de generar clicks y visualizaciones con el fin de ampliar su alcance y monetizar sus publicaciones. En su mayoría se trata de contenidos emocionales que generan curiosidad en las audiencias pero resultan ser falsos, no responden al titular o están hechos con AI.
- **Si tiene dudas, recurra a sitios de verificación:** en América Latina existen sitios con experiencia en la verificación de contenidos, entre ellos están: Chequeado, de Argentina; Colombiacheck y La Silla Vacía de Colombia; Lupa y Aos Fatos, de Brasil; Ojo Público y Convoca, de Perú. Con solo un mensaje de WhatsApp se puede solicitar un chequeo y estos son publicados para que las audiencias puedan generar alertas.
- **Piense dos veces antes de reenviar contenido:** piense no solo en la veracidad del mismo sino en el efecto que puede tener en las personas que lo van a recibir (miedo, estrés, alteración del ánimo).

REFERENCIAS

Allen, R. et al. (2025). *Global earthquake detection and warning using Android phones*. Science, 389 (6757). 254-259.

Clayton, J., Foster, A., Derico, B. (28 de julio de 2025). *Cómo funciona el sistema de alerta sísmica de Google que falló durante el devastador terremoto de 2023 en Turquía*. BBC Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/articles/cpv02l38kjeo>

El Tribuno de Jujuy. (22 de marzo de 2023). *Alerta de Google por terremoto causó más miedo que el sismo*. El Tribuno de Jujuy. <https://www.eltribuno.com/nota/2023-3-22-13-34-0-se-registro-un-sismo-de-6-4-grados-en-jujuy-y-hubo-un-alerta-de-google-para-salta>

Gripó, M. (10 de octubre de 2024). *Arden las redes sociales tras fake news sobre incendios forestales en Suramérica*. France 24. <https://www.france24.com/es/programas/des-informando/20241007-arden-las-redes-sociales-tras-fake-news-sobre-incendios-forestales-en-suram%C3%A9rica>

Katsuhisa, S. (30 de julio de 2025). *Desastres y desinformación: detectando noticias falsas para salvar vidas*. Nippon.com. <https://www.nippon.com/es/japan-topics/bg900565/>

López Carrión, A. E., & Llorca-Abad, G. (2025). Desinformación durante la crisis producida por la DANA de 2024 en España: análisis, características, tipologías y desmentidos. *Revista Mediterránea De Comunicación*, 16(2), e29303.
<https://doi.org/10.14198/MEDCOM.29303>

Mangones, A. (ND). *Las redes sociales en situaciones de desastre*. PrepareCenter.org.
<https://preparecenter.org/topic/social-media-disasters/>

Pardo Donado, E. (19 de enero de 2024). Alerta de Google notificó sobre temblor en Colombia: segundos antes la gente se enteró. Red más noticias.
<https://redmas.com.co/colombia/Alerta-de-Google-notifico-sobre-el-temblor-en-Colombia-la-alerta-se-activo-segundos-antes-20240119-0010.html>

Word Health Organization. (ND). Infodemia. Word Health Organization.
https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1

Clara Isabel Vélez Rincón. Comunicadora Social-Periodista. Universidad de Antioquia. Mg. Comunicación Digital. Universidad Pontificia Bolivariana. Periodista durante 19 años en el periódico El Colombiano, de Medellín, y freelance para el grupo Milenio, de México. Cubrimientos de temas relacionados con desastres naturales, narcotráfico, paz, derechos humanos, derechos de infancia y adolescencia. Docente en Unilasallista Corporación Universitaria. Representante por Colombia de la Federación Internacional de Psicología de la Emergencia FIPE-IFEP.

Contacto: clarisvr@gmail.com

ENTRE O CAOS E O CONTROLE: PSICOLOGIA APLICADA À NEGOCIAÇÃO DE CRISES

CONDUTAS QUE SALVAM VIDAS

Patricia Castro de Souza Queiroz - Brasil

Em situações de crise, onde a tensão é máxima, o tempo é escasso e vidas estão em risco, a atuação psicológica deve ser precisa, ética e estratégica. O psicólogo que atua em campo, especialmente em contextos de ocorrências críticas como negociação de reféns e tentativas de suicídio não apenas escuta: ele intervém, regula e orienta.

Este capítulo propõe uma reflexão prática sobre as **diretrizes psicológicas em situações de crise**, utilizando a metáfora do **sinal verde** e **sinal vermelho** para distinguir condutas que favorecem a resolução (verde) daquelas que podem comprometer a segurança emocional e operacional (vermelho).

A partir da experiência em unidades de elite da segurança pública, serão discutidas estratégias eficazes e alertas sobre erros comuns, com o objetivo de contribuir para a formação de profissionais mais preparados, conscientes e humanos diante do caos.

A presença do psicólogo em operações policiais é relativamente recente, mas vem ganhando força à medida que se reconhece a complexidade emocional envolvida em situações de crise. No Brasil, tradicionalmente, o trabalho psicológico nas instituições de segurança pública estava restrito ao contexto clínico ou organizacional, voltado ao cuidado com os profissionais da corporação, como atendimentos individuais, avaliações psicológicas e ações de saúde mental.

No entanto, com o aumento de ocorrências envolvendo risco iminente à vida, como tentativas de suicídio, sequestros, surtos psicóticos e situações de violência doméstica, tornou-se evidente que a atuação psicológica precisava ultrapassar os muros dos quartéis.

A partir dos anos 2000, a atuação do psicólogo em operações críticas começou a ganhar reconhecimento como uma especialidade dentro da psicologia. Esse avanço se refletiu na participação de psicólogos em cursos de formação em gerenciamento de crise e

negociação policial, capacitações voltadas para contextos de emergência e um crescimento significativo na produção acadêmica sobre o tema.

Paralelamente, a psicologia de emergência e desastres, antes focada majoritariamente em catástrofes naturais, passou a ampliar seu escopo, incorporando também situações de violência urbana, crises individuais e ocorrências policiais de alto risco. Essa expansão conceitual abriu espaço para que o psicólogo fosse visto não apenas como um profissional de retaguarda, mas como alguém capaz de atuar diretamente em campo, durante a crise.

Em alguns estados brasileiros, esse movimento culminou na inclusão formal do psicólogo em protocolos operacionais policiais, especialmente em casos de tentativa de suicídio, surtos psicóticos ou outras situações que exigem negociação especializada. Ainda que essa inserção não seja uniforme em todo o país, ela representa um marco importante na consolidação da psicologia como parte estratégica das ações de segurança pública.

De acordo com Silva (2012) o psicólogo atua como assessor técnico da equipe de negociação, oferecendo suporte emocional, leitura comportamental e estratégias de comunicação com o envolvido. A presença do psicólogo em campo, seja em operações policiais, atendimentos emergenciais ou situações de desastre, exige uma postura singular, que equilibra três pilares fundamentais: neutralidade, técnica e humanidade.

Em contextos críticos, o psicólogo não está ali para tomar partido, emitir juízos morais ou reforçar narrativas institucionais. Sua neutralidade é ética e funcional: permite que ele ofereça uma escuta genuína e acolhedora. Isso é especialmente importante em situações de conflito, como tentativas de suicídio, surtos psicóticos ou episódios de violência.

A atuação em campo exige domínio técnico. O psicólogo precisa reconhecer sinais de desorganização psíquica, aplicar protocolos de estabilização emocional, manejar o risco e saber quando intervir e quando apenas estar. Isso inclui conhecimento sobre primeiros cuidados psicológicos, comunicação em situações de alta tensão e encaminhamentos adequados. A técnica é o que garante que sua presença não seja apenas simbólica, mas efetiva.

Contudo, por mais que a técnica seja essencial, é a humanidade que dá sentido à intervenção. O psicólogo em campo é, antes de tudo, uma presença que contribui para que haja um acolhimento do sofrimento. Essa dimensão humanizada é o que permite que, mesmo em situações extremas, o sujeito se sinta visto, ouvido e respeitado. Nesse sentido Trindade (2013) enfatiza que a escuta qualificada e o acolhimento são os principais

instrumentos do psicólogo em situações de emergência, pois permitem que o sujeito se sinta reconhecido em sua dor.

Uma situação de crise não se define apenas pela gravidade do evento, mas pela forma como ele impacta o equilíbrio emocional, cognitivo e comportamental do indivíduo ou do grupo envolvido. De acordo com Salignac (2011) três elementos centrais costumam estar presentes: a ameaça a vida, a imprevisibilidade e a urgência, e é justamente por serem tão intensos e desestabilizadores que exigem uma intervenção especializada, ética e sensível. O psicólogo, nesse cenário, não é apenas um profissional: é um ponto de apoio em meio ao colapso.

A negociação em situações de crise não é apenas uma troca de palavras, ela é uma intervenção psicológica em tempo real, onde cada gesto, silêncio e escolha verbal pode influenciar o desfecho. Os três princípios que sustentam essa atuação são: a escuta ativa, a empatia e a regulação emocional. Segundo Silva, Silva e Roncaglio (2021), a negociação em crises policiais exige preparo técnico e emocional, sendo a comunicação empática um dos pilares para preservar vidas em situações críticas.

Mais do que ouvir, trata-se de **escutar com intenção**. O psicólogo em campo precisa captar não apenas o conteúdo da fala, mas também o tom, os silêncios, as emoções subjacentes. A escuta ativa permite que o sujeito em crise se sinta reconhecido, o que pode reduzir a tensão e abrir espaço para o vínculo.

O psicólogo é o termômetro emocional da cena. Sua capacidade de se manter centrado, mesmo diante de ameaças, gritos ou desorganização psíquica, é fundamental. A regulação emocional é uma ferramenta que influencia o ambiente, transmite segurança e evita escaladas desnecessárias.

A atuação do psicólogo em uma negociação de crise exige mais do que conhecimento técnico, ela demanda sensibilidade estratégica, leitura emocional refinada e capacidade de adaptação constante. Algumas condutas são reconhecidamente eficazes e funcionam como verdadeiros “sinais verdes” na condução da ocorrência.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia do Brasil (2013), a atuação do psicólogo na segurança pública deve estar alinhada com princípios éticos, promovendo o cuidado com os profissionais envolvidos e a proteção dos direitos dos cidadãos.

O primeiro passo é criar uma conexão mínima, mas significativa. O rapport não depende de afinidade, mas de respeito e presença. O negociador policial precisa se apresentar como alguém confiável, que não julga, não ameaça e está ali para escutar. Esse vínculo inicial pode ser o fator decisivo entre a escalada da crise e sua contenção.

Uma comunicação verbal e não verbal ajustada ao estado emocional, cada palavra, tom de voz, expressão facial e postura corporal comunica algo. Em situações de crise, o psicólogo deve ajudar o negociador a ajustar sua linguagem ao estado emocional do sujeito, evitando termos técnicos, frases longas ou qualquer sinal de impaciência. A comunicação precisa ser clara, empática e coerente com o momento vivido.

O psicólogo deve atuar em conjunto com a equipe operacional. Seu alinhamento é estratégico: ele compartilha leituras emocionais, sugere abordagens e contribui para decisões mais humanas. Ao mesmo tempo, preserva sua função como ponto de equilíbrio emocional da cena.

Cada ocorrência é única. O psicólogo precisa ser capaz de mudar de estratégia, adaptar sua abordagem e lidar com imprevistos sem perder a estabilidade. Essa flexibilidade é o que permite que ele se mantenha eficaz mesmo diante de mudanças bruscas no comportamento dos sujeitos ou na dinâmica da operação.

O psicólogo utiliza técnicas como validação da dor, redirecionamento de foco, respiração guiada e pausas estratégicas para reduzir a tensão. A desescalada é o processo de diminuir gradualmente o nível de ameaça percebida, criando espaço para o diálogo e a resolução.

Se por um lado a atuação psicológica pode ser decisiva para a resolução segura de uma ocorrência crítica, por outro, algumas condutas podem agravar o risco, romper o vínculo com o sujeito em crise e comprometer toda a operação. Esses são os chamados **sinais vermelhos**, atitudes que, mesmo bem-intencionadas, podem gerar efeitos contrários ao desejado.

A urgência da cena não pode justificar a precipitação. Quando a equipe tenta acelerar o desfecho sem antes compreender o estado emocional do sujeito, corre o risco de invalidar sua dor, aumentar a resistência e provocar reações impulsivas. A crise exige tempo psicológico, não apenas tempo operacional.

Frases como “Você precisa se acalmar” ou “Isso não faz sentido” podem soar como ataques, mesmo quando ditas com boas intenções. A comunicação autoritária rompe o vínculo e reforça a sensação de ameaça. O sujeito em crise precisa ser acolhido, não corrigido.

Tentar convencer o sujeito com argumentos lógicos como “Pense na sua família” ou “Você vai se arrepender”, antes de validar seu sofrimento é uma forma de silenciar sua dor. A escuta ativa é o primeiro passo; a racionalização só funciona quando há vínculo e estabilidade emocional.

Quando o psicólogo não está alinhado com a equipe tática, surgem ruídos que podem comprometer a segurança da operação. O profissional precisa compreender os limites operacionais, comunicar suas percepções com clareza e manter sua função sem ultrapassar fronteiras hierárquicas.

A negociação em situações de crise é uma arte complexa, onde técnica, sensibilidade e ética se entrelaçam em tempo real. Não há espaço para improvisos desinformados, nem para intervenções que desconsiderem o sofrimento humano. Cada palavra dita, cada silêncio escolhido, cada gesto do psicólogo em campo carrega o potencial de transformar o desfecho, para o bem ou para o risco.

Neste capítulo, os conceitos de **sinal verde** e **sinal vermelho** foram apresentados não como metáforas ilustrativas, mas como diretrizes práticas e decisivas. Saber o que fazer e, principalmente, o que evitar é parte do compromisso ético de quem atua em contextos de emergência. Porque, em campo, não há ensaio: há vidas em jogo.

Que este conteúdo possa servir como bússola para profissionais que desejam atuar com responsabilidade, técnica e presença. E que, diante da próxima crise, o psicólogo esteja preparado para ser mais do que um observador, esteja pronto para ser ponte e escudo.

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Psicologia. *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na política de segurança pública*. Brasília: CFP/CREPOP, 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br>

Rodriguez, Carneiro. *Gestão de crises de âmbito policial – princípios basilares*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2013. Disponível em: <https://run.unl.pt>

Salignac, A. O. (2011). *Negociação em crises: atuação policial na busca da solução para eventos críticos* (1ª ed.). Ícone Editora.

Silva, Marco Antonio da. *Atuação do psicólogo na equipe policial de negociação em crises: um estudo a partir de casos reais de tentativa de suicídio*. Curitiba: Academia.edu, 2012.

Silva, M. A., Silva, L. F., & Roncaglio, O. L. (2021). *Negociação em crises policiais: teoria e prática*. Editora CRV.

Trindade, M. C., & Serpa, M. G. (2013). O papel dos psicólogos em situações de emergências e desastres. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(1), 1–20. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org.br>

Patrícia Castro de Souza Queiroz – 2º Sgt PM Psicóloga (CRP 18/02577) e Historiadora formada pela UFMT Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (IPCS/Campinas) Atuação como Polícia Militar do Estado de Mato Grosso – Psicóloga/Negociadora do Grupo Negociação da Cia de Gerenciamento de Crise e Contra-terror – BOPE. Gerenciamento de crises Instrutora em Psicologia Aplicada à Negociação de Reféns e Suicídios Experiência em treinamentos de habilidades sociais e técnicas de negociação Consultora em saúde emocional e segurança pública Capacitada em Psicologia das Emergências, Defesa Civil e Mídia em Crise Comprometida com a promoção da vida e o cuidado em situações críticas.

Email: patriciaqueirozpsi@gmail.com

APORTES PARA PENSAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DIVERSIDAD EN LA GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS DE DESASTRES Y EMERGENCIAS

María Carolina Busquier - Argentina

Este capítulo nos invita a pensar en aquellas que son las “Banderas verdes” o “buenas prácticas” y en las “Banderas rojas” o “señales de alerta” desde la Psicología de la Emergencia, es decir qué hacer y tener en cuenta; y sobre qué cuestiones prestar atención por ser contraproducentes en las intervenciones, prácticas y respuestas ante las situaciones de emergencias y desastres.

Situaciones de desastres y emergencias que pueden estar asociadas a la acción climática o la acción humana.

El propósito del capítulo es presentar algunas ideas que permitan pensar la perspectiva de género y diversidad en el ámbito de la Gestión Integral de Riesgo de Desastres y como un componente de la Psicología de la Emergencia. A la vez que promover y proponer acciones que tiendan a la incorporación de dicha perspectiva en la prevención, la respuesta y la recuperación.

En este contexto actual, difícil diferenciar las de acción climática o humana. Siendo que el avance del cambio climático y sus consecuencias, lejos está de ser un tema inherentemente natural, sino más bien, como producto de la acción y del desarrollo humano, descuidado por muchos años, y siendo motivo de preocupación y cuidado desde las últimas décadas. Pocas veces se consideran las acciones humanas que crean escenarios donde los riesgos, se convierten en desastres.

Hacia la década de 1990, globalmente se comienzan a afianzar consensos en torno a la consolidación de un nuevo paradigma: el de la Gestión Integral de Riesgos de Desastres-GIRD

Viejas preocupaciones, y el cambio climático manifestándose real, drástica y rotundamente, llevan a que nuevos enfoques comiencen a tomar forma y lugar en las agendas públicas; ya no es suficiente con pensar sólo en la respuesta ante los acontecimientos

desastrosos, sino que se requiere de miradas e intervenciones más integrales, que den cuenta de la complejidad de las realidades.

Esta forma integral de pensar las acciones, no sólo limitada a aquellos acontecimientos considerados desastres antrópicos, por estar relacionados con la acción humana sobre la naturaleza, sino también los escenarios masivos de desastres donde la naturaleza ya no está involucrada, como ser los conflictos bélicos, los actos de terrorismo, las amenazas biológicas o químicas, entre otros.

Como se mencionó más arriba, este nuevo paradigma, esta nueva forma de pensar teóricamente para resolver problemas y construir universos de discursos que redunden en nuevas prácticas y formas de intervenir, va más allá de la respuesta ante la emergencia. Contempla otros momentos y elementos tales como: la *prevención*, la *previsión* y el *control de los factores desencadenantes*, es decir qué se puede hacer previamente para mitigar o evitar el desencadenamiento de un riesgo potencial en un desastre; la *resiliencia* en tanto capacidad de responder y adaptarse ante situaciones perturbadoras, así como la posterior *recuperación*, ya sea en su forma individual y subjetiva y/o en su forma comunitaria y colectiva; y las *respuestas* en la emergencia propiamente dicha contemplando la mayor cantidad de factores o elementos posibles.

Ante la complejidad de las realidades, se pretende una mirada mucho más compleja sobre los problemas y riesgos de la humanidad asociados a los desastres, buscando eficacia y eficiencia en pos de reducir y mitigar los impactos sobre las comunidades.

Estas nuevas formas implican considerar y revisar la noción de percepción de riesgo dando cuenta que esta es una construcción social y colectiva (García Acosta, 2005) que cambia para los distintos grupos humanos, y las diferentes sociedades. Es por lo tanto un concepto dinámico que depende del sistema social del que forma parte, construido sobre ideas, creencias e implicaciones morales. Será fundamental entonces contar con información sobre la percepción del riesgo para diseñar acciones efectivas. Considerar el riesgo de esta forma conlleva a pensar los desastres no como eventos sino como procesos determinados por múltiples factores que convergen: el crecimiento demográfico, los procesos de urbanización, la degradación ambiental, las desigualdades socioeconómicas, entre otros.

La incorporación de las variables socioeconómicas supone considerar en los análisis la idea de vulnerabilidad. La severidad y dimensión de las vulnerabilidades sociales y económicas acumuladas estructuralmente, sumadas a la presencia de determinadas amenazas

o riesgos, resultan en eventos desastrosos producto de los procesos antes mencionados, deben ser entendidos como tales.

Se llega así a la idea de que los desastres son fenómenos inherentemente sociales, fundados sobre estructuras y sistemas sociales. En nuestros tiempos... Los desastres no son naturales. Las vulnerabilidades, tampoco lo son.

Por ende, los desastres tendrán un impacto diferente en los diversos grupos que conforman las sociedades. El desafío que se presenta es el de pensar al riesgo en función de las desigualdades preexistentes.

Las desigualdades de género se destacan ya que modifican la exposición y las vulnerabilidades frente a los riesgos y amenazas; en consecuencia, también las capacidades de respuesta.

Las identidades feminizadas, las adolescencias, las infancias, las identidades de género diversas y las vejeces son los grupos con mayor exposición ante situaciones de: violencias por motivos de género, explotación sexual y laboral, trata y tráfico de personas, maltratos y abusos.

La perspectiva de género y diversidad es una categoría de análisis que permite pensar, comprender y visibilizar las relaciones de poder entre los géneros dando cuenta de las discriminaciones y desigualdades que se producen a partir de construcciones culturales en las que predomina jerárquicamente la mirada masculina.

Género y sexo no son lo mismo; implican variables diferentes.

La dimensión del “sexo” se refiere a la biología, la anatomía y los cromosomas.

A la vez que “género” se refiere al conjunto de creencias, expectativas y lo que será el devenir de una persona en cada sociedad según sea hombre o mujer. En tanto los seres humanos somos seres sociales, formamos parte de sistemas de creencias que asignan roles, atributos y comportamientos diferenciados a hombres y mujeres; que se internalizan mediante procesos de socialización muy tempranos en la formación de la subjetividad.

La categoría de género, es una construcción social que implica en todas las dimensiones de la vida de una persona que designa aspectos sociales, culturales y psicológicos. Por esta condición de ser una construcción socio cultural, es que es un concepto dinámico que tiene carácter histórico, ya que se modifica con el tiempo y en cada grupo cultural.

Las relaciones de género conllevan una jerarquización sostenida desde una relación desigual de poder, en la que se pondera lo masculino sobre lo femenino. Se ubica aquí la base

de las desigualdades que afectan (diferencialmente) a los grupos de identidades feminizadas y de diversidad de géneros.

Los análisis de los desastres ocurridos en distintos países permiten identificar que en estas situaciones las mujeres mueren más que los hombres.

La mayor parte de las actividades asumidas por las mujeres se llevan a cabo en los hogares o en sus entornos comunitarios, esto les restringe muchas veces el acceso a la formación e información. Por ejemplo, en la mayoría de los entornos laborales, que no suceden en lo comunitario o en los hogares, existen áreas dedicadas a la seguridad de quienes allí trabajan, promoviendo capacitaciones, simulacros y elementos de protección o seguridad, generando planes de evacuación, etcétera. Las mujeres, muchas veces, no tienen acceso a esto mencionado por los lugares donde desempeñan sus actividades.

Otra cuestión que podría mencionarse y que las ubica en desventaja, es la tener a su cargo, en muchas oportunidades, personas bajo su cuidado (infancias, personas mayores, personas con discapacidades o que requieren cuidados especiales por enfermedades); esto, por ejemplo, ante una situación de evacuación es una dificultad mayor ya que no se trata de evacuarse a ellas mismas solamente, sino que tienen que movilizar otras personas.

El concepto de género, refiere a una categoría relacional a la que, a la regulación se las relaciones de género, hay que agregarle que se enlazan otras categorías tales como la clase, la edad, la etnia, dando como resultado una multiplicidad de identidades que deben considerarse en los análisis. Esta idea fue desarrollada por Kimberli Crenshaw en 1989 bajo el concepto de *Interseccionalidad* (Morales, 2023) y se refiere a aquellos componentes que convergen en una misma persona, que se entrelazan y superponen multiplicando las discriminaciones y desventajas. Tener esta noción en cuenta amplía la comprensión de las estructuras de poder y redundante en abordajes más integrales que tienden a minimizar las simplificaciones respecto de la situación de las personas.

A partir del título, en este libro, se trata de aportar prácticas y herramientas que potencien la situación psicológica de las personas a partir de intervenciones desde la Psicología de la Emergencia.

En ese sentido, a continuación, se comparten algunas ideas para incorporar la perspectiva de género y diversidad en la Gestión Integral de Riesgo que permitan atender más específicamente las necesidades y prioridades de los diferentes grupos, optimizando recursos, cuidando y asistiendo mejor a las personas afectadas y generando acciones más efectivas y eficientes antes, durante y luego de la ocurrencia de los desastres y emergencias:

-Registrar con perspectiva de género, y procurar que la información de las bases de datos esté desagregada por género. “Lo que no se registra no cuenta”. Contar previamente con esta información, acelera en el transcurso de las situaciones intervenciones más específicas por grupos.

-Capacitar, con programas de formación continua y actualizada para intervinientes y respondientes de situaciones de emergencias y desastres. A la vez que, promover capacitación para la comunidad en general, haciendo esfuerzos para que la información sea asequible a los diferentes grupos.

-Impulsar la construcción de alianzas entre organizaciones de distinta índole (gubernamentales y no gubernamentales) para que los distintos actores de la comunidad estén relacionados, especialmente con aquellas organizaciones comunitarias más pequeñas.

-Fomentar y potenciar la participación en la toma de decisiones, la participación de las mujeres es fundamental para las alertas tempranas por su vínculo y establecimiento en las comunidades. Dar lugar a que sean tenidas en cuenta las distintas voces y experiencias.

-Promover la construcción de Mapas de Riesgo locales y comunitarios, aprovechar las experiencias y vivencias. Este proceso permite reconocer actores y sus responsabilidades. Es un proceso participativo que da cuenta de la cosmovisión respecto de la percepción del riesgo, ubicar amenazas y vulnerabilidades desde la perspectiva de los actores involucrados. Se expresa en una representación gráfica que establece un territorio o área.

-Desarrollar sistemas de alertas tempranas, permite la identificación de una situación de amenaza antes que suceda y por lo tanto tomar decisiones para la mitigación. Como se mencionó anteriormente, las voces de las mujeres son fundamentales en esta instancia por la provisión y difusión de informaciones porque suelen desarrollar mayor contacto con la comunidad más cercana y cuentan con mayor precepción sobre los riesgos que afectan en ese entorno.

-Concientizar sobre los riesgos. La comunicación es un elemento vital para la reducción y mitigación de riesgos de desastres, como agente de prevención, de preparación y de resiliencia posterior. Permite generar cambios de actitudes y hábitos para la prevención de riesgos, es por lo tanto un agente primordial de protección. Los medios son escenarios de discursos que construyen realidades, en este sentido potencian, intensifican y organizan la circulación de esos discursos.

-Durante la ocurrencia de un desastre o emergencia se intensifican aquellas desigualdades preexistentes. Las de género no son la excepción, por el contrario, se agudizan; hay mayor exposición a las violencias especialmente la sexual y física, y a la discriminación.

Es muy importante conocer los mecanismos institucionales intervinientes y que estos continúen activos para proteger a las poblaciones más vulnerables. La existencia de protocolos y su conocimiento será otro elemento muy relevante a tener en cuenta.

- Promover la participación en forma equitativa de las identidades feminizadas en los ámbitos de toma de decisiones, que su palabra sea reconocida y tenida en cuenta en espacios tales como los Comandos Operativos, Sistemas de Comando de Incidentes u otras instancias similares donde se planifiquen las acciones a realizar.

- En el diseño de los Centros de Evacuación, procurar que la información sea accesible e inclusiva, que haya espacios que sean seguros, en los que se puedan continuar cumpliendo medidas de restricción de acercamiento si las hubiera. Que las personas gestantes y/o en período de lactancia cuenten con espacios acondicionados según las necesidades.

- Disponer de kits de respuesta, ya sean de higiene personal, de profilaxis en situaciones de abusos y/o violencia sexual.

- Organizar y fomentar espacios e iniciativas para la recuperación posterior a las situaciones de emergencia o desastres. Promover ámbitos para la resiliencia comunitaria y personal.

La perspectiva de género está directamente relacionada con el reconocimiento de los Derechos Humanos, y es por eso que es fundamental para pensar la Gestión Integral de Riesgos de Desastres que busca minimizar el impacto de las situaciones de desastres y emergencias en las comunidades. A su vez la Psicología de la Emergencia, no está ajena a esto, sino que aporta para la búsqueda del bienestar de las personas, aportando a la construcción de un mundo mejor para toda la Humanidad.

REFERENCIAS

Beltrame, Daniela y Medina, María del Pilar (2022). *“Hacia la igualdad de género y el liderazgo de las mujeres para la resiliencia ante el riesgo de desastres en América Latina y el Caribe”*. Documento de referencia para la Sesión especial de Consulta Regional de América Latina y el Caribe. Entidad de Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Virtual. <https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2022-03/CSW66%20%20Reduccion%20Riesgo%20Desastres%20-%20ES%20-%203MarVfinal.pdf>.

García Acosta, Virginia (2005) *“El riesgo como construcción social y la construcción social de riesgos”*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

García Acosta, Virginia (2005) *“Vulnerabilidad social, riesgo y desastres”*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Morales, Macarena (2023) *“Guía para la incorporación de la Perspectiva de Género y Diversidad en la Gestión Integral del Riesgo de Desastres”*. Publicación del Programa de Perspectiva de Género en la Gestión Integral del Riesgo y la Protección Civil del Ministerio de Seguridad de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/sinagir/manuales-gird>

Villalba, Carlos Alberto (2022) *“Gestión Integral de Riesgos de Desastres”*. Publicación colaborativa entre el Ministerio de Seguridad de la Nación Argentina y la Universidad Nacional de San Martín. República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/sinagir/manuales-gird>

María Carolina Busquier es Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (2006), y psicoanalista. Es Diplomada Universitaria Internacional en Psicología de la Emergencia y Apoyo Humanitario. Con mención en víctimas directas e indirectas y personas desplazadas y refugiadas por la Universidad Paulo Freire de Costa Rica y la Asociación Argentina de Salud Mental; es Diplomada Superior en Ciencias Sociales con mención en Género y Políticas Públicas por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales- FLACSO. Integrante de la Federación Internacional de Psicología de la Emergencia. Se desempeña en la Gestión Pública desde hace veinticinco años, en distintos poderes del Estado y niveles jurisdiccionales. Ocupó cargos como funcionaria pública en el Ministerio de Seguridad de la Nación Argentina. Se desempeña como docente en Diplomados Universitarios Internacionales relacionados con la Psicología de la Emergencia. Realiza Asistencia Humanitaria como voluntaria en una organización de socorrismo. Integra la Comisión Directiva de una organización no gubernamental dedicada a la promoción de la Gestión del Riesgo de Desastres, en la que además está a cargo del área de capacitación.

Correo electrónico: carobusquier@yahoo.com.ar

BUENAS PRÁCTICAS PENALES EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO Y ABUSO SEXUAL

Eugenia Ghiotto - Argentina

Introducción

La violencia por motivos de género en el ámbito doméstico y el abuso sexual constituyen problemáticas sociales estructurales que afectan a todas las sociedades, demandando respuestas integrales desde el sistema penal y las políticas públicas. Este capítulo se centra en la necesidad de consolidar buenas prácticas penales en el abordaje de estas violencias, articulando la perspectiva criminológica con los aportes de la psicología de la emergencia. Ambas disciplinas permiten comprender el impacto inmediato de la violencia en las víctimas, así como también diseñar estrategias de intervención que reduzcan la impunidad y aumenten la eficacia de la justicia penal.

La psicología de la emergencia aporta un enfoque de intervención temprana frente al trauma y el riesgo inminente. El sistema penal, en tanto, tiene la responsabilidad de transformar el abordaje fragmentado en un modelo coordinado que actúe como límite real al agresor, otorgando seguridad a las víctimas y legitimidad al Estado. No se trata de responder únicamente a un delito ya consumado, sino de crear un marco preventivo que interrumpa los ciclos de violencia antes de que escalen a hechos irreparables como los femicidios.

1 Contexto y desafíos actuales

La violencia de género no es un problema privado, sino un delito que interpela al Estado. La persistencia de prácticas de impunidad y la falta de sanción efectiva generan en los agresores la percepción de que pueden desobedecer las órdenes judiciales sin consecuencias. Diversos estudios muestran que la mayoría de los casos graves tuvieron antecedentes de denuncias y medidas de protección incumplidas, lo que refuerza la necesidad de respuestas penales firmes y tempranas.

El desafío no es solo normativo, sino cultural. Persisten prejuicios en operadores judiciales y en la comunidad que tienden a minimizar la palabra de la víctima o a justificar la conducta del agresor. Por ello, las buenas prácticas penales requieren una perspectiva de género transversal y una formación constante de quienes intervienen en el sistema.

2 Delitos prevalentes y abordaje penal

Los delitos más frecuentes en este contexto —desobediencia, amenazas y lesiones— constituyen el núcleo de la prevención. Su abordaje temprano permite frenar la repetición y escalada de la violencia, evitando que se llegue a hechos más graves como tentativas de femicidio o femicidios.

- Desobediencia: El incumplimiento de medidas cautelares (art. 239 del C.P.) implica un doble desprecio: hacia la víctima y hacia la autoridad judicial. La desobediencia no es un hecho aislado, sino la expresión de continuidad del control y la violencia. Una buena práctica penal es la detención inmediata en casos flagrantes, pues permite reforzar la autoridad del Estado y evitar nuevas agresiones.

- Amenazas: Representan uno de los delitos de mayor riesgo, ya que suelen ir acompañadas de coacciones y de intentos de controlar la vida de la víctima. Las amenazas en este contexto no son meras palabras: constituyen un anticipo de hechos más graves. Por ello, su tratamiento penal debe incluir la detención inmediata del imputado y la valoración del riesgo procesal, ya que los agresores suelen entorpecer la investigación o intimidar a la víctima para modificar su declaración.

- Lesiones: Las lesiones en contextos de violencia de género no deben minimizarse como hechos aislados. Se trata de indicadores claros de un patrón crónico de violencia que debe ser interrumpido. El Estado debe asumir el rol de límite al agresor, sustituyendo la histórica carga que recaía en la propia víctima. La detención en estos casos es una medida eficaz para frenar la escalada y proteger la integridad de la mujer.

3 El rol del Estado y el cambio de paradigma

El Estado no puede delegar en la víctima la responsabilidad de sostener el límite frente a la violencia. El cambio de paradigma implica que sea la justicia penal la que establezca consecuencias claras, inmediatas y eficaces. La “directriz compartida” entre operadores judiciales, fuerzas de seguridad, profesionales de la salud y equipos de acompañamiento

psicosocial constituye una estrategia clave: todos los actores deben trabajar con un mismo guion de protección y sanción.

Una buena práctica identificada es la articulación entre fueros penales y civiles, lo que permite que las medidas de protección dictadas en un ámbito sean inmediatamente conocidas y aplicadas en el otro. La coordinación interinstitucional evita contradicciones, reduce la revictimización y fortalece la confianza en el sistema de justicia.

4 Perspectiva criminológica y psicológica

La criminología aporta el análisis de la tríada víctima–agresor–delito, visibilizando cómo la impunidad y la falta de control institucional fortalecen al agresor y debilitan a la víctima. La psicología de la emergencia, por su parte, señala la urgencia de respuestas rápidas y coordinadas que reduzcan el daño emocional y físico, evitando la revictimización y asegurando la contención inmediata.

La intervención temprana, tanto desde la justicia como desde el acompañamiento psicológico, es determinante para evitar recaídas, proteger a las víctimas y brindar un sostén emocional que facilite los procesos judiciales. La demora en la respuesta estatal, en cambio, suele traducirse en un mayor riesgo vital para la víctima y en un refuerzo del poder del agresor.

5 Marco jurídico e internacional

Las buenas prácticas deben enmarcarse en los principios de la Convención Internacional de Belém do Pará, la Ley 26.485 y los lineamientos de la Procuración General. El reconocimiento de la violencia contra la mujer como violación a los derechos humanos obliga al Estado a abandonar prácticas arraigadas en la cultura patriarcal y a generar mecanismos efectivos de intervención.

Asimismo, experiencias nacionales e internacionales muestran que la respuesta penal rápida a delitos como amenazas o desobediencias reduce drásticamente la incidencia de hechos más graves. Este aprendizaje comparado fortalece el camino hacia un modelo argentino de intervención penal con perspectiva de género.

6 Resultados y evidencia

La implementación de modelos integrales en distintas jurisdicciones ha demostrado impacto positivo: alto porcentaje (mayor del 60%) de reducción de la reincidencia de los delitos de desobediencia, amenazas y lesiones leves y de la escalada a hechos de mayor riesgo de vida, aumento de condenas, mejor calidad de la intervención policial y fortalecimiento de la confianza de las víctimas en el sistema. Estos datos muestran que un sistema penal fortalecido no solo sanciona, sino que también previene y repara.

Testimonios de víctimas revelan que la detención inmediata de sus agresores fue el primer momento en que sintieron protección real del Estado. Algunos agresores, a su vez, reconocen que la privación de libertad marcó un límite en su conducta. Estas evidencias cualitativas refuerzan la idea de que la justicia penal debe ser firme, rápida y coherente.

7 Conclusiones

Las buenas prácticas penales en violencia de género y abuso sexual requieren decisión política, compromiso institucional y formación profesional constante. La clave está en desplazar la responsabilidad de la víctima hacia el Estado, articulando la criminología, la psicología de la emergencia y el derecho penal. Solo un sistema penal con respuestas rápidas, coordinadas y fundadas en las evidencias aquí plasmadas sobre el análisis específico de la tríada criminológica diferenciada que se da en este tipo de delitos (agresor, víctima, delito) podrá constituirse en un verdadero dispositivo de prevención y reparación social, construyendo comunidades más seguras, justas y libres de violencias.

Si logramos que quienes intervienen frente a estos delitos trabajen de forma articulada, bajo un sistema de directriz compartida y comprendiendo las características criminológicas específicas de este tipo de conductas, podremos anticipar los próximos hechos a partir de un primer delito denunciado, ya que contamos con elementos periciales suficientes para prever su reiteración y escalada. A diferencia de otros delitos, como un robo —donde no podemos anticipar ni el lugar ni la víctima del próximo hecho— en los delitos de violencia de género el agresor es siempre el mismo y la víctima ya ha podido identificarlo en su denuncia. Esta diferencia esencial justifica la necesidad de una intervención temprana y preventiva.

Sin un modelo de buenas prácticas que incluya esta mirada, los hechos de violencia continuarán repitiéndose y derivando en femicidios, incluso en casos en que las víctimas ya

habían pedido ayuda al Estado y no fueron protegidas. Nunca más debería archivarse una causa de violencia de género en la pareja bajo la justificación de que la víctima no quiso continuar. Volviendo al ejemplo del robo: a ninguna víctima de robo de vehículo, una vez realizada la denuncia, se le consulta si quiere “perdonar” al imputado o si desea no continuar con la causa. Sin embargo, en la violencia doméstica aún encontramos muchísimas causas archivadas bajo ese criterio.

La consolidación de estas prácticas no solo impacta en la reducción del delito, sino también en la construcción de una cultura democrática que coloca la dignidad y la integridad de las mujeres en el centro de las políticas públicas. Erradicar la violencia de género no es un objetivo de corto plazo, sino una tarea de generaciones que requiere firmeza, coherencia y un compromiso sostenido del Estado y de toda la sociedad.

Eugenia Ghiotto. Psicóloga (UAI) con formación en criminología y políticas públicas, especialista en género, inclusión y violencias. Fue Directora de Género y Diversidad en AySA, en la HCDN y en el municipio de Tigre provincia de Bs. As. donde creó programas federales reconocidos internacionalmente. Actualmente es la directora de igualdad e inclusión de la Universidad Nacional del Delta y coordina diplomaturas sobre violencia laboral y buenas prácticas penales en múltiples universidades de América Latina. Integra la Confederación Argentina de Básquet en políticas de inclusión y es consultora en Tendiendo Puentes. Su recorrido combina experiencia estatal, empresarial e internacional, con una fuerte apuesta por la transformación institucional desde la perspectiva de género.

Contacto: Eugeghiotto@gmail.com

SUICIDIO DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

María Belén Trindade Pereyra - Uruguay

Introducción

El suicidio es un fenómeno complejo y multicausal que requiere ser analizado desde múltiples miradas. Una de ellas, imprescindible en la actualidad, es la perspectiva de género. Las estadísticas demuestran diferencias claras entre hombres y mujeres en cuanto a factores de riesgo, intentos y consumación del suicidio, lo que obliga a repensar las estrategias de prevención y abordaje.

Panorama del suicidio en Uruguay y en el mundo

El suicidio constituye un problema de salud pública de gran relevancia a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año más de 700.000 personas mueren por esta causa. Sus consecuencias se extienden no solo a las familias afectadas, sino también a las comunidades y a los sistemas de salud, generando un fuerte impacto social, cultural y económico.

En Uruguay, el suicidio ha mostrado un crecimiento sostenido en las últimas décadas, convirtiéndose en una prioridad para las políticas públicas. De acuerdo con datos del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2024), la tasa en 2024 fue de 21,35 por cada 100.000 habitantes, con una disminución leve respecto al pico de 2022 (23,2), aunque la tendencia general desde el año 2000 continúa en ascenso.

Al analizar los datos por sexo, la diferencia resulta persistente: en 2024 la tasa fue de 33,3 en hombres y 10,1 en mujeres. En cuanto a la distribución por edad, se observa un predominio en personas mayores, particularmente entre los 85 y 89 años (38,2 por 100.000) y mayores de 90 (37,6). Sin embargo, también preocupa el aumento en la franja de 20 a 24 años (33,2), la cifra más alta registrada históricamente en ese grupo.

A nivel territorial, Treinta y Tres (37,7), Río Negro (35,5) y Rocha (34,9) fueron los departamentos con mayores tasas, superando el promedio nacional.

En relación con los intentos de autoeliminación, en 2024 la tasa fue de 161,7 por 100.000 habitantes, frente a 132,4 en 2023. Este incremento podría vincularse tanto a mejoras en los registros como a un aumento real de casos. Al desagregar por sexo, las mujeres presentan una tasa de intentos (223,3) más del doble que los varones (96,5).

Estos datos muestran con claridad la necesidad de incorporar un análisis diferenciado por género para comprender la problemática y diseñar respuestas más eficaces.

Marco conceptual

Definición de suicidio.

La OMS define al suicidio como “el acto de quitarse deliberadamente la vida”. Por su parte, entiende como intento de suicidio a todo comportamiento autoinfligido que no culmina con la muerte (incluyendo intoxicaciones, lesiones o autolesiones intencionales).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su Plan Estratégico 2020-2025, incluyó al suicidio como un indicador clave de salud en la Región de las Américas.

Desde una mirada psicoanalítica, Freud (1917/2006) consideraba que el suicidio se produce cuando la “pulsión de vida” es vencida por la “pulsión de muerte”.

Etimología.

Según Minois (2001), el término suicidio proviene del latín *sui* (sí mismo) y *caedere* (matar), es decir, “matarse a sí mismo”.

Sexo y género.

El sexo refiere a características biológicas (cromosomas, órganos sexuales, hormonas), mientras que el género corresponde a una construcción sociocultural que asigna roles, expectativas y estereotipos a mujeres y hombres.

La perspectiva de género, siguiendo a Simone de Beauvoir (1949/2005), permite entender que “no se nace mujer, se llega a serlo”, evidenciando que la subordinación femenina no es producto de la naturaleza sino de construcciones sociales.

Incorporar esta categoría analítica al estudio del suicidio ofrece herramientas para comprender cómo los mandatos de masculinidad y feminidad influyen en la conducta suicida.

Antropología del suicidio

Históricamente, la antropología y la sociología han estudiado el suicidio desde una mirada androcéntrica, priorizando el análisis de las muertes consumadas (mayoritariamente masculinas) y relegando la importancia de los intentos (más frecuentes en mujeres).

En Uruguay, los informes oficiales y los medios de comunicación suelen enfatizar la mayor tasa de suicidios en hombres, invisibilizando que las mujeres son quienes presentan más intentos. Esta narrativa sesgada limita la comprensión de los factores de género involucrados.

Factores de género en el suicidio

Los roles de género influyen en la forma en que hombres y mujeres se enfrentan a la vida y a la adversidad:

Varones: socialización en la autosuficiencia, el mandato de no pedir ayuda, mayor acceso a armas y consumo problemático de sustancias.

Mujeres: mayor exposición a violencia basada en género, abuso sexual, sobrecarga de cuidados y pobreza.

La interseccionalidad permite profundizar el análisis, ya que no es lo mismo ser una mujer urbana que una mujer rural, joven, migrante o parte de la comunidad LGBTIQ+.

Emile Durkheim (1897) plantea que el suicidio no puede ser entendido solo desde los factores individuales, sino que además debe analizarse las diferentes formas en que la sociedad regula a los sujetos. Diferenciaba una clasificación del suicidio como: altruista, anónimo, fatalista y egoísta, demostrando que la sociedad influye en la probabilidad de que alguien se quite la vida.

Si analizamos esta perspectiva y la enlazamos con una perspectiva de género vemos que las mujeres están más expuestas a la violencia doméstica y de género, así como también a los mandatos de cuidados (suicidio anónimo según Durkheim), mientras que los varones socializados desde su nacimiento como sujetos autosuficientes, reprimiendo sentimientos y sus expresiones, que en cierta manera los aísla y los acercaría al suicidio denominado “egoísta” por Durkheim.

Por otra parte, Pierre Bourdieu, menciona como concepto central al Habitus (incorporación de disposiciones). Son aquellas disposiciones que se transmiten de generación en generación y en interacción con el entorno social, adquiriéndose durante la infancia y adolescencia. Maneras de ser, sentir y actuar que dirigen nuestras prácticas sin cuestionamientos.

Estos procesos de socialización, transmiten jerarquías, desigualdades, mandatos que reproducen las estructuras sociales. Comienzan en casa y se extienden a escuelas. Por lo cual, según Bourdieu, socializarse implica internalizar clases sociales, capital cultural, género, etc. Los procesos de socialización colaboran con que se perpetúen las desigualdades de generación en generación.

Conclusiones

Las políticas públicas deben incorporar la perspectiva de género en el estudio, prevención y atención del suicidio.

Las campañas dirigidas a varones deberían centrarse en derribar estigmas sobre la vulnerabilidad emocional y fomentar la búsqueda de ayuda. Para las mujeres, el eje debe estar en la relación con la violencia basada en género, la desigualdad y el acceso a redes de apoyo. Finalmente, es imprescindible visibilizar poblaciones históricamente invisibilizadas, como las personas LGBTIQ+.

Sin esta mirada con perspectiva de género, el diseño de las políticas públicas sería insuficiente y extremadamente limitada. Este enfoque, enriquece el análisis y nos daría más herramientas y estrategias de prevención.

BIBLIOGRAFÍA

Beauvoir, S. de. (2005). *El segundo sexo*. Cátedra. (Trabajo original publicado en 1949).

Bourdieu, P. (1972/2007). *Esquema de una teoría de la práctica*. París: Seuil.

Bourdieu, P. (1980/1991). *El sentido práctico*. París: Minuit.

Durkheim, É. (1897). *El suicidio*. Madrid: Akal.

Freud, S. (2006). *Duelo y melancolía*. En J. Strachey (Ed. y trad.), *Obras completas de*

Sigmund Freud (Vol. XIV). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917).

Ministerio de Salud Pública. (2024). Suicidios en Uruguay: Nueva orientación de las políticas públicas ante evolución negativa.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/suicidios-uruguay-nueva-orientacion-politicas-publicas-ante-evolucion>

Minois, G. (2001). Historia del suicidio: La sociedad occidental ante la muerte voluntaria. Paidós.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global.

OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Plan estratégico de la OPS 2020-2025.

OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-ops-2020-2025>

Rodríguez, M. C., & Díaz, N. R. (2018). Panorama actual del suicidio: un análisis psicológico y psicoanalítico. Revista Iberoamericana de Psicología, 11(2), 93-106. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.11210>.

María Belén Trindade Pereira es Licenciada en Psicología y representante para Uruguay de la Federación Internacional de Psicología de la Emergencia. Posee formación especializada en género, violencias y acompañamiento comunitario, con diplomaturas y cursos realizados en la Universidad Nacional de Córdoba y la Universidad de la República, Cénur Litoral Norte. Ha participado en capacitaciones sobre respuesta sensible al trauma, asistencia emocional en emergencias y prevención del suicidio. Su trayectoria incluye intervenciones psicosociales con enfoque de derechos, diversidad y perspectiva de género.

Correo electrónico de contacto: lic.belentrindade.23@gmail.com

SUICIDE FROM A GENDER PERSPECTIVE

María Belén Trindade Pereyra - Uruguay

Introduction

Suicide is a complex and multifactorial phenomenon that requires analysis from multiple perspectives. One of them, essential today, is the gender perspective. Statistics show clear differences between men and women regarding risk factors, attempts, and completion of suicide, which necessitates a rethinking of prevention and intervention strategies. Overview of Suicide in Uruguay and Worldwide Suicide constitutes a major public health issue globally. According to the World Health Organization (WHO), more than 700,000 people die by suicide each year. Its consequences extend not only to the affected families but also to communities and health systems, generating a significant social, cultural, and economic impact.

In Uruguay, suicide has shown a sustained increase in recent decades, becoming a priority for public policies. According to data from the Ministry of Public Health (MSP, 2024), the rate in 2024 was 21.35 per 100,000 inhabitants, with a slight decrease compared to the peak of 2022 (23.2), although the overall trend since 2000 continues to rise. When analyzing the data by sex, the difference remains persistent: in 2024 the rate was 33.3 for men and 10.1 for women. Regarding age distribution, there is a predominance in older individuals, particularly among those aged 85 to 89 years (38.2 per 100,000) and those over 90 (37.6). However, the increase in the 20 to 24 age group (33.2) is also concerning, marking the highest figure recorded historically in that group.

Territorially, Treinta y Tres (37.7), Río Negro (35.5), and Rocha (34.9) were the departments with the highest rates, exceeding the national average. In relation to suicide attempts, in 2024 the rate was 161.7 per 100,000 inhabitants, compared to 132.4 in 2023. This increase could be linked to both improvements in records and a real increase in cases. When disaggregating by sex, women show a rate of attempts (223.3) more than double that of men (96.5). These data clearly show the need to incorporate a gender-differentiated analysis to understand the issue and design more effective responses.

Conceptual framework

Definition of suicide

The WHO defines suicide as "the act of deliberately taking one's own life." It understands a suicide attempt as any self-inflicted behavior that does not result in death (including overdoses, injuries, or intentional self-harm). The Pan American Health Organization (PAHO), in its Strategic Plan 2020-2025, included suicide as a key health indicator in the Americas Region. From a psychoanalytic perspective, Freud (1917/2006) considered that suicide occurs when the "life drive" is overtaken by the "death drive."

Etymology

According to Minois (2001), the term suicide comes from the Latin *sui* (oneself) and *caedere* (to kill), that is, "to kill oneself". Sex and gender. Sex refers to biological characteristics (chromosomes, sexual organs, hormones), while gender corresponds to a sociocultural construction that assigns roles, expectations, and stereotypes to women and men. The gender perspective, following Simone de Beauvoir (1949/2005), allows us to understand that "one is not born a woman, but becomes one," highlighting that female subordination is not a product of nature but of social constructions. Incorporating this analytical category into the study of suicide provides tools to understand how the mandates of masculinity and femininity influence suicidal behavior.

Anthropology of suicide

Historically, anthropology and sociology have studied suicide from an androcentric perspective, prioritizing the analysis of completed deaths (mostly male) and relegating the importance of attempts (more frequent in women). In Uruguay, official reports and media often emphasize the higher suicide rate in men, making invisible the fact that women are the ones who have more attempts. This biased narrative limits the understanding of the gender factors involved.

Gender factors in suicide

Gender roles influence how men and women face life and adversity: Males: socialization in self-sufficiency, the mandate not to ask for help, greater access to weapons, and problematic substance use. Females: greater exposure to gender-based violence, sexual abuse, caregiving overload, and poverty. Intersectionality allows for a deeper analysis, as it is not the same to be an urban woman as it is to be a rural woman, young, migrant, or part of the LGBTIQ+ community. Emile Durkheim (1897) argues that suicide cannot be understood solely from individual factors; it must also analyze the different ways in which society regulates individuals. He differentiated a classification of suicide as: altruistic, anomic, fatalistic, and egoistic, demonstrating that society influences the likelihood of someone taking their own life.

If we analyze this perspective and link it to a gender perspective, we see that women are more exposed to domestic and gender violence, as well as to caregiving mandates (according to Durkheim, anonymous suicide), while men socialized from birth as self-sufficient subjects suppress feelings and their expressions, which in a way isolates them and could lead them to the so-called 'egoistic' suicide by Durkheim.

On the other hand, Pierre Bourdieu mentions the central concept of Habitus (incorporation of dispositions). These are the dispositions that are transmitted from generation to generation and interact with the social environment, acquired during childhood and adolescence. Ways of being, feeling, and acting that guide our practices without questioning.

These processes of socialization transmit hierarchies, inequalities, mandates that reproduce social structures. They begin at home and extend to schools. Therefore, according to Bourdieu, socializing involves internalizing social classes, cultural capital, gender, etc. The processes of socialization contribute to the perpetuation of inequalities from generation to generation.

Conclusions

Public policies must incorporate a gender perspective in the study, prevention, and care of suicide. Campaigns aimed at men should focus on breaking down stigmas about emotional vulnerability and encouraging the seeking of help. For women, the focus should be on the relationship with gender-based violence, inequality, and access to support

networks. Finally, it is essential to make visible historically marginalized populations, such as LGBTIQ+ individuals.

Without this gender perspective, the design of public policies would be insufficient and extremely limited. This approach enriches the analysis and provides us with more tools and prevention strategies.

REFERENCES

- Beauvoir, S. de. (2005). *The Second Sex*. Cátedra. (Original work published in 1949).
- Bourdieu, P. (1972/2007). *Outline of a Theory of Practice*. Paris: Seuil.
- Bourdieu, P. (1980/1991). *Practical Sense*. Paris: Minuit.
- Durkheim, É. (1897). *Suicide*. Madrid: Akal.
- Freud, S. (2006). Mourning and Melancholia. In J. Strachey (Ed. and trans.), *The Complete Works of Sigmund Freud* (Vol. XIV).
- Amorrortu. (Original work published in 1917).
- Ministry of Public Health. (2024). *Suicides in Uruguay: New guidance for public policies in response to negative trends*.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/suicidios-uruguay-nueva-orientacion-politicas-publicas-ante-evolucion>
- Minois, G. (2001). *History of suicide: Western society facing voluntary death*. Paidós.
- World Health Organization. (2014). *Suicide prevention: a global imperative*. WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Pan American Health Organization. (2020).
- PAHO Strategic Plan 2020-2025.
- PAHO. <https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-ops-2020-2025>
- Rodríguez, M. C., & Díaz, N. R. (2018). Current panorama of suicide: a psychological and psychoanalytic analysis. *Ibero-American Journal of Psychology*, 11(2), 93-106.
<https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.11210>.

María Belén Trindade Pereira holds a degree in Psychology and serves as the representative for Uruguay at the International Federation of Emergency Psychology. She has specialized training in gender, violence, and community-based support, with diplomas and courses completed at the National University of Córdoba and the University of the Republic. She has participated in training programs on trauma-sensitive response, emotional support in emergencies, and suicide prevention. Her professional background includes psychosocial interventions with a focus on human rights, diversity, and gender perspective.

Contact email: lic.belentrindade.23@gmail.com

PROTOCOLO DE APOYO EN EL PROCESO DE RESIGNIFICACIÓN Y TRÁNSITO EN DUELO POR TELECONSULTA (PART-T)

Marilyn Gavi Toledo Cárdenas y Jesús Manuel Guerrero - Perú

Introducción

El duelo es un proceso psicológico inherente a la condición humana, que se activa frente a la pérdida de una figura significativa, ya sea por fallecimiento, separación o transformación profunda de la realidad personal. Aunque las circunstancias extraordinarias de la pandemia por COVID-19 visibilizaron masivamente la necesidad de acompañamiento emocional ante la muerte, en la actualidad el duelo continúa siendo una experiencia universal, compleja y multifactorial (Gómez, 2022; Lobo, 2025).

En el contexto actual, diversas situaciones —como enfermedades crónicas, accidentes, desastres naturales, violencia, migración forzada o rupturas familiares— generan escenarios de pérdida con alta carga emocional que exigen respuestas clínicas integrales. Estas situaciones impactan tanto a los pacientes como a sus familias, quienes deben afrontar la ausencia física del ser querido y reorganizar su vida emocional, relacional y espiritual (Worden, 2021; González & Pérez, 2023).

El abordaje terapéutico del duelo trasciende lo médico y se convierte en una necesidad psicosocial prioritaria. A nivel institucional, servicios de salud como el Hospital Militar Central han identificado la importancia de establecer protocolos de intervención en duelo y preduelo que permitan una atención oportuna, empática y estructurada, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad emocional.

Este protocolo se sustenta en la necesidad de promover un afrontamiento adaptativo y resiliente mediante estrategias clínicas que integren recursos presenciales y virtuales, incluyendo las tecnologías de la información y comunicación (TICs), para brindar acompañamiento incluso en situaciones de acceso limitado o con barreras geográficas. Así, se busca ofrecer un espacio terapéutico seguro en momentos de crisis, reconociendo el

sufrimiento, validando las emociones y facilitando el proceso de resignificación de la pérdida (Neimeyer, 2022; Selman et al., 2025).

En contextos clínicos y comunitarios, la implementación de protocolos breves de intervención en duelo ha demostrado ser eficaz para ofrecer un acompañamiento oportuno y focalizado que permite abordar las necesidades emocionales sin requerir procesos prolongados, los cuales pueden no estar disponibles en situaciones de emergencia o alta demanda (Shear, 2015; Currier, Neimeyer, & Berman, 2020). Este tipo de intervención, especialmente cuando se realiza a través de teleconsulta, facilita la accesibilidad, continuidad y flexibilidad del apoyo psicológico, adaptándose a realidades cambiantes y limitaciones geográficas o sanitarias (Lobb et al., 2010; Selman et al., 2025).

Además, los protocolos breves fomentan un equilibrio entre la validación del sufrimiento y el empoderamiento del doliente, promoviendo estrategias de afrontamiento resilientes que pueden prevenir complicaciones en el duelo, como el duelo complicado o prolongado (Shear et al., 2016). Por tanto, desarrollar y aplicar protocolos estructurados pero humanizados en la atención temprana al duelo es una práctica clínica fundamental para mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de quienes enfrentan pérdidas significativas (Worden, 2021; Neimeyer, 2022).

Definición de duelo

El duelo es un proceso psicológico y emocional natural que se produce tras una pérdida significativa, como el fallecimiento de un ser querido, la ruptura de vínculos afectivos, el diagnóstico de una enfermedad crónica o la pérdida de un rol o identidad importante. Desde una perspectiva clínica, se trata de un proceso adaptativo que permite a las personas reorganizarse internamente y reconstruir el vínculo con lo perdido a través de la elaboración emocional (Worden, 2021; Neimeyer, 2022).

Aunque a menudo se asocia exclusivamente con la muerte, el duelo puede surgir también por eventos no mortales, como separaciones, migración forzada, jubilación o pérdida de capacidades físicas. En el caso de pacientes con enfermedades crónicas, el duelo comienza incluso antes de la muerte física, manifestándose como un proceso anticipado de pérdidas sucesivas: de la salud, de la autonomía, de los roles familiares y sociales, y finalmente, de la vida (Gómez, 2022; González & Pérez, 2023).

La intensidad y manifestación del duelo dependen de múltiples factores: el tipo de pérdida, el vínculo emocional con lo perdido, las circunstancias del fallecimiento, la historia previa de pérdidas, los recursos psicológicos del doliente y el nivel de soporte social disponible (American Psychiatric Association [APA], 2022). En este sentido, el duelo es un fenómeno individual, pero también profundamente cultural, influido por las normas, rituales y creencias colectivas.

Desde una mirada fenomenológica, el duelo por muerte se distingue de otras pérdidas por su carácter radical, irreversible y universal (López Martínez, 2023).

Características del duelo

- Es un proceso dinámico, no lineal, influido por factores personales, culturales, sociales y espirituales.
- Se manifiesta de manera distinta en cada individuo: no hay una única forma “correcta” de transitar el duelo.
- Puede expresarse a través de síntomas físicos, cognitivos, afectivos, conductuales y existenciales o espirituales (Shear, 2023).
- Está estrechamente relacionado con la salud mental: un duelo no elaborado puede desencadenar trastornos como depresión, ansiedad, consumo problemático de sustancias o riesgo suicida.
- Existen diferentes tipos de duelo (normal, anticipado, complicado, crónico, entre otros), cuya identificación es clave para definir el tipo de intervención clínica.
- En ciertos casos, el duelo puede prolongarse o intensificarse de forma patológica, afectando significativamente el funcionamiento social, emocional y laboral de la persona (APA, 2022).

Duración del duelo

La duración del duelo varía ampliamente según la persona y las circunstancias de la pérdida. Se estima que la mayoría de los procesos de duelo se resuelven de forma adaptativa entre los 6 y 18 meses posteriores al fallecimiento. Sin embargo, en algunos casos —por

ejemplo, cuando la muerte fue inesperada o traumática, o existía una alta dependencia emocional— el proceso puede extenderse y volverse disfuncional (Zisook & Shear, 2022).

Cabe señalar que no existe un “tiempo ideal” para superar el duelo, y más que medir su duración, se recomienda evaluar la funcionalidad del doliente en su vida cotidiana, así como la intensidad y persistencia del sufrimiento (Neimeyer, 2022).

Epidemiología del duelo

La pérdida de un ser querido es una de las experiencias más estresantes y universales que puede enfrentar un ser humano. Estudios recientes confirman que el duelo puede constituir un factor de riesgo para diversas complicaciones físicas y mentales, especialmente en personas con antecedentes de salud frágil, poco apoyo social o eventos traumáticos previos (González & Pérez, 2023; Shear, 2023).

Algunas de las principales complicaciones asociadas al duelo incluyen:

- **Trastornos afectivos** como depresión mayor y ansiedad generalizada.
- **Trastornos del sueño**, particularmente insomnio de conciliación y despertares frecuentes.
- **Consumo abusivo de sustancias** psicoactivas, especialmente en hombres jóvenes.
- **Aumento del riesgo de suicidio**, particularmente en personas que enviudan, padres que pierden hijos o jóvenes sin red de apoyo (Rostila et al., 2023).
- **Compromiso del sistema inmunológico**, lo cual puede facilitar enfermedades físicas crónicas (O'Connor et al., 2021).
- **Mayor morbilidad**, especialmente en adultos mayores tras la pérdida de la pareja (Figley, 2020).

Un metaanálisis reciente de Park et al. (2024) encontró que aproximadamente un 10-15% de las personas en duelo desarrollan un trastorno de duelo prolongado, con síntomas que persisten e interfieren significativamente en su vida diaria más allá de los 12 meses del fallecimiento.

Por estas razones, el duelo debe ser abordado no solo como un evento emocional, sino como una condición de salud pública, que requiere atención profesional oportuna, acompañamiento emocional adecuado y estrategias de prevención del duelo complicado.

Manifestaciones normales del duelo en el adulto

El duelo es un proceso adaptativo esperado ante la pérdida de una persona significativa. Aunque se experimenta de forma única en cada individuo, existen manifestaciones comunes que pueden surgir en distintos niveles: fisiológico, conductual, cognitivo, afectivo y espiritual. Estas reacciones no deben considerarse patológicas en sí mismas, sino como expresiones naturales del proceso de adaptación a la pérdida (Worden, 2021; Neimeyer, 2022).

La expresión del duelo puede variar en duración e intensidad, y no todas las personas presentarán los mismos síntomas ni en el mismo momento. Las manifestaciones suelen aparecer de forma intermitente y pueden fluctuar a lo largo del tiempo. Reconocerlas como parte del duelo normal permite evitar la patologización de respuestas emocionales esperables tras una pérdida significativa (Shear, 2023; APA, 2022).

1. Manifestaciones fisiológicas

Estas respuestas se presentan con frecuencia en la fase aguda del duelo y pueden impactar el bienestar general. Aunque a menudo son desestimadas, tienen un rol importante en el proceso de adaptación.

- Sensación de vacío en el estómago o boca seca.
- Opresión en el pecho o garganta, disnea o palpitaciones.
- Fatiga, debilidad o sensación de agotamiento constante.
- Alteraciones del sueño (insomnio, despertares frecuentes, pesadillas).
- Cambios en el apetito (hiperfagia o hiporexia).
- Dolores somáticos inespecíficos (cefaleas, molestias gastrointestinales).
- Incremento del riesgo de enfermedades médicas, especialmente cardiovasculares y autoinmunes, debido a la alteración del sistema inmunológico (O'Connor et al., 2021).

2. Manifestaciones conductuales

El duelo puede producir cambios significativos en la conducta, los hábitos diarios y la interacción social.

- Aislamiento social o evitación de relaciones interpersonales.
- Llanto frecuente o suspiración repetida.
- Hiperactividad o, por el contrario, hipoactividad o parálisis conductual.

- Dificultad para desprenderse de pertenencias del fallecido.
- Visitas repetidas a lugares significativos o evitación de los mismos.
- Desorganización en la rutina diaria, olvidos frecuentes.
- Conductas de riesgo o consumo de sustancias como forma de afrontamiento.
- Reexperimentación del fallecido a través de recuerdos o rituales.

3. Manifestaciones cognitivas

El proceso de duelo puede generar una disrupción en el funcionamiento cognitivo, especialmente en las primeras etapas.

- Incredulidad o sensación de irrealidad ante la pérdida.
- Confusión, pensamientos desorganizados o dificultades de concentración.
- Alucinaciones breves (visuales o auditivas) no psicóticas, relacionadas con el fallecido.
- Rumiación constante sobre la pérdida o sobre las circunstancias del fallecimiento.
- Dificultad para planificar el futuro o mantener metas a largo plazo.
- Distorsiones cognitivas (culpa irracional, autoreproches, pensamientos catastrofistas).
- Sentido de presencia del fallecido o deseo de "recuperar" la pérdida.

4. Manifestaciones afectivas

El impacto emocional del duelo es profundo y complejo. Las emociones suelen presentarse en forma intensa y cambiante.

- Tristeza profunda, melancolía, apatía.
- Ira, frustración o resentimiento (con uno mismo, con otros o con el fallecido).
- Miedo o ansiedad ante el futuro sin la persona perdida.
- Culpa (por no haber evitado la muerte o por conflictos no resueltos).
- Sentimientos de soledad, abandono, vacío existencial.
- Sentimiento de alivio (cuando la muerte puso fin al sufrimiento del fallecido), lo que puede generar conflicto interno.
- Emociones contradictorias o ambivalentes, frecuentes en duelos complejos.

5. Manifestaciones espirituales o existenciales

El duelo con frecuencia pone en crisis el sistema de creencias, generando cuestionamientos profundos sobre el sentido de la vida y la muerte.

- Búsqueda de sentido frente a la pérdida.

- Dudas o conflicto con creencias religiosas o espirituales.
- Sensación de traición o enojo hacia un ser superior.
- Replanteamiento del propósito vital.
- Sentimiento de cercanía o distancia con lo trascendente.
- Reafirmación de creencias o, por el contrario, alejamiento de prácticas religiosas.
- Búsqueda de conexión con el fallecido a través de rituales simbólicos o espirituales.

Consideraciones clínicas

Es importante subrayar que estas manifestaciones, si bien pueden ser intensas, no constituyen necesariamente un trastorno. Sin embargo, cuando persisten en el tiempo, generan un malestar clínicamente significativo o deterioro funcional en áreas importantes de la vida del doliente, puede considerarse la presencia de un trastorno de duelo prolongado, reconocido oficialmente en el DSM-5-TR (APA, 2022).

La evaluación debe centrarse en la funcionalidad del doliente, su red de apoyo, historia previa de salud mental y la intensidad de los síntomas (Zisook & Shear, 2022).

Atención al duelo en niños y adolescentes

Los niños y adolescentes enfrentan diversas pérdidas a lo largo de su desarrollo, tales como el divorcio de los padres, cambios de residencia, pérdidas laborales en la familia, rupturas familiares, cambios en sus redes sociales, nacimiento de hermanos, transiciones escolares o incluso eventos traumáticos como desastres naturales (Worden & Silverman, 2021). Sin embargo, la muerte de un ser querido representa un desafío emocional y cognitivo más complejo, especialmente en edades tempranas, pues implica una pérdida no solo de la persona, sino también de la sensación de confianza, seguridad, estabilidad, control y apoyo (Silverman & Nickman, 2022).

Concepto de la muerte según la etapa evolutiva

El entendimiento del concepto de muerte evoluciona con la edad:

- **Niños menores de 5 años:** No comprenden la muerte como un fenómeno irreversible ni universal; tienden a concebirla como un estado temporal o reversible.
- **Niños entre 5 y 9 años:** Comienzan a reconocer la muerte como irreversible para otros, pero no necesariamente para sí mismos (egocentrismo cognitivo).
- **A partir de los 10 años:** El concepto de muerte se percibe como definitivo, irreversible e inevitable para todos, alineándose más con la comprensión adulta (Speece & Brent, 2017).

Manifestaciones del duelo en niños

La respuesta al duelo en la infancia suele manifestarse en diferentes dominios: emocional, cognitivo y conductual (Perrin, 2019). Estas respuestas varían según la edad, el nivel de desarrollo y el contexto familiar.

Tabla 1 *Manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales del duelo*

Emocionales	Cognitivas	Conductuales
Ira, irritabilidad	Confusión, conmoción	Regresión a etapas previas del desarrollo (p. ej., hablar como bebé)
Miedo a la pérdida de la figura protectora	Reacciones de negación o fantasía (esperar el regreso del fallecido)	Dificultad para separarse del entorno familiar, temor a la soledad
Sentimientos de abandono, vacío, inseguridad	Preguntas persistentes sobre la muerte y el fallecido	Alteraciones del sueño (insomnio, pesadillas)

Culpa por comportamientos previos o por no expresar afecto	Dificultad para comprender la irreversibilidad de la muerte	Cambios en la alimentación (pérdida o aumento del apetito)
Tristeza profunda		Llanto frecuente o episodios de rabietas prolongadas

Fuente: Manifestaciones *comunes del duelo en niños* (adaptado de Worden & Silverman, 2021).

Manifestaciones del duelo en adolescentes

Los adolescentes experimentan reacciones similares a las de los adultos, aunque en los más jóvenes predomina la expresión somática y conductual, mientras que en adolescentes mayores y jóvenes adultos prevalecen las manifestaciones emocionales y cognitivas (Kaplow et al., 2014):

- Síntomas físicos como cefaleas, dolores musculares o malestares gastrointestinales.
- Cambios en el estado de ánimo, con irritabilidad, ansiedad y tristeza.
- Dificultades académicas, aislamiento social o búsqueda de riesgos.
- Sentimientos de culpa, negación o rabia.
- Conductas de búsqueda o comunicación imaginaria con el fallecido.

Señales de alerta en niños y adolescentes

Aunque el duelo es un proceso natural, existen indicios que pueden sugerir complicaciones o necesidad de intervención profesional (Melhem et al., 2020):

- Llanto persistente y prolongado que interfiere con el funcionamiento diario.
- Rabietas frecuentes y difíciles de controlar.
- Desinterés prolongado por actividades y relaciones sociales.
- Alteraciones del sueño severas y miedo intenso a la soledad.
- Regresión marcada en habilidades adaptativas (p. ej., enuresis, hablar como un bebé).

- Síntomas físicos recurrentes sin causa médica aparente (cefaleas, dolores).
- Pensamientos recurrentes sobre reunirse con el fallecido, conductas imitativas excesivas.
- Comportamientos agresivos o autolesivos.
- Deterioro académico importante o abandono escolar.

Consideraciones clave en el duelo infantil y adolescente

- El duelo es un **proceso activo**: no se puede modificar la pérdida, pero sí la manera en que se afronta y se procesa emocionalmente.
- Es un proceso **normal y esperable**, que no debe patologizarse por la intensidad o duración de las manifestaciones, siempre que no comprometan la funcionalidad.
- El **reconocimiento social y familiar** de la pérdida y la expresión abierta de emociones facilitan la adaptación. El duelo silenciado o no expresado puede aumentar la vulnerabilidad.
- Cada niño y adolescente **vive y expresa el duelo de manera única**, influenciado por su desarrollo, personalidad, contexto familiar y cultural.

Intervención en el manejo del duelo

I. Aceptar la realidad de la pérdida

- Facilitar la aceptación tanto intelectual como emocional de la pérdida.
- Apoyar al sobreviviente para que pueda expresar y hablar abiertamente sobre la pérdida.
- Reconocer que, como mecanismo de protección, la persona puede manifestar conductas como:
 - Negación de la realidad de la muerte.
 - Negar el significado o impacto de la pérdida.
 - Negar la irreversibilidad de la muerte.
- Promover rituales adaptados al contexto actual, por ejemplo, si no es posible realizar un velorio presencial, organizar una reunión virtual. Lo fundamental es que la persona se sienta acompañada, contenida y tenga espacios para compartir y expresar sus sentimientos.

II. Elaborar el dolor de la pérdida

- Ayudar a la persona a reconocer y trabajar las emociones vinculadas al dolor de la pérdida.
- La intensidad y naturaleza del dolor están mediadas por múltiples factores, como la estructura y dinámica familiar, el rol que el fallecido tenía dentro del sistema familiar, la calidad de los vínculos afectivos, el momento del ciclo vital, conflictos previos, así como creencias espirituales o religiosas.
- Reconocer que en muchas sociedades el duelo puede verse como un proceso “indeseable” o que debe superarse rápidamente, lo cual dificulta la expresión genuina del dolor.
- Fomentar la conexión con el duelo a través de la verbalización y otras formas de expresión como escribir o dibujar.
- Identificar también la desconexión o evitación, que puede surgir por diversas razones, como proteger a otros miembros de la familia (por ejemplo, hijos pequeños), lo que puede dificultar la elaboración del duelo.

III. Adaptarse a un nuevo mundo sin el ser querido

- Apoyar la adaptación a los cambios externos (nuevas rutinas, responsabilidades) e internos (emocionales, psicológicos).
- Facilitar también la adaptación espiritual, si es relevante para la persona.
- Ayudar al sobreviviente a asumir nuevos roles para los cuales no estaba preparado, desarrollar habilidades nuevas y reconstruir su identidad y sentido del mundo sin la presencia física del ser querido.

IV. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

- Fomentar maneras saludables de recordar y mantener el vínculo afectivo con el ser querido fallecido, integrándolos en la vida diaria sin que esto impida continuar con la propia vida.
- Promover la construcción de un nuevo vínculo basado en el amor y los recuerdos compartidos, que permita la trascendencia y continuidad emocional sin aferramiento

patológico.

- Acompañar en el proceso de redefinir la vida con un nuevo sentido personal y social, apoyando el desarrollo de nuevas metas y propósitos.

Duelo complicado o patológico

El duelo es una respuesta natural y esperada ante una pérdida significativa, pero en algunas personas puede volverse difícil reanudar su vida cotidiana con el tiempo. Este fenómeno se conoce como duelo complicado o patológico, y se caracteriza por:

- Aplazamiento, ausencia o prolongación excesiva del proceso adaptativo normal del duelo.
- Intensidad desproporcionada o duración prolongada que interfiere significativamente con el funcionamiento personal, social y laboral.

En la literatura se utilizan términos equivalentes como “duelo crónico”, “trastorno de duelo complicado” o “trastorno de duelo complejo persistente” (Shear et al., 2011). Este tipo de duelo suele presentarse tras pérdidas súbitas o en circunstancias traumáticas, cuando el vínculo con la persona fallecida era muy significativo.

Algunos factores que aumentan el riesgo de duelo complicado incluyen:

- Aislamiento social o falta de redes de apoyo.
- Sentimientos de responsabilidad o culpa por la pérdida.
- Relaciones ambivalentes o dependientes con la persona fallecida.
- Antecedentes de trastornos emocionales previos.

Es fundamental identificar estas situaciones para realizar intervenciones oportunas y especializadas que permitan un proceso de duelo adaptativo y saludable.

Parámetros para valorar el duelo complicado

Detectar el duelo complicado resulta complejo debido a la ausencia histórica de manuales diagnósticos claros que diferencien las manifestaciones propias del duelo normal de aquellas que indican un proceso patológico. En 1999, Prigerson et al. realizaron un estudio pionero con 291 personas en duelo, evaluadas entre 0 y 24 meses tras la pérdida, y propusieron criterios diagnósticos para el duelo complicado que aún mantienen vigencia y base científica sólida.

Criterios diagnósticos propuestos por Prigerson et al. (1999):

Criterio A: Estrés por la separación afectiva causada por la muerte.

Presencia diaria o en grado intenso de al menos 3 de los siguientes 4 síntomas:

1. Pensamientos intrusivos e incontrolables relacionados con el fallecido.
2. Añoranza profunda y tristeza intensa por la ausencia del ser querido.
3. Conductas de búsqueda o intento de contacto con el fallecido, pese a su muerte.
4. Sentimientos de soledad derivados directamente de la pérdida.

• Criterio B: Estrés asociado al trauma psíquico por la muerte.

Presencia diaria o en grado acusado, como consecuencia directa del fallecimiento, de al menos 4 de los siguientes 8 síntomas:

1. Sensación de falta de metas o inutilidad respecto al futuro.
2. Experiencia subjetiva de frialdad, indiferencia o ausencia de respuesta emocional.
3. Dificultad para aceptar la realidad irreversible de la muerte.
4. Sentimiento de vacío existencial o pérdida de sentido en la vida.
5. Percepción de que ha muerto una parte esencial de sí mismo.
6. Adopción de síntomas o conductas perjudiciales asociadas al fallecido.
7. Irritabilidad, amargura o enojo excesivos relacionados con la pérdida.

8. Alteraciones en la percepción e interpretación del mundo.

- Criterio C: Cronología.

La duración de los síntomas descritos debe ser de al menos seis meses posteriores a la pérdida.

- Criterio D: Deterioro funcional.

Los síntomas provocan un deterioro significativo en la vida social, laboral o en otras áreas importantes de la persona.

Tipos de duelo patológico

El duelo patológico, también conocido como duelo complicado o trastorno de duelo prolongado, se refiere a una respuesta desadaptativa ante la pérdida, que interfiere significativamente en el funcionamiento personal, social o laboral. La literatura académica reconoce diversos subtipos, siendo los más comunes los siguientes:

1. Duelo crónico

Se manifiesta como una reacción de duelo prolongada en el tiempo, donde la persona permanece emocionalmente anclada al fallecido. Es común en vínculos con alta dependencia afectiva (Shear, 2015).

2. Duelo ausente

Caracterizado por la supresión o negación consciente/inconsciente de las emociones relacionadas con la pérdida. El doliente aparenta funcionalidad, pero evita procesar el duelo (Zisook & Shear, 2009).

3. Duelo exagerado

Se expresa con una intensidad emocional extrema, que puede incluir conductas autodestructivas o de evitación como consumo de sustancias, aislamiento o somatizaciones (APA, 2013; Barrios et al., 2020).

4. Duelo retrasado o pospuesto

Las reacciones emocionales aparecen mucho tiempo después del evento de pérdida, generalmente reactivadas por otro suceso similar. La represión inicial impide una elaboración saludable del duelo (Worden, 2013).

5. Duelo enmascarado

El malestar emocional no se reconoce como parte del proceso de duelo, manifestándose a través de síntomas físicos, trastornos psicosomáticos o conductas atípicas (Worden, 2013).

6. Duelo traumático

Relacionado con muertes súbitas, violentas o inesperadas (como suicidio, homicidio o accidentes), genera síntomas cercanos al trastorno de estrés postraumático (Kristensen et al., 2012; WHO, 2019).

Actualmente, el DSM-5-TR incluye el "trastorno de duelo prolongado" como entidad diagnóstica (APA, 2022), y la CIE-11 lo denomina "trastorno por duelo persistente complejo" (WHO, 2019), reconociendo su impacto clínico y la necesidad de intervención especializada.

ERRORES CRÍTICOS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA INTERVENCIÓN EN DUELO

BANDERAS ROJAS QUE DAÑAN Y BANDERAS VERDES QUE ACOMPAÑAN

Psicología de la emergencia: señales de alerta para una intervención ética y efectiva

La intervención psicológica en duelo, especialmente en contextos de emergencia, desastre o pérdida súbita, exige un equilibrio delicado entre sensibilidad emocional, respeto cultural, y rigor ético. Aunque muchas prácticas nacen de buenas intenciones, ciertas actitudes y estrategias —cuando son mal aplicadas— pueden obstaculizar o incluso agravar el proceso adaptativo del doliente.

Este capítulo ofrece una guía clara de lo que *no* se debe hacer (banderas rojas), junto con sus correspondientes alternativas terapéuticas (banderas verdes), con el fin de favorecer una intervención psicológica eficaz, humanizada y segura.

BANDERAS ROJAS: LO QUE SE DEBE EVITAR

1. Minimizar o invalidar el dolor emocional

Frases como “sé fuerte”, “el tiempo lo cura todo” o “al menos ya no sufre” invisibilizan el sufrimiento legítimo del doliente. Esta invalidación emocional puede generar vergüenza, retraimiento o culpa, bloqueando la expresión emocional necesaria para la elaboración del duelo (Gross, 1998; Stroebe et al., 2007).

Bandera verde: Validar con frases como: “Tu dolor es legítimo”, “Lo que sientes es comprensible” o “Estoy aquí para escucharte sin juzgar”. El acompañamiento debe respetar el ritmo emocional de cada persona (Shear, 2015).

2. Forzar la expresión emocional sin preparación interna

Presionar para que la persona hable o “libere” sus emociones antes de estar lista puede reactivar el trauma y aumentar la ansiedad (Bonanno, 2009). No todo dolor necesita ser verbalizado de inmediato para ser procesado.

Bandera verde: Utilizar preguntas abiertas y ofrecer espacios para el silencio, el tiempo y la contención emocional sin presión (Neimeyer, 2016).

3. Pretender un cierre inmediato del duelo

Frases como “ya deberías estar mejor” o “es hora de seguir adelante” promueven expectativas irreales y pueden generar culpa si la persona no cumple ese ritmo. El duelo no es un problema a resolver, sino un proceso a transitar (Worden, 2013).

Bandera verde: Validar la temporalidad individual del proceso: “Cada persona tiene su ritmo”, “No hay prisa para sanar”.

4. Aplicar técnicas de forma rígida y descontextualizada

La aplicación mecánica de formularios o técnicas sin adaptación a la historia, cultura o espiritualidad del doliente puede deshumanizar la intervención y perder su efectividad (Stroebe et al., 2007).

Bandera verde: Personalizar el acompañamiento: escuchar primero, adaptar luego. Considerar siempre la cultura, valores y creencias del doliente (Neimeyer, 2016).

5. Ignorar señales de duelo complicado o riesgo clínico

Pasar por alto síntomas como ideación suicida, disociación, desesperanza crónica o deterioro funcional severo puede tener consecuencias graves (APA, 2013).

Bandera verde: Mantener protocolos claros de evaluación y derivación. Si se detecta riesgo, actuar sin demora y derivar a psiquiatría o terapia especializada (WHO, 2019).

6. Fomentar dependencia emocional del doliente hacia el profesional

Prometer disponibilidad constante o aceptar llamadas fuera de horario puede generar una relación de dependencia, debilitando la autonomía del doliente (Goleman, 1995).

Bandera verde: Establecer límites profesionales desde el inicio. Fomentar la autoeficacia, el empoderamiento y los apoyos naturales del entorno (Bonanno, 2009).

7. Sobreidentificación o involucramiento emocional excesivo

El sufrimiento compartido o no gestionado por parte del profesional puede nublar su juicio clínico, generar fatiga por compasión y afectar la calidad del acompañamiento (Figley, 2002).

Bandera verde: Mantener una distancia terapéutica saludable. Supervisión, autocuidado y límites profesionales son claves para una intervención sostenible y eficaz.

8. Ignorar el contexto sociocultural y espiritual

No considerar los rituales, creencias o redes comunitarias del doliente puede desconectar la intervención del mundo emocional real de la persona (Neimeyer, 2016; Worden, 2013).

Bandera verde: Integrar el marco cultural y espiritual del doliente. Escuchar, no imponer. Valorar los recursos personales, comunitarios y espirituales.

Evitar estas “banderas rojas” y aplicar las “banderas verdes” como guía ética y técnica no solo protege al doliente, sino que eleva la calidad del acompañamiento psicológico en duelo.

La misión del profesional no es acelerar el proceso, sino crear un espacio seguro, humano y significativo, donde el dolor pueda transformarse en memoria, crecimiento y continuidad emocional.

Una intervención en duelo no se mide por “soluciones”, sino por la profundidad del vínculo terapéutico, la validación del sufrimiento y el respeto al tiempo del alma.

PROTOCOLO DE ACOMPAÑAMIENTO EN DUELO BREVE POR TELECONSULTA *

Modalidad: Videollamada o llamada telefónica

Duración: 3 sesiones de 45–60 minutos

Enfoque: Humanista, centrado en la persona, culturalmente sensible

Objetivo general: Acompañar al doliente en un proceso breve de expresión, comprensión y resignificación de la pérdida.

I. LLAMADA DE PRIMER CONTACTO: PUENTE INICIAL PARA EL ACOMPAÑAMIENTO

Dirigida a: Familiar o cuidador del paciente fallecido

Descripción:

La llamada debe realizarse idealmente entre el primer y segundo día tras la notificación del fallecimiento, y en ningún caso debe exceder la primera semana. Es realizada por un profesional de Psicología o personal capacitado en atención psicosocial. Esta llamada constituye un primer vínculo terapéutico esencial.

Objetivos:

- Ofrecer condolencias en nombre del equipo, desde un enfoque empático y respetuoso.
- Brindar un espacio para la expresión emocional inicial del doliente.
- Reconocer el rol fundamental del familiar o cuidador y agradecer su confianza.
- Evaluar la necesidad de apoyo psicosocial inmediato y detectar signos de riesgo o malestar intenso.

Procedimientos:

- Presentación cálida y verificación de disponibilidad para conversar.
- Exploración breve de la situación emocional y contextual.
- Valoración rápida de señales de alarma (p. ej., angustia severa, ideación suicida).
- Informar sobre el acompañamiento que se ofrecerá y los pasos siguientes.

Derivación:

En caso de identificar malestar intenso, riesgo o demanda explícita de ayuda, se debe derivar inmediatamente al equipo especializado para atención en fase aguda, intervención en crisis y valoración continua del duelo

II. SESIONES DE ACOMPAÑAMIENTO (“3 encuentros para el reencuentro”)**PRIMERA SESIÓN: ACEPTAR CON COMPASIÓN****Objetivo general:**

Brindar un espacio emocionalmente seguro para que el doliente pueda expresar libremente su dolor, sentirse acompañado en su sufrimiento y comenzar a reconocer la realidad de la pérdida desde una escucha empática, respetuosa y sin juicios.

Objetivos específicos:

- Validar las emociones presentes tras la pérdida, sin presionar ni minimizar el dolor.
- Explorar el vínculo con la persona fallecida y el impacto de su ausencia en la vida cotidiana.
- Identificar las redes de apoyo disponibles y los recursos iniciales de afrontamiento.

- Observar señales de riesgo emocional que puedan requerir seguimiento o derivación.

Desarrollo paso a paso

1. Bienvenida y presentación profesional

Iniciar con tono cálido, empático y claro.

“Hola, soy [nombre], psicóloga/psicólogo del equipo de acompañamiento en duelo. Primero quiero agradecerte por permitirme este espacio contigo y expresarte mis más sinceras condolencias por la pérdida de [nombre del fallecido/a].”

Verificar disponibilidad inmediata:

“¿Estás en un lugar cómodo y con tiempo para que podamos conversar con tranquilidad durante los próximos minutos?”

2. Exploración de la experiencia de pérdida

Permitir que el doliente comience a hablar de su ser querido desde el vínculo emocional, no desde el evento traumático.

Preguntas sugeridas:

- “Si tú lo deseas, ¿me podrías contar cómo era [nombre o apodo del fallecido/a] para ti?”
- “¿Qué vínculo tenían ustedes?”
- “¿Qué era lo que más valorabas de él o ella?”
- “¿Cómo lo o la recuerdas en este momento?”

Estas preguntas favorecen la evocación emocional significativa y permiten valorar el grado de conexión afectiva con la persona fallecida.

3. Validación del evento de pérdida

Indagar si el doliente ha podido vivir o simbolizar el proceso de despedida. Este paso permite identificar posibles bloqueos en la aceptación.

Preguntas clave:

- “¿Hubo alguna ceremonia, velorio o espacio para despedirse?”
- “¿Pudiste participar en ella?”
- “¿Estuviste acompañado/a ese día?”

- “¿Quiénes te han estado acompañando desde entonces?”
- “¿Tienes una red de apoyo familiar o de amistades cercana?”

Este punto permite evaluar el soporte social y espiritual disponible.

4. Valoración del afrontamiento actual

Indagar cómo la persona está gestionando la situación en su día a día.

Preguntas útiles:

- “¿Qué estás haciendo en estos días?”
- “¿Cómo ha cambiado tu rutina desde la pérdida?”
- “¿Con quién estás viviendo actualmente?”

Estas preguntas ayudan a detectar señales de aislamiento, funcionalidad preservada o deteriorada,

y posibles necesidades prácticas.

5. Exploración emocional profunda y reconocimiento del dolor

Aquí se invita a verbalizar la pérdida y su impacto interno, conectando con la emoción.

Pregunta clave:

- “¿Qué sientes que has perdido, además de su presencia física?”

Este enfoque invita a explorar pérdidas secundarias (rutinas, roles, protección, proyecto de vida, identidad).

6. Cierre simbólico: lectura del poema

“Antes de terminar, me gustaría compartir contigo un breve poema que muchas personas encuentran reconfortante en momentos de duelo. Se llama ‘*Recuérdame*’, de David Harkins.”

(Leer el poema ajustando el pronombre de género correspondiente: él o ella.)

Puedes llorar porque se ha ido, o puedes
sonreír porque ha vivido.
Puedes cerrar los ojos
y rezar para que vuelva o puedes abrirlos y
ver todo lo que ha dejado;
tu corazón puede estar vacío
porque no lo (la) puedes ver,
o puede estar lleno del amor
que compartisteis.
Puedes llorar, cerrar tu mente, sentir

Cierre de la sesión

Agradecimiento y retroalimentación emocional:

“Gracias por tu confianza y por abrir este espacio tan íntimo conmigo. ¿Cómo te sientes en este momento luego de conversar?”

Propuesta de seguimiento inmediato:

“Considero importante que podamos continuar este proceso. ¿Te gustaría que agendemos una segunda sesión para la próxima semana?”

[*Si acepta*]:

“Perfecto. Entonces te propongo que nuestra próxima sesión sea el día [fecha] a las [hora]. Yo te contactaré de la misma forma que hoy. ¿Está bien para ti?”

Tarea reflexiva sugerida:

“Para nuestra siguiente sesión, te invito a que anotes en un cuaderno o en tu teléfono los pensamientos, recuerdos o emociones que vayas sintiendo durante la semana. No es necesario que sea perfecto, lo que tú sientas o recuerdes será valioso para conversar.”

Información sobre contacto:

“Y si antes de nuestra próxima conversación sientes que necesitas hablar con alguien o si tus emociones se intensifican, por favor no dudes en contactar al equipo de apoyo. Aquí estamos para ti.”

Notas técnicas para el profesional:

- Registrar de forma estructurada las respuestas clave del doliente (enfrentamiento, red de apoyo, expresión emocional, señales de riesgo).
- Observar indicadores de duelo complicado (evitación emocional extrema, desesperanza profunda, falta de red de apoyo).
- Confirmar consentimiento para continuidad del proceso.
- Asegurar una actitud cálida, empática y sin juicio.

SEGUNDA SESIÓN: RECORDANDO CON AMOR Y CONEXIÓN

Objetivo general:

Facilitar la conexión emocional con el ser querido fallecido desde una perspectiva de recuerdo compasivo, sin culpa ni sufrimiento paralizante, promoviendo la elaboración simbólica de la relación y la continuidad del vínculo afectivo.

Objetivos específicos:

- Promover la evocación de recuerdos significativos y positivos que fortalezcan el vínculo emocional sano.
- Ayudar a diferenciar el dolor de la pérdida del amor que permanece.
- Identificar posibles bloqueos emocionales, como culpa o evitación.
- Introducir una actividad simbólica que favorezca la expresión afectiva y resignificación

de la pérdida.

Desarrollo paso a paso

1. Inicio de la sesión y reencuentro terapéutico

- El profesional debe contactar al doliente en el horario previamente coordinado durante la primera sesión.
- Iniciar con tono empático, profesional y de continuidad.

Saludo inicial sugerido:

“Buenos días/tardes, soy [nombre], psicóloga del equipo de acompañamiento en duelo.

Tal

como acordamos en la última sesión, hoy continuamos nuestro acompañamiento. Me
alegra

poder volver a hablar contigo.”

2. Exploración del estado emocional actual y seguimiento desde la última sesión

Preguntas sugeridas:

- “¿Cómo te has sentido en estos días?”
- “¿Has podido conversar con tu familia o con alguien cercano sobre lo que estás viviendo?”
- “¿Ha habido momentos en que te hayas sentido más tranquilo/a o más afectado/a?”

Estas preguntas permiten valorar si hay evolución emocional, contención familiar y posibles

signos de estancamiento o avance.

3. Revisión de la tarea sugerida: pensamientos y emociones

“En la sesión anterior te sugerí que anotaras pensamientos, recuerdos o emociones que fueran apareciendo.

¿Pudiste escribir algo o reflexionar sobre ello?”

“¿Qué te llamó más la atención de lo que pensaste o sentiste esta semana?”

El objetivo es profundizar en el relato emocional del doliente y fomentar la conexión narrativa con la persona fallecida.

4. Memoria emocional: rescatar recuerdos significativos

Preguntas claves para resignificar la relación y los recuerdos:

- “¿Cómo estás recordando a [nombre del fallecido/a] estos días?”
- “¿Qué momentos felices o especiales vienen a tu mente cuando piensas en él o ella?”
- “¿Qué crees que te dejó como legado, enseñanza o ejemplo?”

Este paso promueve una reconstrucción afectiva sana del vínculo, evitando el foco exclusivo en la pérdida.

5. Activación de tributos simbólicos o rituales personales

“Algunas personas encuentran consuelo en realizar actividades que sienten como un homenaje.

¿Has hecho algo que sientas que honra o recuerda a [nombre]?”

(Si no lo ha hecho):

“¿Te gustaría hacer algo simbólico, como escribirle una carta, preparar una foto, encender una

vela o crear algo en su honor?”

Si acepta:

“Puedo acompañarte a pensar en qué tipo de actividad podría ser significativa para ti y ayudarte a prepararla para nuestra próxima sesión, si te parece bien.”

6. Reconstrucción empática de la relación con el fallecido

“¿Cómo crees que le gustaría a [nombre] ser recordado/a por ti?”

“Si pudieras hablarle en este momento, ¿qué le dirías?”

(Pausa para permitir el silencio emocional y facilitar la conexión).

Este ejercicio permite expresar el amor persistente y la continuidad del vínculo desde la compasión, no desde la culpa.

Cierre de la sesión

7. Asignación de tarea simbólica

“Para la siguiente sesión, si estás de acuerdo, quisiera proponerte una pequeña actividad. ¿Te animarías a preparar un collage de fotos donde esté [nombre del fallecido/a], tú y otras personas importantes? Puedes hacerlo en cartulina, en tu celular o en la computadora. No tiene que ser perfecto, solo algo que te ayude a honrar los recuerdos que más valoras.”

“Y si durante estos días surgen emociones, pensamientos o frases que te parezcan importantes, anótalas también para que podamos conversarlas en la próxima sesión.”

8. Coordinación de la tercera sesión

“¿Te parece bien si coordinamos desde ya nuestra próxima sesión para el día [fecha] a las [hora]? Yo me comunicaré contigo de la misma manera que hoy.”

9. Cierre emocional

“Te agradezco profundamente por tu apertura hoy. Recordar con amor también es una forma de sanar. Espero que esta semana puedas sentir un poco más de calma y conexión con esos recuerdos que te hacen bien.”

Indicaciones técnicas para el profesional

- Observar si hay presencia de *culpa persistente, idealización excesiva o negación de recuerdos*.
- Valorar el tono afectivo del recuerdo (tristeza, ternura, dolor, neutralidad, evitación).
- Detectar resistencias o bloqueos (ej. “no quiero recordar porque duele”).
- Evaluar si se requieren técnicas de regulación emocional adicionales (respiración, grounding, visualización).

TERCERA SESIÓN: INTEGRAR CON ESPERANZA Y CONTINUAR CON SENTIDO

Objetivo general:

Facilitar la integración emocional de la pérdida como parte significativa de la historia vital del doliente. Se busca que la persona pueda reconocer lo vivido, lo compartido y lo aprendido en la relación con el ser querido, resignificar su ausencia de manera adaptativa y proyectarse al futuro con esperanza y propósito.

Objetivos específicos:

- Favorecer la recolocación simbólica del ser querido en la vida emocional del doliente.
- Reforzar recursos personales, sociales y espirituales que faciliten la adaptación a la nueva realidad.
- Promover la esperanza, la conexión afectiva duradera y la reconstrucción de un nuevo

sentido de vida.

- Evaluar la necesidad de derivación clínica si se identifican indicadores de duelo complicado.

Desarrollo paso a paso

1. Inicio de la sesión: bienvenida y encuadre

El profesional se comunica puntualmente por el medio acordado (videollamada o teléfono).

Saludo sugerido:

“Buenos días/tardes, soy [nombre], psicóloga del Equipo de acompañamiento en Duelo. Hoy realizaremos nuestra tercera y última sesión de este acompañamiento. Es un gusto volver a saludarte.”

2. Evaluación del proceso vivido

Preguntas sugeridas:

- “Desde que comenzamos este proceso, ¿cómo te has sentido?”
- “¿Has notado algún cambio en ti desde la primera sesión?”
- “¿Has retomado algunas actividades o asumido nuevas responsabilidades? ¿Con apoyo de quién?”

Este paso permite observar evolución emocional, funcionalidad diaria y disponibilidad de red de apoyo.

3. Revisión de la actividad simbólica (collage u homenaje)

“En nuestra última sesión hablamos de una actividad simbólica en honor a [nombre del fallecido]. ¿Pudiste hacerla?”

- Si la respuesta es afirmativa:
 - “¿Podrías mostrarlo o describirme lo que hiciste?”
 - “¿Qué sentiste mientras lo hacías?”

- “¿Qué representa para ti cada elemento?”
- Si la respuesta es negativa:
 - Validar emocionalmente:
 - “Está bien si no fue posible. A veces, el momento emocional aún no lo permite. ¿Te gustaría intentarlo más adelante?”

1. Metáfora para resignificación emocional

“A veces, para ver la luz, necesitamos mirar con el corazón. ¿Qué luces has podido descubrir en medio de esta experiencia tan difícil?”

Las metáforas facilitan la conexión con el mundo interno sin forzar la verbalización directa del dolor.

- metáfora de la vela⁴.

5. Exploración de sentido de vida y proyección personal

Preguntas sugeridas:

- “¿Crees que puedes seguir adelante, poco a poco, a tu ritmo?”
- “¿Qué te gustaría construir o alcanzar en esta nueva etapa de tu vida?”
- “¿Hay algo que quisieras hacer en honor a [nombre]?”
- “Si pudieras hablarle ahora, ¿qué le dirías? ¿Qué crees que te diría al verte así?”

Se busca favorecer la reinversión emocional, honrar la memoria del ser querido y proyectar metas personales con sentido.

6. Recolocación simbólica y vínculo duradero

Preguntas clave:

- “¿Sientes que llevas a [nombre] contigo de alguna manera?”
- “¿Cómo se manifiesta su presencia ahora en tu vida diaria?”

⁴ 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 puede ser la edad de las personas) finalmente si está cumpliendo su función... puede doler cuando se apagué, 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 transcendencia“

- “¿Hay algo que te recuerde su amor, sus enseñanzas o su manera de ser?”

Metáfora de cierre sugerida:

“El amor no desaparece. Se transforma. Vive en tus recuerdos, en tus decisiones, en tu forma de amar y vivir.”

Este paso ayuda a consolidar una relación interna y saludable con la persona fallecida, que permita seguir adelante sin negarla ni idealizarla.

CIERRE DE LA SESIÓN Y DEL PROTOCOLO

7. Agradecimiento final institucional

“Sr./Sra. [nombre], a nombre propio y del Equipo de acompañamiento en Duelo del, quiero agradecerle por permitirnos acompañarle en este momento tan íntimo y humano.”

“Recuerde que, si más adelante necesita apoyo, puedes solicitar una nueva cita por teleconsulta. El duelo no se supera, se transforma. Y cada paso que das es una forma de seguir amando y viviendo con sentido.”

8. Evaluación clínica final y posible derivación

Si se detectan indicadores de riesgo (duelo complicado, ideación suicida, disfunción severa, etc.):

- Informar con claridad y empatía la necesidad de continuar el proceso con un especialista.
- Derivar formalmente al Servicio de Psiquiatría y/o a seguimiento con psicólogo experto en duelo complicado.

RECOMENDACIONES PARA EL PROFESIONAL

- Observar señales de aceptación, esperanza, apertura emocional y reorganización vital.
- Escuchar el relato con atención a emociones como culpa, gratitud, alivio, tristeza, resiliencia.
- Validar cada respuesta con respeto, sin imponer interpretaciones.
- Utilizar un lenguaje sencillo, compasivo y centrado en la experiencia subjetiva del doliente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldrich C.K. (1974). Some dynamics of anticipatory grief. En B. Schoenberg, A.C Carr, D. Peretz y A. Kutscher. *Anticipatory grief*. New York: Columbia University Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

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, 739804. <https://doi.org/10.1155/2013/739804>

Bonanno, G. A. (2009). *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss*. Basic Books.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

Figley, C. H. (2010). *El trauma en el duelo*. Disponible en: <http://www.renacer.cl>

Figley, C. R. (2020). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. Bantam Books.

Gómez, M. (2007). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Madrid: Arán Ediciones, S.L.

Gómez, B. (2022). *Psicología del duelo: Comprender y acompañar desde la clínica*. Editorial Desclee de Brouwer.

- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Guillem, V., Romero, R., y Oliente, E. (2007). Manifestaciones del duelo. En C. Camps y P. Sánchez. *Duelo en Oncología*. España: Sociedad Española de Oncología Médica.
- Kaplow, J. B., Saunders, J., Angold, A., & Costello, E. J. (2010). Psychiatric symptoms in bereaved versus nonbereaved youth and young adults: a longitudinal epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1145–1154. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.004>
- Lobo, A. (2025, enero 16). *Conferencia en el Campus de Huesca sobre posibles secuelas del duelo por la pérdida de un ser querido*. Radio Huesca. https://cadenaser.com/aragon/2025/01/14/conferencia-en-el-campus-de-huesca-sobre-posibles-secuelas-del-duelo-por-la-perdida-de-un-ser-querido-radio-huesca/?utm_source=chatgpt.com
- López Martínez, A. (2023). *El duelo como experiencia transformadora: Una mirada desde la logoterapia*. Editorial UCA.
- Maercker, A., y Lalor, J. (2012). Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 167–176. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/amaercker>
- Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Walker Payne, M., & Brent, D. A. (2011). Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of general psychiatry*, 68(9), 911–919. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.101>
- Neimeyer, R. A. (2012). *Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved* (Vol. 2). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315678424>
- Neimeyer, R. A. (2022). *Techniques of grief therapy: Assessment and intervention* (2nd ed.). Routledge.
- O'Connor M. F. (2012). Immunological and neuroimaging biomarkers of complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 141–148. <https://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*. www.paho.org

Perrin, S. (2019). Grief and bereavement in children and adolescents. In D. F. Saleebey (Ed.), *Handbook of clinical child psychology* (pp. 451-469). Springer.

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. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>

Prigerson, H.G., et al. (1999). "Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-IV and ICD-11." *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>

(*Estudio pionero que estableció los primeros criterios diagnósticos para duelo complicado*)

Rosales, C., y Olmeda M. (2001). *El duelo anticipatorio*. Disponible en: <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. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002618>

Shear, M.K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>

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, Nueva York.

Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (2022). *Childhood bereavement: A comprehensive review*. Guilford Press.

Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2017). Cautioning Health-Care Professionals. *Omega*, 74(4), 455–473. <https://doi.org/10.1177/0030222817691870>

Sweeney, M. O., & Quill, T. E. (2007). Clustering of sudden death and aborted cardiac arrest associated with a family grief reaction. *Heart rhythm*, 4(7), 952–955. <https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2007.02.022>

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 Infante, O., Grau, J. (Compiladores). *La*

Psicología de la Salud en el enfrentamiento a la COVID-19 en América Latina (pp. 272 – 319). Editorial 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.12.009>

World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases (ICD-11)*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2019). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings* (Version 2.0). <https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide---version-2.0>

Worden, J. W. (2013). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). Springer Publishing Company.

Worden, J. W. (2021). *Tareas del duelo: Resolviendo el duelo de manera saludable*. Paidós.

Worden, J. W. (2021). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Editorial Paidós.

Worden, J. W., & Silverman, P. R. (2021). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th ed.). Springer Publishing.

Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry*, 8(2), 67–74. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>

Marilyn Gavi Toledo Cárdenas. Psicóloga clínica y de la salud con más de 30 años de experiencia en instituciones públicas y privadas de referencia, actualmente se desempeña en el Servicio de Oncohematología del Hospital Militar Central. Especialista y formadora en Psicooncología y Psicología Paliativa, con entrenamiento complementario en Terapia Centrada en la Compasión (CFT), terapia Gestalt y enfoque cognitivo-humanista. Se

desempeña como docente universitaria en diversas instituciones nacionales e internacionales, y participa activamente como conferencista en foros académicos y científicos de la región.

Egresada del Doctorado en Psicología por la Universidad Nacional Federico Villarreal, Máster Internacional en Cuidados Paliativos por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (España), y maestrías en Educación con mención en Docencia Universitaria (UNDAC) y en Psicología Organizacional (UNFV). Licenciada en Psicología (UIGV), ha complementado su formación profesional con diplomados en Recursos Humanos, Tanatología y Técnicas para el Desarrollo de la Autoestima.

Actualmente es Presidenta del Comité Asesor Permanente de Psicooncología y Cuidados Paliativos, y fundadora y expresidenta de la Asociación Nacional de Psicooncología del Perú (ANPPE). Elegida Representante Nacional del Perú ante la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) para el periodo 2025–2027, y Secretaria General de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA).

Becada para un fellowship en Psicooncología en el Hospital Universitario de Basurto (Bilbao, España), y miembro activo de la Sociedad Peruana de Psicooncología (SPPPO). La labor profesional ha sido reconocida con el Premio Nacional en Psicooncología (2018) otorgado por el Colegio de Psicólogos del Perú y con la Medalla al Servicio Civil del Ejército Peruano (2022).

Email: marilyngavi@yahoo.es mtoledo@cientifica.edu.pe

Jesús Manuel Guerrero. Posdoctor en Psicología (Universidad de Flores, Argentina). Doctor en Educación (Universidad Cesar Vallejo, Perú), egresado del Doctorado en Salud Pública (Universidad Nacional del Callao, Perú) y estudios de Doctorado en Salud (Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Venezuela). Magister en Psicología, con énfasis en Psicología de la Salud (Universidad Simón Bolívar - Venezuela). Licenciado en Psicología,

Mención Psicología Clínica (Pontificia Universidad Católica del Perú). Actualmente es responsable de investigación de los programas de: carrera de psicología, maestría en neuropsicología cognitiva y segundas especialidades en psicología clínica, terapia cognitiva conductual y neuropsicología clínica de la Universidad Científica del Sur, así como líder institucional para el establecimiento de las líneas de investigación 2025-2030. Investigador Asociado en la misma universidad e investigador calificado por Concytec (Renacyt – Nivel II) y REDISAL (San Salvador). Es docente de la maestría en psicología clínica y de la salud en la Universidad Ricardo Palma y la segunda especialidad en psicología jurídica y forense de la Universidad Continental. Ganador del Premio estudiantil Ignacio Martín Baró otorgado por la Sociedad Interamericana de Psicología (Brasilia -2013). Miembro de la Federación Venezolana de Psicólogo (FPV), Colegio de Psicólogo del Perú y la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP). Pertenece a los grupos de trabajo de psicología clínica y psicooncología de la SIP, así como al grupo de investigación en desarrollo, salud y evaluación psicológica (Universidad Científica del Sur).

Email: jguerreroa@cientifica.edu.pe

TENEMOS QUE HABLAR DE SUICIDIO

Tratamiento psicoterapéutico de crisis suicidas

Vanesa Carpaneto Sueldo - Argentina

*‘El suicidio es una solución eterna para lo que a menudo
no es más que un problema temporal’.*

Edwin Shneidman, 1985.

Introducción

El suicidio constituye un fenómeno complejo, multicausal y doloroso que conmueve y desafía al mundo entero. Las estadísticas son alarmantes y muestran que sucede en edades cada vez más tempranas. No se trata de un hecho aislado, sino de un problema de salud pública de primera magnitud. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que, es la tercera causa de muerte en adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años, representando la tercera causa de mortalidad a nivel global (OMS, 2021)

Es por este motivo que este capítulo detallará aspectos específicos sobre la temática, en relación a la prevención e intervención en la crisis, lo que debemos conocer al momento de interesarse en una situación límite como esta y como marcar los lineamientos de intervención psicoterapéutica desde el modelo integrativo. Además de tener en cuenta las cosas que no deben suceder desde el lugar de profesional, reflexionando sobre la construcción de redes protectoras.

Es así que, Landau-Stanton (1988) expresa con contundencia que el intento de suicidio en la adolescencia constituye un acto de gran impacto en la dinámica familiar. Con frecuencia, la familia, queda sumida en un estado de parálisis, confusión y temor frente a la imprevisibilidad de estos actos. Esta reacción evidencia la necesidad de sostener también a los familiares, quienes muchas veces carecen de recursos emocionales para contener a su hijo o hija en crisis.

Es fundamental comprender que, en la mayoría de los casos, quien intenta suicidarse no busca la muerte en sí misma, sino poner fin a un sufrimiento insoportable, a un estado vivido como carente de salida.

El suicidio como fenómeno multidimensional

El suicidio no puede reducirse a un único factor causal. La literatura especializada lo describe como un fenómeno multifactorial, donde confluyen variables biológicas, psicológicas, sociales, culturales y existenciales.

- Factores psicológicos: depresión, ansiedad, desesperanza, rigidez cognitiva, traumas tempranos.
- Factores sociales: aislamiento, discriminación, violencia intrafamiliar, rupturas vinculares, desempleo.
- Factores culturales: estigmatización de la salud mental, modelos sociales de éxito, valores de competencia extrema.
- Factores biológicos: predisposición genética.
- Factores existenciales: pérdida del sentido, vacío, vivencias de fracaso, incapacidad de proyectar un futuro.

Thomas Joiner, con su teoría del suicidio, enfatiza la combinación de tres elementos:

- Percepción de carga para los demás.
- Sentimiento de no pertenencia.
- Capacidad adquirida para el acto suicida.

La integración de estos datos permite comprender al suicidio no sólo como síntoma de un trastorno, sino como expresión de un padecimiento existencial y relacional profundo.

Hablemos de salud mental

Cuando hablamos de salud mental, y según afirma Héctor Basile en su libro “Suicidio infante juvenil” (2017), las presentaciones clínicas son múltiples y variadas, pensando así mismo en la persona que lo intenta varias veces, y es una situación que hay que tener en cuenta para el tratamiento para evitar recaídas.

A continuación, se describirán dichas variaciones clínicas⁵:

SÍNDROME PRE SUICIDA:

- a) La opresión: impresión de estar cercado; esta impresión abarca tanto las relaciones humanas, como los valores que dan sentido a la vida;
- b) Una inhibición de la agresividad, un sentimiento de rabia impotente que se vuelve contra sí mismo, y
- c) Fantasías o fantasmas suicidas que llevan a cabo una auténtica autointoxicación acompañada de una regresión imaginaria, que provoca el hábito y el autocondicionamiento de llevar a cabo la escena fantaseada.

SÍNDROME DE TENSIÓN PRESUICIDA

- Durante las semanas que preceden al gesto suicida es frecuente que el adolescente acuda una o dos veces a la consulta del médico de familia.
- Expone quejas físicas triviales (fatiga, dolores, etc.), malestar general, y no expresa necesariamente ideas suicidas a menos que se le interrogue de manera directa al respecto.
- A muchos se les prescribe fármacos como respuesta a estas quejas triviales o a las molestias difusas, y no es raro que este fármaco sea utilizado después para el intento de suicidio.
- Si se realiza una exploración detallada se reconocería que estos adolescentes suelen presentar una sintomatología depresiva, con una disminución e incluso un descenso en picada del rendimiento escolar, un repliegue en sí mismo, trastornos del sueño, o una reiterada tendencia a los accidentes.
- Una pregunta directa realizada en un ambiente empático sobre ideas de autoagresión o suicidio puede revelar al clínico la realidad del sufrimiento depresivo.
- Durante los días o las horas previas al intento de suicidio se suele percibir un crecimiento de la angustia.
- El adolescente exterioriza el temor a “no poder soportarlo”, a desmoronarse.
- Al no poder resolver este argumento de tensión mediante métodos de carácter simbólico, llevará a cabo un paso al acto sobre su cuerpo.
- La presencia de estos indicios, sobre todo en un adolescente con antecedentes de suicidas, que ha sufrido pérdidas (mudanza, partido de un amigo, duelo) o rupturas

⁵ Fernández, J.J.; Basile, H.; Pérez Barrero, S. (2017). Suicidio infanto juvenil.

en el entorno (conflicto de separación de los padres, ruptura sentimental, etc.) hará sospechar un nuevo paso al acto, por lo que se deberán tomar medidas concretas.

SÍNDROME DE LA SEUDOCURACIÓN

- Durante los primeros días, a veces incluso ya durante las primeras horas después de un intento de suicidio, se percibe un relajamiento de las tensiones anteriores.
- Este relajamiento momentáneo, que podría compararse con un efecto de catarsis, dificulta la concientización del suicida.
- El adolescente critica su gesto y trivializa las dificultades que le han conducido a este extremo y que parecen haber desaparecido como por arte de magia.
- La familia más próxima, en especial los padres, se encuentran al lado del adolescente; los conflictos quedan totalmente olvidados por el momento.
- El adolescente, aliviado por haber sobrevivido y objeto de numerosas atenciones por parte del entorno, tiende a rechazar toda propuesta de ayuda, juzgándola innecesaria.
- Los padres, por su parte, son presa de sentimientos contradictorios, suelen mostrar su acuerdo con el adolescente en este aspecto.
- Se observa una relativa relajación sintomática.
- Los padres se movilizan y conceden ahora al adolescente lo que le habían negado antes.
- Este acercamiento a los padres, que ofrece una seguridad momentánea, pronto le resultará difícil de soportar.

Luego de marcar los ítems anteriores, según lo expresado por Fernández, J.J.; Basile, H. y Pérez Barrero, S. (2017), podemos decir que son de gran aporte para el trabajo clínico, pensado desde la Psicoterapia, para evaluar dinámicas familiares, defensas, resistencias, y así armar la dirección del tratamiento. Consultar a ese adolescente por su dolor, de forma clara y directa, conformará una fuerte alianza además de generar un cierto alivio al poner en palabras el mal que lo aqueja. Si se considera y evalúa que la situación es de riesgo inminente, se deberán tomar las medidas pertinentes, agregar consultas semanales, armar esquemas para la reorganización cotidiana, y en casos severos se accederá a la internación hospitalaria. Por esto es que resulta tan importante el trabajo interdisciplinario, contando con un equipo conformado por médico/s, psicólogo/s, acompañante/s terapéutico/s.

Principalmente hay que tener en cuenta el marco de intervención al momento de una crisis suicida, lo más importante es mantener una escucha activa de aquél que necesita hablar de su malestar, de lo que está sintiendo, de lo que está pensando...

La meticulosa y extensa investigación sobre esta temática, ha llegado a ciertas conclusiones. Los comportamientos suicidas constituyen un problema complejo, presentando múltiples causas que se interrelacionan. Sin embargo, aun así, se pueden realizar intervenciones certeras, teniendo en cuenta los motivos, para reducir el comportamiento suicida con el adecuado tratamiento relacionado con la salud mental, con la injerencia de los profesionales formados para el abordaje. Estas investigaciones nos han permitido adquirir preparaciones sobre la utilización de programas de prevención sumamente eficaces.

Émile Durkheim manifiesta en su libro “El suicidio” (2009), que es toda muerte que resulta de un acto realizado por la misma víctima. Igualmente, este autor, declarará que esta definición será incompleta, ya que se debe tener en cuenta si el acto es llevado a cabo por un “alienado” (lo que hoy describiríamos como patologías graves), donde el criterio de realidad se encuentra severamente afectado, o, si ese acto es ejercido por un “hombre sano de espíritu” (sería aquel que reconoce lo que está haciendo y sus consecuencias).

Cuando un adolescente o joven con ideas suicidas llega a la consulta psicológica, lo primero que hay que decidir es quienes conformarán el equipo terapéutico, evaluando espacio de psiquiatría y tratamiento medicamentoso. Otra figura importante podría ser la del acompañante terapéutico (en Argentina el A.T. es un profesional de la salud mental que brinda apoyo y asistencia a personas que requieren acompañamiento en su vida cotidiana). Y de esta manera se comienza el armado de una red que tendrá como función la contención de ese que está atravesando la crisis. Siendo, además, el pilar fundamental, la familia.

Dentro de la evaluación del riesgo se tendrá en cuenta el peligro que requiere para sí mismo, y cuáles son los factores de riesgo propiamente dichos, que ese sujeto estaría atravesando en ese momento, cuál es su historial de vida, de situaciones dolorosas, traumas, etc. No podemos olvidar que el suicidio está atravesado por cantidad de variables, es un evento multifactorial, es por eso que la evaluación debe ser minuciosa y detallada.

Se puede afirmar que la palabra es sanadora y, generalmente, desde los inicios el paciente logra tener un profundo alivio, dando cuenta de ello a través de lo discursivo y desde lo gestual/corporal.

Evaluación clínica y utilización de técnicas

La evaluación clínica del riesgo es uno de los pasos centrales en la atención. Esta debe incluir:

- Historia de intentos previos (factor predictor más fuerte).
- Existencia de un plan suicida concreto.
- Acceso a medios letales.
- Grado de desesperanza.
- Presencia de psicopatología grave (depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia).
- Factores protectores (red familiar, proyectos, creencias).

Una vez realizada la evaluación clínica del riesgo es que pasamos a armar un modelo de intervención, y es así como comenzaremos a desarrollar un plan de acción con técnicas específicas que ayudarán a atravesar la crisis de una manera compensada.

La psicoterapia integrativa se caracteriza por articular recursos provenientes de diferentes corrientes teóricas (psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual, humanismo, sistémica, mindfulness, entre otras), adaptándose a las necesidades del paciente.

En la intervención de la crisis suicida, este modelo permite:

- Contener la urgencia emocional (desde las técnicas cognitivo-conductuales y de regulación).
- Favorecer la expresión simbólica y la elaboración inconsciente desde el psicoanálisis y enfoques dinámicos).
- Reforzar vínculos protectores (desde el enfoque sistémico y relacional).
- Potenciar recursos internos de afrontamiento (desde el humanismo y la psicología positiva, en etapas POSTERIORES a la crisis).

La utilización de ciertas técnicas psicológicas es una herramienta poderosa para que ese que consulta, de algún modo, logre compensar sus emociones. Algunas son de muy fácil acceso, las sugeridas pueden ser las siguientes: meditación, respiración pausada y profunda, escritura terapéutica, arteterapia, entre otras.

Un ejemplo clínico integrativo podría ser acompañar al adolescente a través de ejercicios de respiración para disminuir la angustia, mientras se indaga simultáneamente en el relato de sus pérdidas y se trabaja con la familia en entrevistas sistémicas.

Tenemos que ser conscientes que estas técnicas servirán de soporte en un momento de crisis, pero posteriormente se debe regresar a la palabra para seguir analizando la historia y avatares transitados por la persona que presenta el riesgo.

Sigmund Freud, creador del psicoanálisis, entendía que las palabras no solo comunican información, sino que también tienen un gran impacto emocional y pueden influir en el psiquismo de las personas. Su teoría muestra como el lenguaje y la interpretación juegan un papel fundamental en la comprensión y tratamiento de los conflictos internos.

De este modo se logra realizar un enfoque basado en la Psicoterapia Integrativa, donde se combina una serie de teorías y técnicas psicológicas para ofrecer un tratamiento personalizado y completo.

Los “NO” en las intervenciones en crisis

Otro punto a tener muy en cuenta es lo que NO se debe hacer en una intervención de este estilo. En primera instancia es no minimizar el padecimiento de ese que se está expresando de la manera que puede, tampoco se debe criticar ni menospreciar al que está confiando su padecer. Y un punto sumamente trascendente es no prometer cosas que no se tiene la certeza que se podrán cumplir, mucho menos mantener el secreto sobre la situación. Es algo que se debe comunicar, principalmente a la familia, para, justamente, armar la mencionada red de contención. En esta instancia debemos saber, como profesionales de la salud mental, que estamos habilitados a levantar el secreto profesional. Sólo se informará sobre el riesgo, nunca se dará información más “personal” del paciente. Esto nos lleva a tomar una posición cuidada y coherente, teniendo en cuenta también leyes que encuadran el ejercicio profesional.

Tampoco se puede desconocer, si nos dedicamos a abordar este tipo de situaciones, las características que presenta una crisis suicida, las más comunes e importantes.

Nunca se debe trabajar sobre las posibles herramientas emocionales, como cuestiones “positivas”; ya que en el momento de la crisis el paciente no puede reparar en ellas. El pensamiento está “tomado” por una situación altamente ansiógena y angustiante, por lo que hacer este tipo de intervenciones, puede empeorar el cuadro.

Conclusión

Apuntando a una intervención clara, amorosa, empática y, sobre todo, profesional y ética, se logrará acompañar, en conjunto con otros profesionales y familia, a ese individuo que tanto lo necesita.

Teniendo en claro las claves de abordaje, se pueden llegar a tener muy buenos resultados. Los adolescentes y jóvenes son personas que, actualmente, se encuentran en un alto grado de vulnerabilidad, ya que es una etapa donde se están desarrollando cuestiones biológicas, psicológicas y sociales. La búsqueda de identificaciones, desafíos, emociones, hacen que puedan producirse conductas de riesgo. No sólo hablamos, en este sentido, sobre el suicidio, sino de situaciones que pueden ser la antesala, como por ejemplo consumo problemático, trastornos de alimentación, trastornos de salud mental, entre otros. Por lo que es de vital importancia estar atentos a las emociones del que padece, pero también de quienes lo rodean, donde el pilar fundamental es el diálogo, comprometido y activo, desde una mirada amorosa y compasiva; alojando el padecimiento de ese que tenemos frente a nosotros e intentando encontrar el camino hacia la transformación.

Además, la psicoterapia integrativa, al combinar recursos de distintos enfoques terapéuticos, se presenta como una vía especialmente valiosa en la prevención del suicidio adolescente. Su flexibilidad permite atender la complejidad de esta etapa vital, integrando técnicas que favorecen la regulación emocional, la reestructuración cognitiva y el fortalecimiento de los vínculos interpersonales. Además, promueve un abordaje centrado en las necesidades singulares de cada adolescente, favoreciendo la construcción de sentido, la validación de la experiencia subjetiva y el desarrollo de recursos internos de afrontamiento. De esta manera, la psicoterapia integrativa no solo actúa sobre el sufrimiento inmediato, sino que también contribuye a la generación de factores protectores que sostienen la vida y potencian la resiliencia a largo plazo.

Referencias bibliográficas

- Benyakar, M., & Fariña, J.J.M. (2014). Lo disruptivo en el cine. Ed. Letra Viva.
- Chávez Hernández, A.M., et al. (2012). Salud mental y malestar subjetivo. Ed. Manantial.
- Durkheim, E. (2009). El suicidio. Ediciones Libertador.
- Fernández, J.J., et al. (2017). Suicidio infanto juvenil. Ed. Salerno.

Freud, S. (1976). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. En J.L. Etcheverry (Trad.) Obras completas (Vol. 14, pp. 235-258). Amorrortu. Trabajo original publicado en 1917 (1915).

Landau-Stanton, J. (1988). Sistemas familiares. Amorrortu Editores.

Marroquin, G. (2018, enero 28). La teoría psicológica interpersonal del comportamiento suicida. Portal Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/clinica/teoria-psicologica-interpersonal-comportamiento-suicida>

OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item>

Páez, E. (2011). Suicidio en niños y jóvenes. Ed. Rojo.

Sotelo, I. (2007). Clínica de la urgencia. JCE Ediciones.

Mg. En Psicología de la Urgencia y la Emergencia. Diplomada Universitaria en Psicología del duelo. Diplomada en Criminología y Psicología Forense. Lic. En Psicología. Profesora de Psicología. Con más de 15 años de experiencia trabajando en la temática de duelo y suicidio, también en intervenciones en emergencias psicosociales, asistencia en desastres naturales y emergencias subjetivas. Coordinadora de grupos de acompañamiento en duelo. Docente en UNISAL, en la cátedra Psicología de la personalidad. Docente en AASM en Diplomado Universitario en Salud Mental e Inteligencia Artificial. Docente y coordinadora de grupos de supervisión de Facultad Internacional de Psicología y Psicoanálisis Lalangue. Ex integrante de Mesa de abordaje de la temática de suicidio en Honorable Consejo Deliberante de la ciudad de Bahía Blanca. Integrante de FIPE. Directora Académica y docente de Diplomatura Universitaria Internacional en Psicología de la Emergencia e Intervención con víctimas en crisis y desastres.

Email: carpanetov@gmail.com

LA GESTIÓN DEL RIESGO Y LA PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA: UNA MIRADA NECESARIA PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Laura López y Petrona Ignacia Cortez - Argentina

Introducción

Las emergencias y desastres constituyen escenarios en los que se ponen en juego no solo recursos materiales y logísticos, sino también la capacidad emocional, cognitiva y ética de quienes intervienen. En esos contextos, la psicología de la emergencia emerge como un campo fundamental, que busca comprender y orientar las reacciones humanas frente a la crisis, y dotar a los equipos de herramientas que les permitan sostener la eficacia operativa sin descuidar la dimensión humana del cuidado **(Raphael, 1986)**.

La experiencia reciente de la pandemia de COVID-19, así como los desastres naturales y antrópicos que se han multiplicado en los últimos años, evidencian que los sistemas de salud y de protección civil requieren de una preparación integral. La gestión del riesgo, en diálogo con la psicología de la emergencia, aparece como una necesidad impostergable, capaz de fortalecer la respuesta institucional y comunitaria en un mundo atravesado por la incertidumbre **(OMS, 2019)**.

En América Latina, organismos como la OPS y la Cruz Roja han señalado la importancia de fortalecer las capacidades locales, pues la primera respuesta frente a una emergencia siempre recae en la comunidad directamente afectada. Ello demanda profesionales no solo entrenados técnicamente, sino también preparados para el acompañamiento humano y psicosocial **(OPS, 2020)**.

La necesidad de capacitarse en gestión de riesgo y psicología de la emergência

Cualquier persona que intervenga en emergencias —ya sea en el ámbito sanitario, de la seguridad, de la defensa o de la protección civil— debe contar con formación sólida en gestión del riesgo. Ello implica comprender los procesos de identificación, análisis y

mitigación de amenazas, así como el diseño de estrategias de prevención, preparación, respuesta y recuperación **(OPS, 2020)**.

La gestión del riesgo no se limita a la etapa de respuesta, sino que incluye la construcción de resiliencia en las comunidades. En este sentido, el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres **(ONU, 2015)** enfatiza la necesidad de preparar a la población y de fomentar una cultura de prevención. Esta visión integral refuerza la idea de que todo profesional de emergencias debe ser, al mismo tiempo, un agente de educación y sensibilización social.

Sin embargo, este abordaje resulta incompleto si no se articula con la psicología de la emergencia, disciplina que estudia las reacciones humanas frente a situaciones críticas y provee recursos para acompañar a víctimas, familiares y también a los propios equipos de intervención. La integración de ambas perspectivas asegura una preparación que no se limita al plano operativo, sino que reconoce la centralidad de la persona en el proceso de afrontamiento y recuperación **(Everly & Mitchell, 2008)**.

Autores como **Dyregrov (2002)** destacan que las reacciones psicológicas posteriores a un desastre —ansiedad, trastorno de estrés postraumático, duelos complicados— pueden mitigarse significativamente si se brinda un acompañamiento oportuno y profesional. Por ello, capacitarse en psicología de la emergencia no es un complemento, sino una parte inseparable de la formación en gestión de riesgos.

Formación de equipos interdisciplinarios

La complejidad de las emergencias requiere de equipos capaces de trabajar de manera interdisciplinaria. Ninguna institución, por sí sola, puede dar respuesta integral a un desastre. La coordinación entre organismos de salud, fuerzas de seguridad, defensa civil, bomberos, organizaciones comunitarias y voluntarios es clave para garantizar eficacia y coherencia en la intervención **(FEMA, 2017)**.

Ejemplos recientes, como la respuesta al terremoto de Haití en 2010 o las inundaciones en Argentina, evidencian que la ausencia de coordinación genera duplicación de esfuerzos, demoras y vacíos críticos. En cambio, cuando los equipos entrenan juntos bajo un marco común —como el Sistema de Comando de Incidentes (SCI)— se logra una respuesta más organizada y eficiente **(FEMA, 2017)**.

En este marco, la capacitación conjunta favorece la construcción de un lenguaje común, la reducción de conflictos derivados de diferencias culturales o institucionales y el

fortalecimiento de la confianza entre actores. La incorporación de la psicología de la emergencia aporta además herramientas para el trabajo en equipo, la gestión de emociones en contextos de tensión y la promoción de liderazgos flexibles y adaptativos **(Raphael, 1986)**.

Prácticas y simulacros como estrategia insustituible

La preparación de quienes intervienen en emergencias no puede limitarse al estudio teórico. En contextos de alta presión y complejidad, la diferencia entre una respuesta efectiva y una fallida radica en la capacidad de haber ensayado previamente en escenarios simulados. Los simulacros constituyen espacios de aprendizaje donde el error no implica riesgo para la vida, pero sí genera un valioso proceso de ajuste y mejora **(Rodríguez & Pérez, 2021)**.

Además de reforzar la técnica, permiten ejercitar habilidades críticas: liderazgo, comunicación clara, coordinación interinstitucional y manejo de la incertidumbre. En este sentido, experiencias como el Simposio de Unificación de Criterios en Situaciones de Emergencias y Desastres demuestran que la práctica planificada no solo fortalece competencias profesionales, sino que crea cultura de preparación y compromiso colectivo.

Los hospitales de América Latina han demostrado que los simulacros periódicos reducen los tiempos de evacuación, mejoran la coordinación entre servicios y disminuyen la mortalidad en emergencias reales **(OPS, 2020)**. Asimismo, la literatura internacional enfatiza que la práctica sostenida desarrolla la memoria procedimental, un recurso vital cuando las decisiones deben tomarse bajo estrés extremo **(Everly & Mitchell, 2008)**.

De allí que los simulacros deban entenderse no como eventos aislados o meramente protocolarios, sino como parte esencial y permanente de cualquier programa de capacitación en gestión de riesgos y psicología de la emergencia.

Conclusiones

La gestión del riesgo y la psicología de la emergencia no son campos accesorios ni optativos: constituyen dimensiones fundamentales de la preparación profesional en el siglo XXI. Su integración asegura no solo eficacia operativa, sino también humanidad en la respuesta **(OMS, 2019)**.

Capacitarse en ambas áreas, conformar equipos interdisciplinarios y, sobre todo, sostener prácticas y simulacros sistemáticos son acciones indispensables para quienes tienen la responsabilidad de intervenir en emergencias. Cada crisis representa una oportunidad para poner a prueba lo aprendido; pero solo aquellos que han entrenado previamente podrán actuar con seguridad, coordinación y empatía.

En definitiva, prepararse es un imperativo ético. Porque detrás de cada protocolo, de cada simulacro y de cada decisión tomada bajo presión, hay vidas en juego. La formación integral, con un enfoque técnico y humano, debe ser el horizonte hacia el cual se dirijan los esfuerzos educativos, institucionales y comunitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dyregrov, A. (2002). *Catástrofes y ayuda psicológica: intervención en crisis y duelo*. Barcelona: Paidós.
- Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (2008). *Psychological crisis intervention: The definitive guide to critical incident stress management (CISM)*. Ellicott City: Chevron.
- Federal Emergency Management Agency (FEMA). (2017). *Incident Command System resources*. Washington: FEMA.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Health emergency and disaster risk management framework*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Preparación hospitalaria para emergencias*. Washington: OPS.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015–2030*. Nueva York: ONU.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe*. New York: Basic Books.
- Rodríguez, L., & Pérez, M. (2021). Impacto de los simulacros en la preparación hospitalaria. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 43(2), 45–58.

Laura López es Magíster Internacional en Gestión de Riesgos y Desastres y Licenciada en Enfermería. Se desempeña como Profesora Coordinadora de Área Profesional de la Carrera

de Licenciatura en Enfermería del Colegio Militar de la Nación y como Secretaria Académica y de Ciencia y Tecnología de la Federación Internacional de Psicología de la Emergencia (FIPE). Con más de veinte años de experiencia docente y asistencial, ha desarrollado proyectos de investigación y extensión orientados a la gestión de emergencias, el riesgo socioambiental y la integración comunitaria de las Fuerzas Armadas en su misión subsidiaria. Es fundadora y organizadora del Simposio de Unificación de Criterios en Situaciones de Emergencias y Desastres, que desde 2018 ha reunido a miles de participantes y referentes civiles y militares. Su trayectoria se caracteriza por promover el desarrollo académico de los futuros oficiales enfermeros, integrar la perspectiva intercultural en la gestión de riesgos y articular espacios de encuentro entre instituciones militares, civiles y comunitarias. Actualmente participa en proyectos nacionales e internacionales de investigación vinculados a la enfermería, la docencia universitaria la reducción de riesgos de desastres.

Correo de contacto: simposiocollegiomilitar2020@gmail.com

Teniente Coronel Petrona Ignacia Cortez es Licenciada en Enfermería y Directora de la Carrera de Licenciatura en Enfermería del Colegio Militar de la Nación. Con más de treinta años de trayectoria como oficial del Ejército Argentino, ha desarrollado una sólida carrera en docencia universitaria y en gestión académica vinculada a la formación de enfermeros militares. Actualmente se encuentra cursando la Especialización en Protección Civil en la Escuela Superior de Guerra, orientando su perfil profesional a la gestión de riesgos y la preparación ante emergencias. Su experiencia combina la práctica militar con la formación en salud y educación, lo que le ha permitido liderar procesos de innovación curricular, fortalecer la profesionalización de la enfermería en el ámbito de las Fuerzas Armadas y promover la articulación entre la misión subsidiaria militar y las necesidades de la comunidad.

Correo de contacto: ignacia2014.pc@gmail.com

THE IMPERATIVE OF TRAINING IN RISK MANAGEMENT AND EMERGENCY PSYCHOLOGY

Laura López and Petrona Ignacia Cortez - Argentina

Introduction

Emergencies, disasters, and crisis situations challenge not only the operational capacity of institutions but also the psychological resilience of the professionals involved. Health and security teams face environments of uncertainty, chaos, and high emotional impact. Therefore, training in risk management and emergency psychology is not optional: it is an essential requirement for all those who work in the field of emergencies, whether in the civil or military domain.

The COVID-19 pandemic highlighted the limits of traditional approaches and demonstrated the urgent need for updated protocols, mental health strategies, and interdisciplinary coordination. Risk management provides the tools to organize responses and prevent avoidable damage, while emergency psychology ensures the protection of human dignity and the mitigation of long-term consequences in professionals and communities.

Risk Management as a Strategic Framework

Risk management involves identifying, analyzing, and addressing the threats that may affect a population, an institution, or a system. Its strategic value lies in:

- Prevention: anticipating scenarios and reducing vulnerabilities.
- Preparedness: developing contingency plans and organizing training exercises.
- Response: coordinating institutions through clear protocols, such as the Incident Command System (ICS).
- Recovery: restoring normality and learning lessons to improve future responses.

In military and civilian contexts alike, risk management provides a unified language that facilitates coordination between sectors. Without it, responses tend to be improvised, fragmented, and ineffective.

Emergency Psychology: The Human Dimension

If risk management organizes structures and processes, emergency psychology protects the human dimension. It focuses on the immediate and long-term psychological impact of emergencies on both victims and responders. Its contributions include:

- Techniques of psychological first aid for affected individuals.
- Strategies to manage stress, fear, and uncertainty in responders.
- Interventions to strengthen resilience and reduce the risk of post-traumatic stress.
- Frameworks that guide communication with communities in crisis.

Ignoring the psychological dimension can nullify the best operational plans. A team that collapses emotionally or a population that loses trust in institutions can turn an emergency into a disaster of greater proportions.

Training, Exercises, and Simulations

Knowledge is not enough. Training must be experiential, with drills and simulations that recreate real conditions of pressure and uncertainty. These practices allow professionals to:

- Test protocols under controlled but demanding circumstances.
- Improve decision-making and leadership skills.
- Strengthen teamwork and inter-agency coordination.
- Identify weaknesses before facing a real crisis.

An example is the Symposium on the Unification of Criteria in Emergency and Disaster Situations, held annually in Argentina since 2018. This event brings together thousands of participants from the military, health, and civil protection sectors. It not only updates knowledge but also trains participants through large-scale simulations, applying the Incident Command System (ICS) in realistic scenarios. Such initiatives demonstrate that learning by doing is the most effective way to consolidate competencies.

The Ethical and Social Responsibility of Training

Working in emergencies is not only a technical matter but also an ethical responsibility. Institutions that deploy untrained professionals put lives at risk. Training in risk management and emergency psychology ensures:

- Respect for human dignity in moments of extreme vulnerability.
- Evidence-based interventions instead of improvisations.
- Greater legitimacy of institutions before the community.
- The protection of professionals' mental health.

In military contexts, training also fulfills the subsidiary mission: supporting the civilian population in situations of crisis and disaster. For this reason, universities and training centers must incorporate these dimensions into their curricula.

Conclusions

Emergencies are not hypothetical events: they are recurring realities that test the capacity of health and security systems. The challenges of the pandemic, natural disasters, and complex emergencies show that no institution can improvise. Risk management provides the organizational framework, while emergency psychology provides the human balance. Together, they guarantee effective and humane responses.

Therefore, all professionals working in emergencies must be trained in both dimensions. This is the only way to ensure resilient institutions, protected communities, and professionals capable of acting with technical solvency and emotional intelligence.

REFERENCES

- Dyregrov, A. (2002). *Catástrofes y ayuda psicológica: intervención en crisis y duelo*. Barcelona: Paidós.
- Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (2008). *Psychological crisis intervention: The definitive guide to critical incident stress management (CISM)*. Ellicott City: Chevron.
- Federal Emergency Management Agency (FEMA). (2017). *Incident Command System resources*. Washington: FEMA.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Health emergency and disaster risk management framework*. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). Preparación hospitalaria para emergencias. Washington: OPS.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015–2030. Nueva York: ONU.

Raphael, B. (1986). When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe. New York: Basic Books.

Rodríguez, L., & Pérez, M. (2021). Impacto de los simulacros en la preparación hospitalaria. *Revista Latinoamericana de Salud Pública*, 43(2), 45–58.

Laura López holds an International Master's Degree in Risk and Disaster Management and a Bachelor's Degree in Nursing. She serves as Professor and Coordinator of the Nursing Degree Program at the Colegio Militar de la Nación and as Academic and Science & Technology Secretary of the International Federation of Emergency Psychology (FIPE). With more than twenty years of teaching and clinical experience, she has developed research and extension projects focused on emergency management, socio-environmental risk, and the community integration of the Armed Forces within their subsidiary mission. She is the founder and organizer of the Symposium on the Unification of Criteria in Emergency and Disaster Situations, which since 2018 has brought together thousands of participants and both civilian and military experts. Her career is characterized by fostering the academic development of future military nurse officers, integrating an intercultural perspective in risk management, and building bridges between military, civil, and community institutions. She is currently engaged in national and international research projects related to nursing, higher education, and disaster risk reduction. Contact

Email: simposiocollegiomilitar2020@gmail.com

Lt. Col. Petrona Ignacia Cortez is a Bachelor's Degree in Nursing and Director of the Nursing Degree Program at the Colegio Militar de la Nación. With more than thirty years of service as an officer in the Argentine Army, she has built a solid career in university teaching and academic management, particularly in the training of military nurses. She is currently pursuing a Specialization in Civil Protection at the Escuela Superior de Guerra, further orienting her professional profile toward risk management and emergency preparedness. Her experience combines military practice with health and education training, allowing her to lead curricular innovation processes, strengthen the professionalization of nursing within the Armed Forces, and promote the articulation between the military subsidiary mission and community needs.

Contact email: ignacia2014.pc@gmail.com

ENTRE LOS ESCOMBROS DEL ALMA LA HUMANIDAD QUE NO SE DERRUMBA

Thony López García – República Dominicana

La madrugada del 8 de abril de 2025 marcó un antes y un después no solo en la historia urbana de Santo Domingo, sino también en la memoria emocional de quienes, como yo, vestimos el uniforme para entrar donde otros salen. El colapso del centro de entretenimiento Jet Set no fue solo un derrumbe de concreto y acero; fue un colapso simbólico, colectivo, humano. Lo que comenzó como una noche cualquiera en una ciudad que late al ritmo de la música terminó en un escenario de duelo, heroísmo y resistencia psicológica.

Fui llamado al lugar como parte del equipo de respuesta inmediata, pero muy pronto, tras evaluar la magnitud del evento y la carga emocional que se acumulaba en cada metro cuadrado del perímetro, asumí también el rol de psicólogo de campo. No por título, sino por necesidad. Porque en medio del caos, alguien tiene que sostener el alma de quienes no pueden derrumbarse, aunque todo a su alrededor lo haga.

Del caos a la contención: mi intervención en tres escenarios críticos

Desde el primer minuto, el aire olía a polvo, a miedo y a sudor. Las sirenas se mezclaban con los gritos de los familiares, los ruidos metálicos de las herramientas de rescate y el silencio pesado de quienes sabían que ya no encontrarían a sus seres queridos con vida. Mi trabajo no era solo acompañar, sino contener. Contener el pánico, la culpa, el agotamiento moral y contener, sobre todo, la compasión que, cuando no se regula, se convierte en herida.

A las 36 horas del colapso, mientras el sol se alzaba sobre los escombros, vi a mi compañero, el Sargento JM Rivas, sentado en un rincón del perímetro de seguridad, con la cabeza entre las manos y los ojos fijos en un punto invisible. Llevaba más de 20 horas sin descanso. Había participado en el rescate de dos sobrevivientes y en la recuperación de cinco cuerpos, entre ellos el de una joven de 22 años que, según nos contaron, estaba acompañada de su esposo y había quedado atrapada bajo una viga.

Me acerqué lentamente. No con un cuaderno, ni con protocolos, sino con humanidad.

—Rivas —le dije, sentándome a su lado—, ¿cómo estás?

No respondió al principio. Solo movió la cabeza, como si no tuviera fuerzas ni para negar. Entonces supe que no era solo cansancio físico, era fatiga por compasión. Un estado psicológico grave que afecta a quienes se exponen repetidamente al sufrimiento ajeno, especialmente cuando sienten que no pueden hacer lo suficiente.

—Estoy fallando —dijo al fin, con la voz quebrada—. Cada vez que cierro los ojos, la veo... gritando. Y yo no llegué a tiempo.

Le coloqué una mano en el hombro, sin interrumpir.

—No llegaste tarde —le respondí—. Llegaste. Y ella no murió sola, tú estabas ahí. Eso no es un fracaso, eso es un acto de humanidad.

Lo acompañé a una zona de descanso temporal, le ofrecí agua, y activé un relevo inmediato. Luego, en una sesión breve pero profunda, aplicamos una técnica emocional: respiración diafragmática, reanclaje sensorial (tocar el suelo, nombrar objetos cercanos) y validación de emociones. Le mencioné que estaba permitido llorar. Le dije que no era débil por sentir, sino fuerte por seguir y antes de irse al descanso obligatorio, le recordé:

—Tu corazón no está roto. Está trabajando. Y por eso duele.

A la mañana siguiente, me buscó, no sonreía, pero respiraba mejor y eso, en medio de ese caos, era victoria.

Acompañamiento a un familiar: cuando el dolor busca un rostro

A las afueras del perímetro, el dolor se manifestaba en forma de multitudes, familiares, amigos, vecinos. Uno de ellos, la señora M.E. de los Santos, madre de un joven que frecuentemente visitaba el lugar, ella se había negado a abandonar la zona. Llevaba más de 18 horas allí, sin comer, sin dormir, repitiendo una y otra vez: “Mi hijo no estaba solo”.

Cuando me acerqué, me miró con ojos de fuego y desesperanza.

—Bombero, ¿usted me promete que lo van a sacar con vida?

No mentí. No prometí. En su lugar, me senté a su lado, en el suelo, y le dije:

—No puedo prometerle eso. Pero sí puedo prometerle que no estará sola. Que yo estaré aquí con usted, sin importar el resultado.

Le tomé la mano, no como un gesto protocolar, sino como un acto de contención emocional. Me hablo de su hijo, de su responsabilidad, su pasión por la música. Le dije que eso no se pierde pase lo que pase.

Durante las siguientes horas, estuve con ella cada vez que se acercaba un rescatista, cada vez que se llevaba un cuerpo. Hasta que confirmaron la identidad de su hijo, no gritó. Solo se quebró en silencio. Y yo, sin decir palabra, la sostuve mientras el mundo se le venía encima. Más tarde, me dijo: “Gracias por no darme esperanza falsa y eso me ayudó a respirar”. En psicología de emergencias, eso es lo más cercano a una cura: la verdad acompañada.

Intervención grupal con el equipo bomberil en el cuartel: reconstruyendo la cohesión

Al tercer día, tras el cese oficial de las labores de rescate, convoqué al equipo, no era una evaluación operativa. Era una debriefing emocional. Todos los que habían estado en el terreno estaban ahí y no por obligación, sino por necesidad. Entraron en silencio. Algunos con los ojos hinchados, otros con la mirada perdida en el vacío. Otros, con una sonrisa forzada, tratando de normalizar o entender.

Les mencione que estábamos allí no para hablar de lo que hicimos bien o mal, estábamos para hablar de lo que sentimos. Porque salvar vidas no solo exige fuerza física, exige resistencia emocional y a veces, esa resistencia se agota.

Abrí el espacio y lo que siguió fue un torrente de confesiones; culpa por no haber actuado más rápido, tristeza por los cuerpos sin rostro, angustia por las llamadas de los familiares, frustración por la impotencia.

Uno de los bomberos, el cabo L. Reyes, dijo algo que resonó en todos:

—Yo pensé que era fuerte. Pero anoche, en la ducha, me encontré llorando por un niño al que ni siquiera conocía. Y me avergoncé.

Le respondí: —No te avergüences, llorar por un desconocido es el acto más humano que puedes hacer. Eso no te debilita. Te humaniza.

Aplicamos una técnica de psicoinformación grupal: normalización de reacciones post-traumáticas, identificación de síntomas de estrés agudo, y entrega de herramientas de autorregulación emocional (respiración, pausas activas, comunicación con pares). Además, establecimos un sistema de parejas de contención: cada bombero debía tener un compañero con quien hablar semanalmente durante el siguiente mes. Al finalizar, no hubo aplausos, pero sí un silencio distinto, no de derrota, sino de alivio.

En conclusión el derrumbe de Jet Set no solo dejó víctimas bajo los escombros, dejó heridas invisibles en quienes entraron a rescatarlas; mi labor, como bombero y como psicólogo de

emergencias, fue recordar que el rescate no termina cuando se saca a la última persona, termina cuando el último corazón herido encuentra un espacio seguro para latir de nuevo. Nuevamente me di cuenta que la contención no es un lujo; es una herramienta de supervivencia colectiva y en medio del caos, es lo único que evita que el alma también colapse. Hoy, meses después, sigo recordando los rostros el del sargento Rivas, el de la señora y del cabo Reyes. Ya no como víctimas, sino como seres humanos que, a pesar del dolor, eligieron seguir en pie y eso, más que cualquier protocolo, es el verdadero legado de la psicología de la emergencia.

“Porque entre los escombros del alma, también hay vida. Solo hay que saber escucharla.”

Thony López García. Psicólogo de emergencia adscrito a los servicios médicos del Cuerpo de Bomberos de Santo Domingo República Dominicana e interventor en crisis suicida. Magíster Psicoterapia Cognitivo conductual por la Universidad Monte Horeb. Primeros auxilios psicológicos Universidad autónoma de Barcelona España. Perito psicológico en accidentes laborales por el instituto peruano de psicología forense. Miembro de la Internacional Fire Academy como psicólogo de Emergencia e investigador de muertes y lesiones en incendios y explosiones. Boston - Massachusetts. Certificado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en: Prevención de autolesión y suicidio / Autocuidado para personal de primera línea de respuesta en emergencias. Certificado por la OMS en: Salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) en situaciones de Emergencia. Representante de la Federación Internacional de Psicología de la Emergencia en República Dominicana.

AMID THE RUBBLE OF THE SOUL HUMANITY THAT DOES NOT COLLAPSE

Thony López García – Dominican Republic

The early hours of April 8, 2025, marked a watershed moment not only in the urban history of Santo Domingo but also in the emotional memory of those of us who wear the uniform to enter where others flee. The collapse of the Jet Set entertainment center was not merely a structural failure of concrete and steel; it was a symbolic, collective, and profoundly human collapse. What began as an ordinary night in a city that beats to the rhythm of music ended in a scene of mourning, heroism, and psychological resilience.

I was dispatched to the site as part of the immediate response team. Very soon, however, after assessing both the magnitude of the event and the emotional weight accumulating within every square meter of the perimeter, I also assumed the role of field psychologist—not by formal assignment, but by necessity. Because amid chaos, someone must sustain the spirit of those who cannot afford to collapse, even when everything around them does.

From Chaos to Containment: My Intervention in Three Critical Scenarios

From the very first minute, the air was saturated with dust, fear, and sweat. Sirens merged with the cries of relatives, the metallic sounds of rescue tools, and the heavy silence of those who already knew they would not find their loved ones alive. My role was not only to accompany, but to contain. To contain panic, guilt, and moral exhaustion—and above all, to contain compassion, because when left unregulated, compassion itself becomes a wound.

At the 36-hour mark, as the sun rose over the rubble, I saw my colleague, Sergeant J.M. Rivas, seated at the edge of the security perimeter, his head in his hands, eyes fixed on an invisible point. He had gone more than 20 hours without rest. He had participated in the rescue of two survivors and the recovery of five bodies, among them that of a 22-year-old woman who, as we later learned, had been with her husband when she was trapped under a beam.

I approached slowly. Not with a notebook, nor with protocols, but with humanity.

—“Rivas,” I said, sitting beside him, “how are you?”

At first, he did not answer. He merely shook his head, as if lacking the strength even to deny. Then I knew it was not only physical exhaustion; it was compassion fatigue—a severe psychological condition affecting those repeatedly exposed to the suffering of others, especially when they feel their actions are not enough.

—“I’m failing,” he finally said, his voice breaking. “Every time I close my eyes, I see her... screaming. And I wasn’t fast enough.”

I placed a hand on his shoulder, without interrupting.

—“You were not late,” I replied. “You arrived. And she did not die alone—you were there. That is not failure; that is an act of humanity.”

I accompanied him to a temporary rest area, offered him water, and immediately activated a relief rotation. Then, in a brief but meaningful session, we applied emotional techniques: diaphragmatic breathing, sensory grounding (touching the ground, naming nearby objects), and emotional validation. I reminded him that tears were permissible. That feeling deeply did not make him weak, but strong for choosing to continue. Before he went to mandatory rest, I told him:

—“Your heart is not broken—it is working. And that is why it hurts.”

The next morning, he sought me out. He did not smile, but he breathed more freely—and in that chaos, that was victory.

Supporting a Family Member: When Pain Seeks a Face

Outside the perimeter, grief manifested in crowds of relatives, friends, and neighbors. Among them was Mrs. M.E. de los Santos, the mother of a young man known to frequent the venue. She had refused to leave the area. For more than 18 hours she had remained there—without eating, without sleeping—repeating over and over: “My son was not alone.” When I approached, she looked at me with eyes ablaze with despair.

—“Firefighter, do you promise me you will bring him out alive?”

I did not lie. I did not promise. Instead, I sat beside her, on the ground, and said:

—“I cannot promise you that. But I can promise you that you will not be alone. I will be here with you, no matter the outcome.”

I took her hand—not as protocol, but as an act of emotional containment. She spoke of her son—his responsibilities, his passion for music. I reminded her that none of that is lost, regardless of what happens.

Over the following hours, I remained at her side whenever rescuers approached, whenever a body was carried out. When her son's identity was finally confirmed, she did not scream. She broke in silence. And without a word, I held her as her world collapsed.

Later, she told me: "Thank you for not giving me false hope. That helped me breathe." In emergency psychology, this is the closest thing to healing: truth, accompanied.

Group Intervention with the Firefighting Team: Rebuilding Cohesion

On the third day, after the official cessation of rescue operations, I convened the team. This was not an operational assessment; it was an emotional debriefing. Everyone who had been in the field attended, not out of obligation, but out of need. They entered in silence. Some with swollen eyes, some with vacant stares, and others with forced smiles, attempting to normalize or to make sense of it all.

I reminded them that we were not there to discuss what we had done right or wrong. We were there to speak about what we felt. Because saving lives demands not only physical strength—it requires emotional resilience, and sometimes that resilience runs dry.

The space opened, and what followed was a torrent of confessions: guilt for not acting faster, sorrow over faceless bodies, anguish from relatives' calls, frustration at impotence.

One firefighter, Corporal L. Reyes, shared words that resonated with all:

—"I thought I was strong. But last night, in the shower, I found myself crying over a child I didn't even know. And I felt ashamed."

I responded: —"Do not be ashamed. Crying for a stranger is the most human act you can perform. That does not weaken you. It humanizes you."

We implemented a group psychoeducation strategy: normalization of post-traumatic reactions, identification of acute stress symptoms, and provision of self-regulation tools (breathing techniques, active pauses, peer communication). Additionally, we established a peer-support system: each firefighter was paired with a colleague to check in weekly for the next month.

At the end, there were no applause—but the silence was different. It was not one of defeat, but of relief.

The collapse of Jet Set did not only claim lives beneath the rubble; it left invisible wounds in those who entered to rescue them. My role, as firefighter and emergency psychologist, was to remind everyone that rescue does not end when the last person is carried out. It ends when the last wounded heart finds a safe space to beat again.

Once more, I realized that containment is not a luxury—it is a tool for collective survival. And in the midst of chaos, it is the only force that prevents the soul itself from collapsing. Months later, I still recall the faces of Sergeant Rivas, Mrs. de los Santos, and Corporal Reyes—not as victims, but as human beings who, despite pain, chose to remain standing. That, beyond any protocol, is the true legacy of emergency psychology.

“For amid the rubble of the soul, there is still life. One only needs to know how to listen.”

Thony López García. Emergency Psychologist, assigned to the Medical Services of the Santo Domingo Fire Department, Dominican Republic, and Crisis Intervention Specialist in Suicidal Behavior. Holder of a Master’s Degree in Cognitive-Behavioral Psychotherapy from Monte Horeb University. Trained in Psychological First Aid at the Autonomous University of Barcelona, Spain. Certified Psychological Expert in occupational accidents by the Peruvian Institute of Forensic Psychology. Member of the International Fire Academy as an Emergency Psychologist and Investigator of Fire- and Explosion-Related Deaths and Injuries – Boston, Massachusetts. Certified by the Pan American Health Organization (PAHO) in: Self-harm and Suicide Prevention. Self-care for First Responders in Emergency Situations Certified by the World Health Organization (WHO) in Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in Emergency Situations, National Representative of the International Federation of Emergency Psychology (FIPE) in the Dominican Republic.

PARMI LES DÉCOMBRES DE L'ÂME L'HUMANITÉ QUI NE S'EFFONDRE PAS

Thony López García – République Dominicaine

À l'aube du 8 avril 2025, un avant et un après se dessinèrent, non seulement dans l'histoire urbaine de Saint-Domingue, mais aussi dans la mémoire émotionnelle de ceux qui, comme moi, portent l'uniforme pour entrer là où les autres fuient. L'effondrement du centre de divertissement Jet Set ne fut pas seulement une chute de béton et d'acier ; ce fut un effondrement symbolique, collectif, profondément humain. Ce qui avait commencé comme une nuit ordinaire dans une ville qui vibre au rythme de la musique se transforma en un théâtre de deuil, d'héroïsme et de résilience psychologique.

J'ai été mobilisé sur les lieux en tant que membre de l'équipe d'intervention immédiate. Mais très vite, après avoir évalué l'ampleur de l'événement et la charge émotionnelle qui pesait sur chaque mètre carré du périmètre, j'ai également assumé le rôle de psychologue de terrain. Non par titre, mais par nécessité. Car au milieu du chaos, quelqu'un doit soutenir l'âme de ceux qui ne peuvent pas s'effondrer, même lorsque tout autour d'eux s'écroule.

Du chaos à la contention : mon intervention dans trois scénarios critiques

Dès la première minute, l'air portait l'odeur de poussière, de peur et de sueur. Les sirènes se mêlaient aux cris des familles, aux bruits métalliques des outils de sauvetage et au silence lourd de ceux qui savaient déjà qu'ils ne retrouveraient pas leurs proches en vie. Mon travail n'était pas seulement d'accompagner, mais de contenir. Contenir la panique, la culpabilité, l'épuisement moral et, surtout, contenir la compassion, car lorsqu'elle n'est pas régulée, la compassion elle-même devient une blessure.

Au bout de 36 heures, alors que le soleil se levait sur les décombres, j'aperçus mon collègue, le Sergent J.M. Rivas, assis dans un recoin du périmètre de sécurité, la tête entre les mains, le regard perdu dans le vide. Il n'avait pas dormi depuis plus de vingt heures. Il avait participé au sauvetage de deux survivants et à la récupération de cinq corps, dont celui d'une jeune femme de 22 ans qui, selon les témoignages, se trouvait avec son mari lorsqu'elle fut coincée sous une poutre.

Je m'approchai lentement. Pas avec un carnet, ni avec des protocoles, mais avec humanité.

— « Rivas », lui dis-je en m'asseyant à ses côtés, « comment tu te sens ? »

Il ne répondit pas d'abord. Il secoua seulement la tête, comme s'il n'avait même plus la force de nier. J'ai alors compris qu'il ne s'agissait pas seulement de fatigue physique, mais de fatigue de compassion : un état psychologique grave qui affecte ceux qui sont exposés de manière répétée à la souffrance d'autrui, surtout lorsqu'ils estiment ne pas en faire assez.

— « J'échoue », finit-il par dire d'une voix brisée. « Chaque fois que je ferme les yeux, je la vois... en train de crier. Et je n'ai pas été assez vite. »

Je posai ma main sur son épaule, sans l'interrompre.

— « Tu n'es pas arrivé trop tard », lui répondis-je. « Tu es arrivé. Et elle n'est pas morte seule : tu étais là. Ce n'est pas un échec, c'est un acte d'humanité. »

Je l'accompagnai vers une zone de repos provisoire, lui offris de l'eau et activai immédiatement une relève. Ensuite, lors d'une brève mais profonde séance, nous avons appliqué des techniques émotionnelles : respiration diaphragmatique, ancrage sensoriel (toucher le sol, nommer les objets proches) et validation des émotions. Je lui rappelai qu'il avait le droit de pleurer. Que ressentir n'était pas une faiblesse, mais une force qui lui permettait de continuer. Avant son repos obligatoire, je lui dis encore :

— « Ton cœur n'est pas brisé. Il fonctionne. Et c'est pour cela qu'il fait mal. »

Le lendemain matin, il vint me voir. Il ne souriait pas, mais respirait mieux — et dans ce chaos, c'était une victoire.

Soutien à une mère : quand la douleur cherche un visage

À l'extérieur du périmètre, la douleur s'exprimait par des foules de proches, d'amis et de voisins. Parmi eux, Mme M.E. de los Santos, mère d'un jeune homme qui fréquentait régulièrement l'endroit. Elle avait refusé de quitter la zone. Depuis plus de 18 heures, elle restait là — sans manger, sans dormir — répétant sans cesse : « Mon fils n'était pas seul. »

Lorsque je m'approchai, elle me regarda avec des yeux de feu et de désespoir.

— « Pompier, vous me promettez que vous allez le sortir vivant ? »

Je n'ai pas menti. Je n'ai pas promis. À la place, je me suis assis près d'elle, à même le sol, et j'ai dit :

— « Je ne peux pas vous promettre cela. Mais je peux vous promettre que vous ne serez pas seule. Je resterai ici avec vous, quel que soit le résultat. »

Je lui ai pris la main — non comme un geste protocolaire, mais comme un acte de contention émotionnelle. Elle me parla de son fils, de ses responsabilités, de sa passion pour la musique. Je lui rappelai que tout cela ne disparaît pas, quoi qu'il arrive.

Pendant les heures suivantes, je suis resté auprès d'elle à chaque passage de sauveteur, à chaque corps évacué. Quand l'identité de son fils fut confirmée, elle ne cria pas. Elle s'effondra en silence. Et moi, sans dire un mot, je la soutins tandis que son monde s'écroulait. Plus tard, elle me dit : « Merci de ne pas m'avoir donné de faux espoirs. Cela m'a aidée à respirer. » En psychologie d'urgence, c'est ce qui se rapproche le plus d'une guérison : la vérité accompagnée.

Intervention de groupe avec l'équipe de pompiers : reconstruire la cohésion

Le troisième jour, après l'arrêt officiel des opérations de sauvetage, je convoquai l'équipe. Ce n'était pas une évaluation opérationnelle, mais un débriefing émotionnel. Tous ceux qui avaient été sur le terrain étaient présents, non par obligation, mais par nécessité. Ils entrèrent en silence. Certains avaient les yeux gonflés, d'autres le regard perdu, d'autres encore affichaient un sourire forcé, cherchant à normaliser ou à comprendre.

Je leur rappelai que nous n'étions pas là pour parler de ce que nous avions bien ou mal fait. Nous étions là pour parler de ce que nous avions ressenti. Car sauver des vies n'exige pas seulement de la force physique : cela requiert une résilience émotionnelle, et parfois, cette résilience s'épuise.

Ce qui suivit fut un torrent de confessions : la culpabilité de ne pas avoir agi plus vite, la tristesse devant des corps sans visage, l'angoisse des appels de familles, la frustration de l'impuissance.

L'un des pompiers, le caporal L. Reyes, prononça des mots qui résonnèrent en chacun :

— « Je pensais être fort. Mais hier soir, sous la douche, je me suis retrouvé à pleurer pour un enfant que je ne connaissais même pas. Et j'ai eu honte. »

Je lui répondis : — « N'aie pas honte. Pleurer pour un inconnu est l'acte le plus humain que tu puisses accomplir. Cela ne t'affaiblit pas. Cela t'humanise. »

Nous avons appliqué une stratégie de psycho-information de groupe : normalisation des réactions post-traumatiques, identification des symptômes de stress aigu, et transmission d'outils d'autorégulation émotionnelle (respiration, pauses actives, communication entre pairs). Nous avons également mis en place un système de binômes de soutien : chaque pompier devait avoir un collègue avec qui échanger chaque semaine pendant le mois suivant. À la fin, il n'y eut pas d'applaudissements, mais un silence différent — non de défaite, mais de soulagement.

L'effondrement du Jet Set n'a pas seulement laissé des victimes sous les décombres ; il a laissé des blessures invisibles chez ceux qui étaient entrés pour les sauver. Mon rôle, en tant que pompier et psychologue d'urgence, fut de rappeler que le sauvetage ne se termine pas lorsqu'on extrait la dernière personne, mais lorsqu'on offre au dernier cœur blessé un espace sûr pour battre à nouveau.

Une fois encore, j'ai compris que la contention n'est pas un luxe : c'est un outil de survie collective. Et au milieu du chaos, c'est la seule force qui empêche l'âme elle-même de s'effondrer.

Aujourd'hui, des mois plus tard, je me souviens encore des visages du sergent Rivas, de Mme de los Santos et du caporal Reyes. Non plus comme des victimes, mais comme des êtres humains qui, malgré la douleur, ont choisi de rester debout. Et cela, plus que n'importe quel protocole, est le véritable héritage de la psychologie d'urgence.

“Car parmi les décombres de l'âme, il y a encore de la vie. Il suffit de savoir l'écouter.”

Thony López García. Psychologue d'urgence, rattaché aux Services Médicaux du Corps des Pompiers de Saint-Domingue, République Dominicaine, et intervenant en crise suicidaire. Titulaire d'un Master en Psychothérapie Cognitivo-Comportementale de l'Université Monte Horeb. Formé en Premiers Secours Psychologiques à l'Université Autonome de Barcelone, Espagne. Expert Psychologue en accidents du travail, certifié par l'Institut Péruvien de Psychologie Médico-Légale. Membre de l'International Fire Academy en tant que psychologue d'urgence et enquêteur sur les décès et blessures liés aux incendies et explosions – Boston, Massachusetts. Certifié par l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS) en Prévention de l'automutilation et du suicide y Autosoins pour le personnel de première ligne en situation d'urgence Certifié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en Santé mentale et soutien psychosocial (SMAPS) en situations d'urgence Représentant National de la Fédération Internationale de Psychologie de l'Urgence (FIPE) en République Dominicaine.

EQUIPOS DE ASISTENCIA MÉDICA EN DESASTRES E IMPORTANCIA EN EL SISTEMA DE SALUD LOCAL Y NACIONAL

Carlos Oliver Llanos Valencia – Bolivia

Surgimiento de la medicina del Desastre

La organización de la medicina de emergencias y atención masiva de víctimas mediante una clasificación se desarrolla en las guerras napoleónicas (siglo XVIII y XIX) con la iniciativa de Dominique Jean Larrey y la introducción del triaje en soldados de ambos bandos, disminuyendo la mortalidad de los soldados franceses y garantizando una renovación de los mismos con el retorno a campo de batalla de soldados recuperados. Un aspecto importante para resaltar fuera del triaje, es el uso de las Ambulant, vehículos conformados por uno o dos caballos que jalaban una carroza cubierta para transportar uno o dos heridos a campamentos médicos instalados detrás de los campo de batalla, disminuyendo así el tiempo de traslado de los heridos para su atención médica, antes de ser transportados definitivamente a un hospital establecida su prioridad (traje).

Los primeros datos sobre equipos de asistencia médica en desastres hablan de dos prototipos iniciales de DMAT en 1984 formados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos en Estados Unidos, uno con sede en el campus de los Institutos Nacionales de Salud en Bethesda, y el otro en la Administración de Recursos y Servicios de Salud en Rockville, ambos en Maryland Estados Unidos. Los dos prototipos de DMAT se fusionaron en el post desastre del huracán Andrew en 1992 ante la demanda de atenciones en hospitales colapsados por un lado y destruidos por otra parte con un sistema de salud interrumpido, siendo fusionados de manera permanente en 1993, sin embargo la estrategia no resulto como lo esperado disolviéndose esta estructura el 2006 para reformularse con antiguos miembros del DMAT como la columna vertebral de personal de mando, originando así el equipo de Fuerza de Despliegue Rápido (RDF). La diferencia entre DMAT y RDF se basa en la dependencia, éste último depende de sus estados o condados por lo que existe una responsabilidad gubernamental de su personal mientras que el primero está conformado en su mayoría por civiles voluntarios.

En Japón los DMAT se crearon posterior al gran terremoto de Hanshin y Awaji de 1995 ante la gran necesidad de ayudar al sistema de salud colapsado y alta demanda de atenciones en hospitales, muchos afectados.

La interrupción del sistema de salud como resultado de desastres motivó a muchas países a asumir la iniciativa DMAT como una herramienta para responder a las necesidades de salud en situaciones de crisis, países como Japón, Estados Unidos, Israel, Turquía, Canadá, Irán, Arabia Saudita, Nueva Zelanda, Australia, Hawái, entre otros, se apoyaron en estos equipos para poder reforzar sus sistemas de salud afectados por desastres, y a la vez para poder acreditarse bajo estándares de OPS como países cooperantes en desastres fuera de sus países de origen.

Con el surgimiento de los DMAT la necesidad de tener profesionales entrenados y educados en desastres fue creciendo, lo que permitió a algunos países establecer mediante universidades locales la formación académica como especialidad, asimismo, permitió a los DMAT ser formadores de profesionales en la respuesta a desastres enfocándose en el desarrollo de habilidades y destrezas mínimas para formar parte de estos equipos.

Funciones de los DMAT

Los DMAT del mundo no tienen una representación única, tampoco realizan una única reunión que aloje a todos, sin embargo; los DMAT tienen funciones en común que apoyan a los sistemas de salud afectados por desastres.

Debido a su característica multidisciplinaria voluntaria, los DMAT pueden apoyar en:

1. Triage en atención prehospitalaria: realizan evaluación de víctimas múltiples en función de la gravedad de su enfermedad o lesiones para determinar el plan de atención más eficaz y eficiente, evitando el colapso injustificado de los hospitales.
2. Atención médica general: hacen prestación de servicios de atención primaria donde el acceso a la atención habitual está limitado o es interrumpido.
3. Atención médica de urgencia general: proporcionan atención similar a los servicios de un departamento de urgencias hospitalario de poca complejidad.

4. Apoyo hospitalario: proporcionan atención médica dentro de un hospital que tiene personal limitado o que no puede brindar atención adecuada debido a la cantidad de personas que rebasan la capacidad de atención médica.
5. Apoyo a la transferencia de pacientes: ayudan en la evaluación, estabilización y preparación de las víctimas para su transporte y tratamiento definitivo en un hospital que cubra sus necesidades.
6. Profilaxis masiva: coadyuvan en vacunación o, tomar otras medidas para apoyar los esfuerzos de control de enfermedades en epidemia y pandemias.

No es de sorprender que, por su característica, existan subgrupos relacionados al manejo de desastres bajo similar estructura, es así que algunos países además de DMAT tienen DMORT o Equipo Mortuorio en Desastres destinado a la gestión y manejo de cadáveres a gran escala, DPAT o Equipo de Asistencia Psicológica en Desastres destinado al apoyo emocional y mental de víctimas de desastre y a los equipos de respuesta desplazados, estos por nombrar a los más conocidos.

Esta característica, desarrollo bastante interés en algunos gobiernos de manera que la conformación de estos equipos promovió leyes y normas en apoyo a la iniciativa, tanto para gestionar la respuesta local como para apoyar en la respuesta de otros países. En algunos casos estos equipos reciben apoyo gubernamental para su funcionamiento y aportar al desarrollo de más personal adiestrado en desastres, adicionalmente, en muchos países los DMAT ya conformados dieron origen a los EMT de OPS, nacidos de una estructura similar, que bajo estándares de OPS reciben acreditaciones y a la fecha se tiene una red de EMT que por sus capacidades ofrecen apoyo a países en situación de crisis donde el sistema de salud se encuentra fuertemente afectado.

Estructura de los DMAT

Según los desastres de cada país y a la estrategia adaptada de experiencias, los DMAT pueden variar sus equipos, a la vez, pueden ofrecer más servicios médicos de los citados anteriormente, esto depende significativamente del apoyo gubernamental. Por ejemplo, los DMAT en Estados Unidos están conformados por equipos de 35 miembros

compuesto por médicos, enfermeras, técnicos de emergencias médicas, farmacéuticos y personal de apoyo y otros. Los DMAT son autónomos y se despliegan en zonas de desastre con suministros y equipos suficientes para su sustento durante un período de 72 horas y sus miembros permanecen activos durante un promedio de dos semanas. Actualmente hay 80 DMAT en Estados Unidos.

Por otra parte, los J DMAT creados en 2005 son más pequeños que los US DMAT, con 5 o 6 profesionales: 1 o 2 médicos, 2 o 3 enfermeras y 1 o 2 logística. Los J DMAT son autosuficientes durante 72 horas, incluso los hospitales de cada prefectura tienen un DMAT designado que se activa cuando otro hospital distante es afectado.

La autonomía mencionada se refiere a que estos equipos deben tener su propio material de trabajo, medicamentos, alimentos, agua y refugio. Todos los miembros del equipo deben poder usar el equipo básico. Las cuestiones de logística, financiación y seguros deben abordarse antes del despliegue, asimismo, cada organización debe desarrollar su propia capacidad logística. La comunicación, la estructura de mando y control, y el intercambio de información son elementos esenciales para los DMAT. Es importante una comunicación adecuada, tanto lingüística como cultural, con la población local, especialmente en despliegues internacionales, es así que el uso de intérpretes son una solución viable.

EMT y DMAT

Los EMT de OPS nacen posterior al terremoto de Haití el 2010 como sugerencia de un grupo de expertos que analizaron la respuesta recibida durante ese evento, vieron principalmente la necesidad de poder contar con datos precisos de calidad del apoyo recibido, tipo de apoyo ofrecido y capacidad de permanencia en campo de manera autónoma, para esto se establecieron principios, criterios y estándares que deberían cumplirse para certificarse como equipos suficientes a nivel internacional, registrándose en una base de datos que además los clasifica según la complejidad de apoyo que pueden ofrecer, por niveles (I, II, III) basados en los siguientes objetivos:

- **Mejorar la calidad y rapidez** de la respuesta sanitaria en desastres, brotes y otras emergencias.
- **Fortalecer los sistemas nacionales de salud** para que puedan liderar la coordinación y activación de los equipos.

- **Asegurar que los equipos sean autosuficientes**, capacitados y cumplan con los estándares técnicos acordados internacionalmente.
- **Integrar a los equipos en la estructura de coordinación** del país afectado, trabajando con neutralidad y respeto por los principios humanitarios.

Países que ya contaban con equipos médicos para desastres optaron por postular estos a la iniciativa EMT y lograr así la acreditación según su capacidad para poder apoyar de manera internacional bajo los lineamientos planteados por OPS y la responsabilidad del estado para subvencionar los mismos y proteger al personal que los compone voluntariamente. Actualmente se registran 30 EMT en 18 países en las Américas, de los cuales Brasil, Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay son EMT en Sudamérica, sin embargo debe notarse que, en Sudamérica, Bolivia es el único país que cuenta con DMAT.

DMAT en Bolivia

Bolivia incorporó la Gestión de Riesgos de Desastres en la Ley 602 de Gestión de Riesgos y su decreto reglamentario en noviembre del 2014. Enfocado principalmente en la atención de emergencias y desastres desencadenados por riesgos físicos. La carencia de una ley de emergencia sanitaria nacional originó retraso en la respuesta por parte del gobierno central durante la pandemia por COVID 19, el departamento de La Paz con sus equipos de respuesta (DMAT y BAME) organizó una estructura pequeña pero eficiente de profesionales que bajo un mismo estándar (DMAT) recibieron a repatriados por aire y tierra, tomaron muestras a vivos y muertos, manejaron cadáveres COVID y promovieron 5 hoteles de aislamiento donde hicieron seguimiento diario del estado de los sospechosos y confirmados, además de ofrecerles soporte emocional esencial mediante el ingreso a las habitaciones de cada aislado, estableciendo comunicación amistosa evitando el contacto. Este periodo de 3 semanas y media con presupuesto cero, no reporto bajas en el equipo fusionado que solo contaba con 18 profesionales, divididos en 3 grupos y 3 subgrupos, sobrepasando las 2500 atenciones.

DMAT Bolivia es creado el 13 de octubre del 2015 conformado por profesionales voluntarios aceptados bajo estándares mínimos de formación post gradual y de educación continua. (acreditaciones internacionales) a la cabeza del Ex becario de JICA Dr. Oliver Llanos, mismo que daría origen bajo mismos estándares a la Brigada de Asistencia Médica

en Emergencias BAME en el Servicio Departamental de Salud La Paz, este último dependiente de la Gobernación.

Actualmente y en situaciones especiales, ambos equipos siguen fusionándose para evitar que el sistema de salud local se interrumpa en emergencias y desastres, trasladando no solo personal de apoyo, también medicamentos e insumos médicos. Se estima que para la presente gestión salga a la luz la primera guía y norma nacional de Equipos de Respuesta Rápida en emergencias y desastres en salud, en el que DMAT fue un pilar para la formulación de los mencionados documentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Rodenbeck SE. The needs of a disaster medical assistance team for environmental support services. *Mil Med.* 1990 Jan;155(1):12-3. PMID: 2106633.

Anan H, Akasaka O, Kondo H, Nakayama S, Morino K, Homma M, Koido Y, Otomo Y. Experience from the Great East Japan Earthquake response as the basis for revising the Japanese Disaster Medical Assistance Team (DMAT) training program. *Disaster Med Public Health Prep.* 2014 Dec;8(6):477-84. doi: 10.1017/dmp.2014.113. Epub 2014 Nov 20. PMID: 25410400. Arzıman İ. (2015). *Field Organization and Disaster Medical Assistance Team.* Elsevier. doi: 10.5505/1304.7361.2015.79923

Ciotton GR; ASSOCIATE EDITORS. Introduction to Disaster Medicine. *Disaster Medicine.* 2006:3–6. doi: 10.1016/B978-0-323-03253-7.50008-X. Epub 2009 May 15. PMID: PMC7151765.

Ciotton GR; ASSOCIATE EDITORS. Introduction to Disaster Medicine. *Disaster Medicine.* 2006:3–6. doi: 10.1016/B978-0-323-03253-7.50008-X. Epub 2009 May 15. PMID: PMC7151765.

https://www.researchgate.net/publication/42346625_Establishing_Disaster_Medical_Assistance_Teams_in_Japan

https://www.researchgate.net/publication/354944952_The_role_of_emergency_medical_teams_in_disaster_response_a_summary_of_th

IMPORTANCIA DE LA PREPARACIÓN DEL DOCENTE PARA SER MEDIADOR DURANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Dr. C. Caridad Rosario Zurita Cruz – Cuba

Experiencias psicológicas y pedagógicas en situación de emergencia en Cuba

El inicio y desarrollo en Cuba de los primeros estudios sobre las alteraciones psicológicas en situación de emergencia, se enmarcan en el período comprendido entre 1990-2011. En dicho período queda organizado un programa de atención médica especializada, experiencia que hizo posible el rol del psicólogo en estas situaciones. El programa incluía atención médica –psicosocial–educativa y cultural a personas afectadas por el desastre nuclear de Chernobil, ocurrido en 1986, específicamente a niños. En el 2007 el psicólogo Lorenzo A señala este hecho como una nueva área de actuación e investigación de la psicología en Cuba.

La experiencia anteriormente señalada posibilitó dar solución a los problemas de salud de otros damnificados por desastres, como por ejemplo en 1991 se atendió a un grupo de damnificados por causa de un terremoto en la Ex República Soviética de Armenia, con posterioridad en el 1992 fueron atendidas un grupo de familias, debido a un accidente radiológico con Cesio 137, procedentes de Brasil y en 1997 un grupo de refugiados de la isla caribeña de Montserrat, por causas de erupciones volcánicas. Para dar respuesta a esta situación .., la ciencia psicológica cubana ha tomado los aportes de toda su historia como ciencia de más de cien años de desarrollo, predominando la teoría y la metodología del *enfoque histórico-cultural*. Esta rama por mucho tiempo, estuvo poco cohesionada en cada una de las áreas de actuación e investigación (Díaz, K. & Lorenzo, A. 2007, p 6).

Díaz, K. & Lorenzo, A. en el 2007 asumen lo planteado por Valero autor al considerar ...la *psicología en situaciones de desastres* puede ser entendida, ... cómo aquella rama de la psicología encargada del estudio de las reacciones individuales y colectivas antes, durante y después de una situación de desastre, y la implementación de estrategias de intervención psicosocial, dirigidas a la mitigación y preparación de la población, para reducir y evitar respuestas

inadaptativas y facilitar la recuperación (Valero, s.f. citado por Díaz, K. & Lorenzo, A. 2007, p 7).

A la definición anteriormente señalada, la investigadora cubana Losada, P. en el 2004, considera que en la implementación de estrategias de intervención psicosocial orientadas a la litigación y preparación de la población, ...se debe estudiar ,, cómo responden los seres humanos ante las alarmas y cómo optimizar la alerta, evitando y reduciendo las respuestas inadaptativas, durante el impacto del evento y facilitando la posterior rehabilitación y reconstrucción (Losada, P. 2004, p 7).

Con relación a lo anteriormente planteado Losada, P. (2004) señala la importancia de "...los beneficios de la primera ayuda psicológica, y afirma que una intervención es adecuada cuando:

- 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).

Para esta autora se requiere definir el momento de la intervención (antes, durante o post desastre), las posibles circunstancias para actuar, el espacio físico en el que se llevará a cabo la intervención y conocer las características de las personas que van a recibir la orientación psicológica. Señala como principios de intervención psicológica inmediata las siguientes:

- "Proximidad: Actuar lo más cerca posible, desde el punto de vista físico al lugar del evento, para no estigmatizar a los afectados con su traslado a un centro de salud mental u hospital.
- Inmediatez: Intervenir lo más pronto posible, para evitar la aparición de ciertos síntomas o la cronificación de otros.
- Expectativas: transmitir expectativas positivas sobre un rápido retorno a su rol o función anterior al evento, potenciando así su autoestima y sus estrategias de afrontamiento.
- Simplicidad: utilizar métodos breves y sencillos adaptados a la situación de embotamiento emocional de los afectados.

- Unidad: Las víctimas necesitan reestructurar cognitivamente las experiencias vividas, porque todas las experiencias traumáticas son caóticas y confusas". (Losada, P. 2004, p 17).

A lo anteriormente señalado se unen las aportaciones del investigador cubano Lorenzo, A. quien señala ... la ciencia psicológica de emergencias y desastres buscan:

- Recopilar, analizar y divulgar informaciones sobre los factores de riesgo / resiliencia y manejo de los aspectos psicosociales en desastres.
- Incrementar y perfeccionar los conocimientos, hábitos, habilidades e informaciones sobre estas problemáticas en cada una de las comunidades e instituciones y personal vinculado a los desastres.
- Investigar las necesidades de cada uno de los grupos de cada comunidad, para así llegar a adecuar la mejor manera de brindarles una mejor atención (Lorenzo, A.2000, 2002, 2003, 2006, p 9).

Este autor plantea que... las investigaciones han demostrado que, después de un acontecimiento traumático, la cicatrización de las heridas psicológicas eran mucho más largas.... 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, A. & Guerrero, E A. 2017, p 3)

Sobre el tema que nos ocupa en este capítulo ,es necesario señalar que en el 2018 pedagogos cubanos en sus investigaciones plantearon que ante situaciones de emergencias ..., los menores pueden desarrollar el trastorno de estrés agudo o postraumático: daño psicológico como derivación de haber experimentado, o ser testigo o participado en un evento extremadamente traumático que resulta aterrador. Estas manifestaciones aparecen de forma inmediata y es lo que se conoce como síndrome de estrés agudo, o al cabo de un tiempo más o menos largo ,se denomina síndrome de estrés postraumático. (Estévez, Y.; Bulgado, D.; Valdés, O. ·& Llivina, M. 2018, p 8).

Se une a lo anteriormente señalado las aportaciones de los especialistas del Centro de Orientación y Atención Psicológica (COAP) y también los estudiantes de práctica profesionales de la Facultad de Psicología quienes elaboraron acciones de intervención dirigidas a niños menores de 5 años y mujeres embarazadas durante las situaciones de emergencia ocasionada por la presencia de un fuerte Tornado en La Habana en el 2019. Se constató en esta investigación durante esa situación que las personas reaccionaron de diversas

formas, pero lo más común fué la ansiedad, depresión y miedo por las pérdidas de seres queridos.

Señala Lorenzo, A. (2020) que los resultados de ...las investigaciones han demostrado que, después de un acontecimiento traumático, la cicatrización de las heridas psicológicas eran mucho más larga.... además que:

- La asimilación de un sufrimiento psicológico es una tarea prolongada y compleja para cualquier individuo o comunidad.
- Las personas preparadas y motivadas, sin ser necesariamente profesionales, pueden contribuir al éxito de este proceso.
- En cambio, si no se actúa con la debida atención o no se logra una buena comprensión, este proceso puede generar una inadaptación social o hasta provocar secuelas a largo plazo.
- 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. 2020, p 2-3).

La autora de este capítulo considera que las investigaciones realizadas por especialistas cubanos psicólogos y pedagogos en el 2020, dirigidas a conocer los efectos psicológicos en los niños y adolescentes en condiciones de aislamiento físico en sus hogares a causa de la Covid 19 constataron los aspectos señalados por Lorenzo, A y fortalecieron las acciones de intervención de la psicología de emergencia en todas sus aristas. Se constató en una muestra de niños estudiados: Exceso de apego a la madre, horarios de sueño alterado, voluntarismo, conducta rebelde y desafiante, irritación, alteración, llantos frecuentes, dificultad para concentrarse, apetito exagerado, miedos, agresividad, inapetencia, pesadillas, onicofagia, pérdida del control del esfínter vesical, succión digital, entre otros.

Con relación a lo anteriormente planteado los pedagogos Estévez, Y.; Bulgado, D.; Valdés, O. & Llivina, M. (2020) señalaron que las reacciones de los niños y adolescentes, durante situaciones de emergencia son respuestas esperadas; es decir, aun cuando son manifestaciones intensas de sufrimiento psicológico y requieren de atención socioemocional, usualmente no son patológicas y, por lo general, se resuelven en períodos cortos.

Se constató además que en ocasiones, la falta de información de las familias, la ausencia de comprensión por parte de los docentes y la confusión que presentan los mismos niños, niñas y adolescentes, pueden generar que algunas de estas reacciones se compliquen tempranamente, se produzcan secuelas y sufrimiento (Estévez, Y.; Bulgado, D.; Valdés, O.

·& Llivina, M. 2018, p 8). Es por ello que consideramos que antes, durante y posterior a una situación de emergencia se requiere que los adultos ejerzan su papel de mediador en el desarrollo de las habilidades socioemocionales en los niños, niñas y adolescentes,

Esta falta de preparación de los adultos como mediadores ante una situación de emergencia pueden ocasionar que en los niños se desarrolle... el trastorno de estrés agudo o postraumático: daño psicológico como derivación de haber experimentado, y haber sido testigo o participado en un evento extremadamente traumático que resulta aterrador. Estas manifestaciones aparecen de forma inmediata y es lo que se conoce como síndrome de estrés agudo, o al cabo de un tiempo más o menos largo se denomina síndrome de estrés postraumático (Estévez, Y.; Bulgado, D.; Valdés, O. ·& Llivina, M. 2020, p 3).

Los autores anteriormente señalados sugieren ... como recursos de ayuda para la corrección o compensación de las reacciones socioemocionales de los niños y niñas y de sus familias, lo siguiente:

- ✓ Escuchar sus sentimientos, miedos y temores.
- ✓ Ayudarles a entender lo que ha sucedido.
- ✓ Expresar sus miedos y preocupaciones, dejándolos llorar si así lo desean.
- ✓ Favorecer las catarsis.
- ✓ Ayudarles a superar el negativismo.
- ✓ Tolerar las conductas de enojo.
- ✓ Evitar la inactividad.
- ✓ Ejercitar la imaginación en situaciones futuras.
- ✓ Estimular el juego, entre otras.

Señalan la realización... como condición previa y necesaria, del diagnóstico individual y sociocomunitario, de manera que se identifiquen las necesidades emocionales y sociales, y sobre esa base, concebir un plan de acciones que involucre a la escuela, la familia y la comunidad para su inmediata satisfacción.

Recomiendan la utilización de variadas técnicas psicológicas diseñadas para cada edad ...que permitan la identificación y descripción de sus necesidades y la planificación contextualizada de la atención socioemocional desde la escuela (Estévez, Y.; Bulgado, D.; Valdés, O. ·& Llivina, M. 2020, p 10-11). Estos autores diseñaron varios manuales: De orientación a la familia, a los docentes y con actividades específicas a realizar con los niños y adolescentes durante y posterior a una situación de emergencia.

La autora de este capítulo considera, que los resultados anteriormente señalados deben ser de conocimiento de todos los adultos que ejercen función de mediación; pues, en ocasiones es el docente, el que brinda la primera ayuda psicológica a los educandos. Por supuesto, la preparación debe de ir orientada hacia la realización de una intervención adecuada, a propiciar una influencia positiva ayudándolos a recuperar el equilibrio roto por la situación que se ha vivido, a favorecer la formación de habilidades socioemocionales que conlleven a la resolución de las secuelas creadas por el acontecimiento traumático.

Conocemos que la situación de emergencia repercute en los docentes, en el control o no de sus emociones, es por ello que considero la necesidad de preparar a los docentes en tareas de: autoevaluación de sus capacidades socioemocionales, en la caracterización de sus educandos y su entorno; así como en la elaboración e implementación de acciones.

El desarrollo de habilidades socioemocionales desde el enfoque histórico cultural, aspecto necesario para minimizar los efectos que produce una situación de emergencia.

Son numerosas las investigaciones dirigidas a explicar los aspectos relacionados con las habilidades socioemocionales, en este estudio asumimos los postulados del enfoque histórico-cultural, que señala en su concepción al ser humano como único e irrepetible, producto de un proceso de apropiación de la cultura, bajo condiciones de orientación e interacción social. Analizaremos pues, que sucede en la población infantil y los docentes como mediadores en el proceso de enseñanza aprendizaje, durante y después de una situación de emergencia.

Según el enfoque histórico cultural de Vigotsky L. S. y sus seguidores ... en el desarrollo del niño toda función aparece dos veces: primero a nivel social y más tarde a nivel individual, primero entre las personas- interpsicológica- y después en el interior del propio niño –intrapsicológica ... (Vigotsky L. S. 1979, p 93). El desarrollo se alcanza durante un proceso de comunicación adecuada entre el niño y los adultos como mediadores, es por ello que, durante y post situación de emergencia, las relaciones entre ellos deben ser sobre la base de un estado emocional que garantice una adecuada comunicación.

Vigotsky señala que este proceso de comunicación posibilita la enseñanza-aprendizaje es activo, pues permite el tránsito de lo intrapsicológico (externo) a lo interpsicológico (interno), posibilita aprender de forma gradual las características de los objetos, los procedimientos, las formas de actuar, las formas de interacción social, los hábitos, habilidades, los sentimientos, las emociones, entre otros.

En este capítulo por la connotación que posee la esfera aféctica (los sentimientos, las emociones, entre otros) ante, durante y post situación de emergencia, referiremos a continuación las áreas que la componen y su relación con lo cognitivo. Según Petrovski, A. (1978) los sentimientos son aspectos de la vida interior del ser humano, aparecen por una determinada relación entre: nosotros, los objetos del medio, acontecimientos sociales, culturales y económicos, es decir hacia los objetos o personas que satisfacen las necesidades. Implican por ello la toma de consciencia, valoración e interpretación de la emoción como una experiencia afectiva que regulamos mediante nuestros pensamientos.

Desde este enfoque, se señala a las emociones como la forma habitual y las características de vivir los sentimientos, su envoltura externa es lo que observamos; a través de la conducta, es la respuesta biológica ante estímulos sensoriales. Ellas están muy relacionadas con el cerebro, es decir el sistema nervioso central. La emoción es un fenómeno psico-fisiológico, que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo, que son inevitables y de corta duración.

Es importante tener en cuenta que en la interrelación entre la enseñanza y el aprendizaje se adquieren los productos directos (capacidades, conocimientos, habilidades y hábitos) y resultados indirectos (que implican la reestructuración de las funciones y el acceso del niño a una manera cualitativamente diferente al funcionamiento afectivo-cognitivo). Es en esta interrelación donde el educando logra el desarrollo de sus particularidades, emociones, sentimientos, afectos, pensamientos, actitudes, deseos, metas, temores, esperanzas, temperamento, carácter, capacidades, entre otros.

Petrovski, A en el 1976, plantea que las capacidades son las particularidades psicológicas individuales de las personas que son, además, requisitos para la realización exitosa de una actividad dada y que revelan las diferencias en la dinámica de adquirir los conocimientos, habilidades y hábitos necesarios para dicha actividad (Petrovski, A 1976, p 406). Son propiedades psicológicas individuales, es decir, como cualidades que distinguen una persona de otra.

Como habilidades, el autor anteriormente señalado plantea que ...constituyen el dominio de una serie de acciones psíquicas y prácticas necesarias, para una regulación racional de la actividad con ayuda de los conocimientos y hábitos que ya la persona posee. Cuando determinados aspectos de la acción exigen al comienzo, una cuidadosa regulación consciente y después empiezan a ser ejecutados cada vez con menor participación de la consciencia, se dice que se automatizan. Precisamente tal automatismo parcial de la ejecución y regulación

de los movimientos dirigidos hacia un fin es lo que en las personas se llama hábitos (Petrovski, A 1976, p 159).

Por lo anteriormente señalado se asume en este capítulo que antes, durante y posterior a una situación de emergencia se requiere que los adultos posean capacidades socioemocionales, entendidas como las particularidades psicológicas individuales, requisitos imprescindibles que le permitan realizar con éxito la actividad de formar las habilidades socioemocionales en sus educandos. Estos docentes deben estar en condiciones de adquirir los conocimientos, habilidades y hábitos necesarios para ejercer su papel de mediador en el desarrollo de las habilidades socioemocionales en los educandos.

Desde estos postulados el docente debe poseer conocimientos conceptuales (saber), procedimentales, conocer las metodología, aplicar las resoluciones y normativas según cada grupo etareo (saber hacer) y actitudinales, respetar las diferencias, (saber ser y estar); poseer intereses y motivación para actuar (querer hacer) por supuesto estas características personales debe estar acompañadas de adecuadas propiedades favorables del contexto de actuación (poder hacer).

Se requiere de esas características personales; pues, durante y después de una situación de emergencia el contexto de relaciones cambia y se solicita de los adultos mediadores un adecuado desarrollo socioemocional, capaz de regular sus emociones y la de los niños a su cargo.

Aunque en este capítulo nos centramos desde lo teórico en la escuela histórico cultural, es necesario señalar que son numerosos los enfoques que explican las relaciones que se establecen entre los sentimientos, las emociones, el desarrollo socioemocional, el área afectiva y su relación con lo cognitivo.

En el ámbito internacional para referirse al desarrollo socioemocional, se plantea el término de Inteligencia Emocional por los autores: Goleman, 1995; Extremera & Fernández-Berrocal, 2001, 2002, 2003; Bisquerra, 2003. Es un término muy utilizados desde las neurociencias y la neuropsicología.

En la obra de estos autores indistintamente se utilizan los términos de competencias, habilidades emocionales y socioemocionales. Sus aportaciones se centran en el enfoque cognitivista, en las posibilidades de un aprendizaje dirigido a los contenidos que el niño debe conocer; a través, de la educación emocional para desarrollar diferentes competencias. Es necesario señalar que, desde los postulados del enfoque histórico-cultural, se señala que el desarrollo socioemocional del niño comienza desde su nacimiento por la comunicación que establece con los adultos.

En Cuba con relación a este tema se encuentran los resultados obtenidos por la especialista Bello, Z.; Alfonso, A.; Medina, J. & Torrado, I. (2018) en el Proyecto: Educación emocional en escolares de primaria y secundaria básica. En el aval emitido por el Consejo Científico del Instituto Central de Ciencias Pedagógicas de Cuba se plantea que los resultados de este proyecto permiten avalar la viabilidad y efectividad de incluir la educación emocional en el escenario escolar y la capacidad de los docentes para llevar a cabo esta tarea. Consideramos que, las aportaciones desde lo metodológico de este resultado constituyen aportaciones importantes a tener en cuenta en la formación de habilidades socioemocionales necesarias en situaciones de emergencias, pues responden al enfoque histórico cultural.

Otro de los aspectos teóricos que consideramos tener en cuenta en el desarrollo de las habilidades socioemocionales en los educandos, son las aportaciones de las investigaciones del cerebro obtenidas por las Neurociencias, pues nos permiten visualizar las relaciones entre las emociones y el aprendizaje. Es por ello que, los especialistas dedicados a la Neuroeducación, le dan un gran peso a la educación emocional. Bisquerra (2009) señala que la educación emocional tiene como objetivo el desarrollo de competencias emocionales, las que se definen como... el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales...(Bisquerra, 2009, p 1-2).

Desde la Neuroeducación se señala que las emociones son inevitables y necesarias para la supervivencia y se encuentran en el llamado “sistema límbico” o cerebro emocional, también conocido como cerebro medio, que se sitúa inmediatamente debajo de la corteza cerebral y que comprende regiones como el tálamo, el hipotálamo, el hipocampo y la amígdala cerebral. (Rotger, M. 2017, p 23). Dichas estructuras son las que están fundamentalmente implicadas en el desarrollo de muchas de nuestras emociones y motivaciones, en particular aquellas relacionadas con la supervivencia, como son el miedo y la ira. Todos estos encargados del aprendizaje y del recuerdo dentro del cerebro.

Vale señalar que cuando el docente durante su desempeño pedagógico demuestra a sus educandos su afectividad, empatía, amor, es capaz de regular su estado emocional, estos elementos propicia un proceso de asimilación y apropiación de los nuevos conocimientos, un desarrollo de habilidades y destrezas, se fortalecen los valores, se interioriza la cultura, es decir se contribuye al desarrollo integral desde la afectividad como principal mediador del aprendizaje humano.

Marchesi, A. & Díaz, T. señalan que el trabajo en la enseñanza está basado principalmente en las relaciones interpersonales con los educandos y con otros compañeros, por lo que las experiencias emocionales son permanentes. Enfado, alegría, ansiedad, afecto, preocupación, tristeza, frustración ... , son algunos de los sentimientos que día a día vive el profesor con mayor o menor intensidad y amplitud. Algunos tienen la fortuna y el buen hacer para conseguir que primen las emociones positivas; en otros, por el contrario, predomina el infortunio y unas habilidades limitadas, lo que conduce a que las experiencias negativas tengan un mayor peso. (Marchesi, A. & Díaz, T. s/f, p 4).

Los resultados anteriormente señalados nos convocan a preparar a los docentes para antes, durante y posterior a una situación de emergencia, establezca relaciones interpersonales que le permitan realizar con éxito su actividad, dirigida a minimizar los efectos que producen tal situación. Estos docentes deben estar en condiciones de adquirir los conocimientos, habilidades y hábitos necesarios para ejercer su papel de mediador en el desarrollo de las habilidades socioemocionales en los educandos.

Capacidades socioemocionales del docente y su papel en el desarrollo de dichas habilidades en los educandos.

Es necesario señalar que existen diferentes modelos que explican distintos tipos de competencias, que para los fines de este capítulo serán capacidades socioemocionales que los docentes deben poseer en situaciones de emergencia. Asumimos las aportaciones de Bisquerra (2009), pues sus postulados están muy relacionados con el enfoque histórico cultural. Estas capacidades son imprescindibles en el aprendizaje, las relaciones interpersonales, la solución de problemas, la consecución y mantenimiento de un puesto de trabajo, etc.

Para Bisquerra (2009), las competencias que para nuestros fines se denominaran capacidades socio-emocionales son: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía personal, competencia social y habilidades de vida para el bienestar, éstas se describen a continuación:

Conciencia emocional: Es la capacidad para tomar conciencia de las propias emociones y de las emociones de los demás, incluye la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado. El conocer las emociones propias y las de los demás se consiguen a través de la observación propia y de las otras personas, es la base sobre la que se construyen y desarrollan las otras competencias.

Regulación emocional: Capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento; tener buenas estrategias de afrontamiento; capacidad para autogenerarse emociones positivas, etc. (Bisquerra, 2009, p.3). Según este autor es el elemento esencial de la educación emocional, y está compuesto por aspectos como la tolerancia a la frustración, el manejo de la ira, la capacidad para retrasar gratificaciones, el desarrollo de empatía, entre otros. En el proceso de aprendizaje es posible la regulación emocional siempre que se tenga en cuenta el desarrollo de la voluntad y la motivación.

Autonomía emocional: Bisquerra (2009) explica que se relaciona con la autogestión personal, y que incluyen la: autoestima, automotivación, autoeficacia emocional, responsabilidad, actitud positiva, análisis crítico de normas sociales y resiliencia.

Para Álvarez, Bisquerra, Filella, Vita, Martínez & Pérez (2011) la autoestima se refiere a cómo se siente una persona consigo misma, por lo que una autoestima adecuada está relacionada con una visión racional y con el sentirse satisfecho con uno mismo, por el contrario una baja autoestima se refleja en un comportamiento inseguro; es por tanto que estos autores concluyen que la autoestima es un factor relevante para el desarrollo y bienestar emocional.

Competencia social: Se refiere a la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas; Bisquerra (2009) añade que las competencias sociales facilitan las relaciones interpersonales, debido a que en las relaciones sociales están entrelazadas las emociones.

Para tener buenas relaciones con otras personas se debe tener una serie de habilidades y capacidades, las cuáles Bisquerra (2009) nombra como: dominar las habilidades sociales básicas, respeto por los demás, practicar la comunicación receptiva, expresiva, compartir emociones, comportamiento prosocial y cooperación, asertividad, prevención y solución de conflictos y capacidad para gestionar situaciones emocionales.

Habilidades de vida y bienestar: Se define como “la capacidad para adoptar comportamientos apropiados y responsables para afrontar satisfactoriamente los desafíos diarios de la vida” (Bisquerra, 2009, p.5); esto con el fin de promover la satisfacción y el bienestar. Para Álvarez et al (2001) las habilidades de vida hacen referencia a comportamientos adecuados para la resolución de conflictos, ellas son: fijar objetivos adaptativos; toma de decisiones; la búsqueda de ayuda y recursos; ciudadanía activa, participativa, crítica, responsable y comprometida.

Estas competencias son la base fundamental de la Educación Emocional, por lo cual se debe promover su desarrollo y fortalecimiento en nuestros educandos con el fin de brindar una mejor calidad de vida y bienestar integral. Enseñar habilidades socioemocionales y desarrollar las capacidades socioemocionales prepara tanto para el aprendizaje como para la vida. Por eso la educación emocional desde la primera infancia, dirigida y sistemática es una llave para el cambio. La manera en que utilicemos esa llave ejercerá un verdadero impacto sobre el futuro de nuestro planeta.

Una respuesta desde las Ciencias Pedagógicas para minimizar los efectos de una situación de emergencia.

Los resultados expuestos en este capítulo responden al proceso de investigación realizado por la autora en la dimensión afectivo-motivacional-volitiva del Proyecto “Preparación de los educadores de la primera infancia ante situaciones de emergencias”; del Instituto Central de Ciencias Pedagógicas de Cuba. Entre los objetivos específicos se encuentran: Diagnosticar la esfera afectivo-motivacional-volitiva y diseñar un programa de preparación para la regulación y el control de las emociones que las situaciones de emergencias pueden generar.

Las principales alteraciones psicosociales ante, durante y pos situaciones de emergencia, señaladas por diferentes investigadores, son: Miedos, sentimientos de abandono, ansiedad, depresión, duelos, estrés peri-traumático, crisis emocionales y pánico, reacciones colectivas de agitación, descompensación de trastornos psíquicos preexistentes, entre otros.

Barrientos, G. (2003), señalaba que durante y después de una situación de emergencia o desastre ... en los niños y adolescentes las secuelas psicológicas suelen ser frecuentes y pueden afectar de manera directa su desarrollo físico, mental y social; todo ello puede llegar a tener efectos muy negativos en el aprendizaje y el rendimiento escolar (Barrientos, G. 2003: 20).

Las situaciones de emergencias han exigido a los educadores una preparación sistemática, a partir de la política de Cuba para enfrentar desastres naturales, refrendado en leyes de protección a la población ante estos eventos. La Defensa Civil Nacional protege a la población ante desastres naturales como inundaciones, tormentas, ciclones tropicales, entre los más recurrentes en nuestro país. En Cuba se ... desarrolla un proceso coordinado bajo la dirección del Consejo de Defensa Nacional (CDN), que tiene como propósito la organización y preparación del país para situaciones de desastres naturales. Del mismo, se derivan las medidas inmediatas que una vez orientadas, se deben asumir por los diferentes niveles y sectores, teniendo en cuenta las normativas, políticas y otros documentos

relacionados con el evento a enfrentar (Batista, N; Pérez M; Pérez Y..../& Zurita, C. 2023, p 18).

En este proceso coordinado bajo la dirección del Consejo de Defensa Nacional participan toda la población y sus instituciones, desarrollando una cultura de preparación comunitaria; pues estos eventos, causan enfermedades, lesiones, pérdidas de vidas humanas y, asimismo, provocan traumas debido al pánico y el estrés de vivir la experiencia catastrófica, separación familiar, y la interrupción en la normalidad de la vida cotidiana. Es por ello; que desde el Proyecto se potencia a los educadores para estar en condiciones de adquirir los conocimientos, habilidades y hábitos necesarios para ejercer su papel de mediador, ante, durante y posterior a una situación de emergencia; así como también en la formación de las habilidades socioemocionales en los niños desde la primera infancia.

Desde estos postulados el educador necesita una preparación, que le permita tener dominio de conocimientos conceptuales (saber), procedimentales (saber hacer) y actitudinales (saber ser y estar), también requiere estar motivados para actuar (querer hacer) y deberán tener ciertas características personales y estar acompañados de un contexto favorables para su actuación (poder hacer).

Por todo ello, esta autora asume en este capítulo la definición dada por los investigadores del Proyecto, quienes señalan que: la preparación del educador de la primera infancia ante situaciones de emergencia es “el proceso permanente de adquisición, de conocimientos, habilidades, capacidades y valores para brindar protección, cuidado y educación a los niños entre cero a seis años de edad, ante la ocurrencia de eventos excepcionales que acontecen de forma imprevista y que pueden afectar sus vidas, derechos, propiedades o actividades humanas, mediante el uso de recursos ya disponibles localmente, en comunidades, hogares, educadores, y otras personas, para que los superen de forma resiliente, durante las fases de respuesta, recuperación y rehabilitación con el apoyo de familias, médicos, y otros agentes educativos” (Batista, N; Pérez M; Pérez Y..../& Zurita, C. 2023, p 15).

En los postulados teóricos que están sobre la base del proyecto anteriormente señalado y que justifica la investigación, es que en la primera infancia se requiere una interpretación particular de la emergencia y su mitigación, dada la invalidez que aún tienen los niños para dar respuesta de forma independiente a una acción que permita por sí mismos proteger sus vidas ante estas situaciones inesperadas.

A partir de las características del niño en esta etapa del desarrollo anteriormente señaladas, los investigadores del proyecto consideraron necesario definir, ¿Qué puede considerarse como emergencia en la primera infancia?, pues en la literatura estudiada no se encontró definido este aspecto. Para la investigación se define emergencia en la primera infancia a toda situación imprevista que ponga en riesgo la seguridad física y estabilidad emocional del niño y la niña, accidentabilidad, descuido o forma de maltrato, que requiera una acción inmediata de los adultos que los cuidan, educan y protegen (Batista, N; Pérez M; Pérez Y..../& Zurita, C. 2023, p).

En investigaciones realizadas después de la COVID 19, se pudo constatar las siguientes reacciones emocionales en los niños:

- Rechazo a quedarse en la institución o seguir las instrucciones de las actividades.
- Cambio importante del comportamiento comparado con el que tenía antes del suceso: pasividad; aislamiento, irritabilidad; agresividad o presencia de conductas ya superadas (regresivas) como chuparse el dedo, falta de control de esfínteres, hablar a media lengua, entre otras.

Los resultados anteriormente señalados convocaron a los investigadores a preparar a los educadores para antes, durante y posterior a una situación de emergencia. En Cuba existe un incremento de los niveles de exigencia en cuanto a preparación y consagración al estudio por parte de los educadores. En ese sentido, resulta de vital importancia el logro de una preparación orientada a un fin determinado que responda a las necesidades de los educandos y que no cubra solamente el aprendizaje de nuevos contenidos, dígame conocimientos y habilidades, sino que también considere las características psicológicas de los niños de la primera infancia.

Es muy importante que los educadores y la familia conozcan que en estas edades, la manera que un niño tiene de expresar sus emociones es a través de su cuerpo y de su comportamiento. Ellos se expresan con movimiento lento o enérgico de los pies, brazos, manos, puños, gestos de la cara, mandíbula o su garganta; emitiendo sonidos, sin pronunciar apenas palabras, con gritos, carcajadas, gorgoritos en los bebés; desplazándose de arriba abajo, saltando o pateando.

Por lo anteriormente expuesto es necesario señalar que es responsabilidad del Estado cubano la preparación de los docentes para atender a los niños antes, durante y posterior a una situación de emergencia. Lo anteriormente señalado está amparada por la Constitución y refrendada en el Código de la Niñez y la Juventud, Código de la Familia y en el Decreto Ley 76 de 1984, entre otros documentos jurídicos normativos. A este aspecto se

integra además la concepción de la Educación de la primera infancia, vista desde su enfoque de Derechos, y considera que el niño debe ser protegido ante toda situación que ponga en peligro su supervivencia y desarrollo integral. Ello implica que sean especialmente más sensibles frente a los efectos positivos y negativos del entorno. Debido a su dependencia para el cuidado por parte de los adultos. Ante una situación de emergencia requieren de una atención directa, necesaria para la prevención de alteraciones psicosociales.

Para dar respuesta a la dimensión afectivo-motivacional-volitiva del Proyecto se elaboró el programa de capacitación: Las capacidades socio- emocionales y el desempeño profesional para enfrentar situaciones de emergencias. Sus principales contenidos fueron: Importancia de la esfera afectiva-motivacional-volitiva de la personalidad, diferencia conceptual entre las emociones y los sentimientos, principales alteraciones emocionales en los niños antes situaciones de emergencia, el papel del cerebro y el contexto social en nuestras emociones, la relajación importante recursos para la regulación emocional y recuperación antes, durante y posterior a situaciones de emergencia.

Como conclusión de este capítulo, podemos señalar que la sistematización realizada acerca de la preparación a los educadores de la primera infancia, para la regulación y el control de sus emociones ante las situaciones de emergencia pueden provocar, los referentes teórico-metodológicos y las aportaciones de la Psicología de Emergencia. Implementando las estrategias de intervención psicosocial, orientadas a la mitigación de los efectos ocasionados en los niños de la primera infancia, durante estos eventos deben estar relacionados con el diseño de acciones de preparación para la formación de las capacidades en los docentes en cuanto a: Autocontrol, autoconfianza, motivación y competencias sociales, que garanticen confianza, afecto y consuelo para ofrecer a los niños ante situaciones de emergencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Barrientos, G. (2003). Enfoque comunitario en desastres. [CD-ROM]: Materiales del Taller Internacional: “Los Factores Psicoemocionales en las Emergencias y Desastres”; organizado por el Estado Mayor Nacional de La Defensa Civil de Cuba, el Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (Clamed) y Unicef. Recuperado de: <http://www.clamed.sld.cu/eventos>.
- 2.Batista, N; Pérez M; Pérez Y..../& Zurita, C. (2023). Caracterización de la preparación que poseen los educadores de la primera infancia para enfrentar situaciones de emergencias. Informe Parcial del proyecto institucional de Investigación y Desarrollo: La preparación de

los educadores de la primera infancia para enfrentar situaciones de emergencias (soporte digital).

3. Bello, Z. (2023). La inteligencia emocional en la educación superior. Una experiencia preliminar. *Revista Cubana De Educación Superior*, 38(4 especial). Recuperado a partir de <https://revistas.uh.cu/rces/article/view/2287>
4. Bisquerra, R (2009) *Psicopedagogía de las emociones* Editorial Síntesis, S. A. Vallehermoso, 34. 28015 Madrid <http://www.sintesis.com>
5. Díaz, K. & Lorenzo, A. (2020). Conocimientos e impacto psicológico de los desastres en estudiantes de psicología: Resultados de una investigación. *Revista Integración Académica en Psicología*, Volumen 8. Número 22. Enero - Abril 2020, www.integracion-academica.org.
6. Estévez, Y.; Bulgado, D.; Valdés, O. ·& Llivina, M. (2018) Educación para la atención socioemocional ante desastres naturales, tecnológicos y sanitarios en Cuba. Folleto elaborado por el Ministerio de Educación de Cuba, la Universidad de Pinar del Río, la Oficina Regional de UNESCO en Cuba junto al equipo del programa Cada niño aprende de la Oficina de UNICEF Cuba.
7. Estévez, Y.; Bulgado, D.; Valdés, O. ·& Llivina, M. (2018) Educación y atención socioemocional a niños, niñas y adolescentes en situaciones de desastres naturales en Cuba. Sello Editor de la Educación Cubana. La Habana, Cuba.
8. _____ (2020). Educación para la atención socioemocional ante desastres naturales, tecnológicos y sanitarios en Cuba. Sugerencias metodológicas para el diagnóstico y actividades a desarrollar desde la escuela y por la familia.
9. García Morey, A.; Castellanos, R. & Alvarez, J. (2020). Aislamiento físico en los hogares a causa de la COVID-19:
10. Gaceta Oficial No.13 de la República de Cuba
11. Goleman, D. (1995) *Inteligencia Emocional*. Colección Ensayo. Editorial Kairós
12. Guzmán, M. (s/f) Desarrollo de habilidades sociales a través de actividades lúdicas en los niños de 3 años en el centro infantil Cumbaya Valley.
13. Lorenzo, A. (2007). Teoría y prácticas en actividades de preparación psicosocial para emergencias y desastres en Cuba y América Latina. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/teoria_y_practicas_preparacion_psicosocial_emergencias_y_desastres.
14. Lorenzo, A. & Guerrero, E A. (2017) Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por estrés postraumático o estrés traumático secundario?. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, vol. 28, núm. 2, julio-diciembre, pp. 252-265. Asociación de

Psicología de Puerto Rico San Juan, Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233256001001>

- 15.Lorenzo, A. (2020). Orientaciones para el adecuado manejo de los aspectos psicológicos y sociales en emergencias y desastres. www.sld.cu-sitio/desastre.14-5-2020.
- 16.Lorenzo, A. (2006) Reflexiones sobre la evolución del quehacer psicológico en el tema de emergencias y desastres. Análisis de la experiencia en Cuba. E, Revista Electrónica CUADERNOS DE CRISIS; Num 5, Vol 2 del pp.: 7-37.
- 17.Lorenzo, A. (2015) Conceptualizaciones básicas. Vida cotidiana, situaciones de gran estrés, crisis, emergencia, desastres, catástrofe. En, La Monografía “Hacer y Pensar LA PSICOLOGÍA”. Curso Universidad para Todos. Parte 8. Coordinador Manuel Calviño; pp.: 8-9
- 18.Losada, P. (2004). Función y perfil profesional del psicólogo como recurso humano en catástrofe. Ponencia Presenta en el Congreso “Conferencia Internacional de Psicología de la Salud PSICOSALUD´ 2004”. La Habana, Cuba.
- 19.Marchesi, A. & Díaz, T. s/f Las emociones y los valores el profesorado Fundación Santa María Madrid. www.fundacionsantamaria.org
- 20.Ortega, C, & Zurita, C (2024) Talleres metodológicos dirigidos a la regulación y el control de las emociones de las educadoras ante situaciones de emergencias. III Congreso Internacional Ciencia y Educación Investigar e Innovar, Agenda 2030. ICCP. Cuba.
- 21.Ortega, C, & Zurita, C (2024). El desarrollo de habilidades socioemocionales en las educadoras de la primera infancia para enfrentar situaciones de emergencia. Revista electrónica del Instituto Central de Ciencias Pedagógicas No 3 año.
- 22.Petrovski, A (1976) Psicología General. Manual didáctico para los Institutos de Pedagogía. Editorial Progreso Moscú.
- 23.Rotger, M. (2017). Neurociencias Neuroaprendizaje. Las emociones y el aprendizaje. Nivelar estados emocionales y crear un aula con cerebro. a e. - Córdoba: Brujas, Argentina. Libro digital, PDF. <http://www.editorialbrujas.com.ar/>
- 24.Vigotsky L. S. (1979). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Editorial Crítica. Barcelona, p. 93-94.
- 25.Zurita, C & Batista, N. (2024). Programa de preparación para la regulación de las emociones que generan las situaciones de emergencias (CIPi 009.) III Congreso Internacional Ciencia y Educación Investigar e Innovar, Agenda 2030. ICCP. 2024. Cuba.

26. Zurita, C (2024). La ´preparación de las educadoras de la primera infancia para su regulación emocional ante situaciones de emergencia III Congreso Internacional Ciencia y Educación Investigar e Innovar, Agenda 2030. ICCP. Cuba.
27. Zurita, C. (2020) Manejos psicológicos para la adaptación escolar en tiempos de Covid-19 Disponible en: [https://www.la habana./nacionales/4950](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

Caridad Rosario Zurita Cruz, natural de La Habana Cuba. Licenciada en Psicología, especialista en Psicología Infantil y de la Educación, Doctora en Ciencias Pedagógicas, Máster en Educación Especial. Categoría docente e Investigador: Titular. Miembro del Comité Académico de la Maestría de Educación Especial y de la Primera Infancia del Instituto Central de Ciencias Pedagógica (ICCP) de Cuba, ha impartido docencia a especialistas de varios países de América Latina. Es profesora del doctorado curricular de la Universidad Multidisciplinaria de El Salvador. Miembro de la Sociedad Cubana de Psicología de Cuba y la Sociedad Iberoamericana de Psicología (SIP).

Correo: cachizuri57@gmail.com

PSICOLOGÍA DE LAS EMERGENCIAS: ENTRE LO VISIBLE Y LO INVISIBLE DE LA EMERGENCIA EN EL CONTEXTO COLOMBIANO

**Emiliano Correa Peláez - Karl Fernando Estrada Orozco –
Maria Isabel Herrera Álvarez - Colombia**

Introducción al contexto colombiano

En Colombia, las emergencias se atienden con eficacia y rapidez, buscando asemejar la perfección operativa con protocolos prehospitalarios cada vez más especializados y completos... Sin embargo, en la mayoría de las situaciones de emergencia, la ausencia de la atención en Psicología de la Emergencia y Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) es sistemática, asemejando ser estandarizada. Esta ‘omisión’ no es reciente ni casual, sino causal:

La poca capacidad de respuesta en salud mental en situaciones de emergencia respecta, en gran medida, al poco presupuesto asignado a la contratación de profesionales psicosociales; sumado a esto, la carencia en capacitación especial a grupos, organismos y cuerpos oficiales de primera respuesta en la atención de salud mental. Además, la obvia priorización de la vida del paciente en torno a su estabilidad fisiológica. Por esto, la dimensión psicosocial es relegada en el momento de crisis, pudiendo tener consecuencias a largo plazo tanto para los pacientes como para aquellos que responden.

No obstante, la psicología de la emergencia en su faceta de construcción y creación teórica como su aplicación en campo, existe; y se esparce con velocidad. Esto no es directamente proporcional a su interés, si no a la necesidad:

La Corporación Emergencias Apolo se creó hace 13 años, también desde la urgencia y emergencia de la atención y gestión del riesgo en contextos y poblaciones marcadas por el abandono institucional; Emergencias Apolo surge desde la misma comunidad y desde el imaginario de ‘no abandonar al otro que yo puedo acompañar’. Hasta la fecha (2025) es el único organismo de socorro en la zona norte de la ciudad de Medellín.

En una fase inicial -la cual permanece vigente- se ha enfocado en la Atención Prehospitalaria, apoyo a incendios forestales y de cobertura vegetal a cuerpos de bomberos, además del apoyo en rescate en zonas agrestes.

Ahora bien, aunque la salud mental siempre fue importante en Emergencias Apolo esta comienza a crecer de forma exponencial a partir de la pandemia por el virus SRAS-CoV-2, más conocido como Covid-19:

El año pasado ocurrieron 365 suicidios —146 hombres y 38 mujeres—, es decir, una persona al día se quitó la vida, según el Homo. Por otro lado, en el Living Lab de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, hospital digital para la atención en telesalud en el departamento, de las 19 560 personas que pidieron cita en telepsicología por primera vez, 6 826 de ellas fueron por comportamiento suicida —periodo del 29 de marzo de 2020 al 31 de julio de 2022—. (Restrepo de la Pava, 2023)

Estas cifras no sólo evidencian una crisis sanitaria a base del Covid-19 como se suele pensar, si no, una emergencia psicosocial que siempre estuvo. En ese momento, Emergencias Apolo comprendió que la salud mental no puede limitarse a una atención de PAP.

Hablar de construcción de la Psicología de la Emergencia en Emergencias Apolo es diferente porque está en Colombia. Más allá de lo típico en el imaginario colectivo de ‘la emergencia’, es decir: desastres naturales, atención de emergencias médicas o accidentes de diversas índoles... Desde Emergencias Apolo, se entiende que la emergencia en Colombia ha sido construida y resignificada desde su coyuntura propia y diversa masificando el entendimiento de la emergencia: como lo fue ver los trapos rojos en los balcones de barrios en situación de vulnerabilidad en el marco de la pandemia⁶; que en navidad (la cual se celebra el 24 de diciembre) un niño o niña no tenga su regalo.

Por otro lado, en respuesta del abandono estatal, no todas las personas no tienen acceso a una atención en salud mental, así como su medicamento de control y lograr acceder a estos servicios por medio de una jornada de salud gratuita dirigida por la corporación.

Por último, la emergencia psicosocial también es la falta de la educación y el acceso a la información frente a la misma, porque prevenir en la mayoría de los casos es posible.

⁶ Los barrios en vulnerabilidad multidimensional (principalmente alimentaria) en la coyuntura de pandemia se podía observar trapos rojos en los balcones, lo cual significaba en su mayoría que los habitantes de esa casa estaban pasando hambre viva.

Lo atípico en la atención típica: *que no se debe hacer*

Uno de los primeros, y a nuestro juicio, más relevantes obstáculos en la atención en salud mental durante la emergencia es la poca revisión crítica al componente científico-práctico respecto a las guías y protocolos de intervención en situaciones de crisis.

Una tradición común que afecta las áreas psicosociales es la facilidad con la que se importa teoría y método a diversidad de territorios **sin** la labor de interlocución sobre su pertinencia espacio-temporal, es decir, siendo acrítica con el ejercicio científico conforme al contexto y su aplicabilidad. Hobfoll en ‘Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence’ expresa que la heterogeneidad de los eventos traumáticos y sus secuelas impide establecer directrices específicas, y se requiere flexibilidad en las intervenciones y adaptaciones a circunstancias específicas (2007) estas coordinadas nos dan a entender que en diversos casos de emergencia las herramientas utilizadas provienen del ejercicio clínico y terapéutico sin tener en cuenta la dinámica propia de la emergencia donde convergen los contextos emergentes (*lo que todos ven*) y afectaciones psicológicas propias de la persona (*lo que solo el paciente siente*) creando una disparidad no propicia al contexto social y la práctica científica, desconociendo su profundidad y cambio desde lo empírico.

Decir que ‘ningún paciente es igual a otro’ es una realidad concisa, no es sorpresivo ni innovador: pero este saber colectivo se desdibuja cuando se pone en práctica estos recursos, modos y medios en la atención. Siempre se utiliza, como si de evangelio se tratara, técnicas de regulación limitadas a las mismas dos o tres, con objetos y objetivos estáticos a la norma moral y no a la necesidad especial real.

Con ánimo de aportar mayor claridad, proponemos la siguiente analogía: la atención en salud mental puede entenderse como el ejercicio de cocinar:

Primero encontramos a la *receta*: Alude al humano que atiende, este concepto se adjudica tanto en sus conocimientos teóricos aprendidos sistemáticamente como la aceptación de la dimensión humana y cotidiana que transversaliza el mismo sujeto. Es decir, la receta no se rige estrictamente por el rigor científico-metodológico, también se ve

influenciada por las experiencias, credos y aplicación de la misma ciencia en el sistema de creencias personal. En segundo lugar, encontramos los *ingredientes*: es aquello que trae el paciente, entiéndase como estrategias de regulación emocional, mecanismos de defensa y su propia reacción a la crisis, es decir, estrategias aprendidas a lo largo de la vida humana para la preservación de sí mismo. Finalmente, la necesidad de cocinar es la emergencia que nos reúne.

El conflicto surge cuando esta receta -enfaticando en su construcción en contextos ajenos- obliga al paciente la adaptabilidad al paradigma propio del profesional en el contexto de emergencia. La brecha de ‘una teoría prescriptiva y pre descrita’ acompañada de condiciones perfectas imposibles comprometen no sólo la eficacia de la atención, también genera las condiciones necesarias para intervenciones desconectadas, forzadas o incluso un procedimiento contraproducente.

Es importante mencionar que el entendimiento de la emergencia es clave para el desarrollo óptimo de la atención psicológica; no nos referimos desde la exactitud de un curso de S.C.I. (Sistema Comando de Incidente), si no del factor ‘sorpresa’ característico de la emergencia misma: no se puede pretender que la atención de un paciente sea una receta estricta. Si bien, lo anterior nos refleja algo tradicional y propio del ejercicio científico-profesional personal esto se enlaza como tejido a este segundo punto: la estandarización de la atención y los recursos de la misma. Es otras palabras, pensar las atenciones en salud mental como algo rutinario y repetitivo:

Un caso reciente nos llevó a comprobar aquello que ya se ha mencionado: fuimos activados por Código Dorado⁷. Antes de continuar, es vital mencionar que este mismo año se construyó el primer botiquín de primeros auxilios psicológicos, el cual, su importancia en esta historia fue el menos esperado para el grupo de psicología quien atendió al llamado:

Caso 1:

El caso se dio en una zona de comidas de un centro comercial en un tercer piso. Al llegar a la escena, desvelamos que eran dos pacientes, A y B, relacionados por primer grado de consanguinidad ubicados en una mesa apartada junto a la barandilla. En la valoración inicial, la paciente A refirió: “No sé qué hacer, estoy que me tiro de aquí con todo y mi niña. Ella fue la que me dijo que llamara para buscar ayuda”.

⁷ El Código Dorado es la ruta de acción la cual brinda una atención inmediata y prioritaria hacia una persona la cual su conducta representa un peligro para su vida o la de terceros. Especialmente, se atiende por ideación suicida, intento o conductas autolesivas.

Ante el riesgo inminente, el psicólogo en turno decidió realizar la intervención de forma separada sin romper la visual mutua entre las pacientes con el fin de sostener la confianza y colaboración hacia el proceso. Abí comenzó a marcarse una atención fuera de lo típico. Mientras que el psicólogo se quedó con la paciente A, la socorrista con entrenamiento en salud mental estuvo con la paciente B.

A pesar de tener un botiquín con diversas herramientas para la regulación emocional, ninguna resonó con la paciente, la cual también expresó su negativa a hablar en el momento. Aun así, la paciente B sollozaba de forma constante, las mangas del buzo estaban visiblemente empapadas por las lágrimas, por eso se le ofrecieron servilletas -ya que era el recurso al alcance en la misma plazoleta-. La paciente B las recibió, las separó con medida en dos partes: la primera para limpiar su rostro mientras que el segundo monto -mucho más grande- para transformarlo en pequeñas bolitas de papel. Esta pequeña e importante actividad fue su regulador emocional por las siguientes dos horas mientras se le daba la atención al paciente A.

En este caso, lo que nombramos ‘receta’, construida desde el cuidado académico y experiencial, no funcionó. En primer lugar, la cercanía que podría traducirse en una situación de riesgo, en este caso no fue así, aplicarla no fue necesario, hasta podría ser contraproducente dadas las peculiaridades del caso: la permanencia de la visual mutua entre pacientes fue herramienta y medio vital para el éxito del caso. En segundo lugar, el botiquín de primeros auxilios psicológicos no solo no fue necesario y negado: directamente ninguno de los insumos tenía valía en el reconocimiento situacional de la atención ... pero, no se niega la posibilidad de la transmutación y enriquecimientos de los elementos físicos y simbólicos aludiendo a la misión real de la atención en psicología de la emergencia. Esto nos lleva a nuestro último punto. Tercero, el desarme del ego profesional de la emergencia, es importante reconocer que la dimensión humana nunca se despoja en el ejercicio de la atención; el poseer capacitación avanzada no debe negar la recapitación y el criticismo en la atención, el reconocimiento de la dimensión humana presente en el paciente y el respondiente de la emergencia no debe traducirse en debilidad, si no el estudio de caso específico. En otras palabras, es imposible que un profesional conozca y cree todas las herramientas de regulación en crisis y que un paciente siempre reaccione de la misma forma. Recordemos, que lo inesperado hace parte de la narrativa de cada emergencia.

La humanización de los servicios de salud hace referencia a un fragmento necesario en cualquier atención que reconoce, aún en medio del dolor⁸, brindar una atención desde la perspectiva empática como objetivo principal. Esto implica no ver al paciente como un mero portador de dolor, una expresión del síntoma vivo y/o la culminación de la cinemática del trauma; la dolencia no puede borrar la humanidad, al contrario, debe ser punto de encuentro de la empatía⁹, el acompañamiento de los procesos de salud y la construcción sana del vínculo profesional-paciente.

Ahora bien, en la profundización de la humanización debemos tener claro que no se limita al trato respetuoso y digno, también tiene que realizarse énfasis en la herramienta más importante en la comunicación: el lenguaje. Hemos de hacer hincapié de forma precisa que no nos referimos en la lingüística en torno a la fonética y la forma sonora del mismo, si no en su factor simbólico y la violencia -también simbólica- que este puede acarrear:

(...) definir únicamente a la persona por su condición de salud mental. Etiquetar a un individuo como esquizofrénico, bipolar, psicótico, etc., sustantivando su condición, deja de lado las múltiples facetas propias de cada individuo y lo reduce a una sola de ellas. Es necesario dejar de lado los diagnósticos y etiquetas para poder poner el foco en las múltiples facetas y capacidades de cada persona. (Corral & Gargoloff, 2022, p. 23)

La violencia simbólica, entendida desde Bourdieu (2002), hace un nido de manera silenciosa e indetectable sobre los discursos y narrativas del ámbito social, lo cual, incluye la perspectiva clínica y de emergencia. Se instala y se reafirma desde el mismo discurso clínico de carácter dominante en el paradigma científico y moral general.

Cuando se nombra al individuo únicamente desde su diagnóstico, se solidifica y cristaliza como única identidad, identidad que se reescribe desde la moralidad tomando como esqueleto principal estigmas sociales, tradiciones y discriminación que históricamente ha acompañado la locura, la crisis y el sufrimiento en una dimensión ‘invisible’. Llamar, por ejemplo, ‘El esquizofrénico’ o ‘El esquizo’ a una persona hace parte de un proceso simbólico-lingüístico que moldea una relación paciente-profesional hostil creando un nuevo dispositivo

⁸ En nuestro caso las sirenas de las ambulancias y máquinas, situaciones climáticas, diversidad del entorno y los riesgos que lo conforman, es decir, las posibilidades que implica el trabajo en un ambiente no controlado

⁹ La empatía está relacionada con las neuronas espejo: estas permiten la capacidad de reconocer emociones y acciones de los demás. Nuestro objetivo con este pie de página no es promocionar “ponerse los zapatos del otro” sino, reconocer esos zapatos y aceptar la fragilidad humana a cuidar.

político para la dominación y refuerzo en jerarquías en torno a la salud mental. A esto lo llamaremos *el robo de la identidad*.

Pero, ¿por qué se produce y se reproduce esto? la deshumanización es parte de un mecanismo de defensa arraigado al ejercicio del profesional en salud permeado por la misma administración e institucionalidad de los servicios: resistir turnos de 12 horas, situaciones de peligro emocional y de seguridad, además de la exposición a un trabajo visceral es entendible -más no justificada- la deshumanización del otro ser por mera supervivencia. Es mucho más fácil entender al otro como un saco de patologías que un humano que sufre. Seguido a esto, también es sencillo tipificar al personal de emergencia como super héroes y heroínas: inmutables, máquinas de trabajo, sin derecho al cansancio o la dignidad... básicamente, se desliga también su humanidad. El robo de la identidad es de doble vía, perjudicando la atención en situaciones de emergencia.

Los anteriores conceptos y dinámicas, aunque parezcan dispersos, hacen visible la urgencia estructural respecto a la importancia del cuidado propio en situaciones de emergencia, es decir, **apoyo al apoyo**: Esta se activa cuando los primeros respondientes (APH, psicólogos, socorristas, bomberos, enfermeros y voluntarios) han llegado al límite de sus capacidades emocionales a causa de la intensidad de lo vivido. Sin embargo, dicho cuidado ha sido relegado únicamente a momentos post trauma y/o post colapso como si estas intervenciones sólo fueran posibles cuando ya hay consecuencias a tratar, a lo que queremos llegar es que, más que derivar al personal salud a psicosociales, es también darle prioridad a la creación de dinámicas que sean favorables para la elaboración de su propio sostén emocional desde todos los aspectos que esto conlleva: emocional, social y espiritual.

Si tuviéramos que arraigarnos, de forma directa, a una narrativa de ‘que no se debería hacer’ hay algo que señalaremos con claridad: **no debe esperarse que el desgaste psíquico, emocional y físico del personal atendiente de la emergencia se haga visible para dar paso a la intervención**. En otras palabras, no debe actuarse cuando la sintomatología del estrés se manifiesta y la carga emocional se convierte en colapso; la reacción tardía a las necesidades representa afectaciones en la calidad de salud mental post evento.

En esta línea, es vital descentralizar el conocimiento sobre el cuidado emocional del personal de la emergencia, además de que este logre la independencia de la rama psicosocial para la salud mental propia. El apoyo al apoyo no puede aparecer únicamente cuando hay un factor reactivo, debe ser una tradición desde la práctica preventiva y cotidiana. Identificar

cada plan personal, enfatizando límites sanos emociones y técnicas de autorregulación como eje central. No se trata de individualizar el cuidado, sino en la masificación del acceso a las herramientas psicoemocionales dando espacio a una cultura compartida al bienestar.

Lo típico de la atención atípica: *que sí se debe hacer*

Parte del éxito del ejercicio para el desarrollo óptimo de la psicología de la emergencia es cultivar una perspectiva crítica y situada, acorde al devenir y al propio dinamismo de la emergencia. Observar no sólo debe alimentarse desde el denominado ‘ojo clínico’: también debe tener la misión de interpelar en el criterio de evaluación aquello intrínseco de forma directa e indirecta en la situación:

Caso 2:

Fuimos activados y dirigidos a un multipropósito, en específico, un escenario deportivo donde se estaban un grupo de preadolescentes entrenando judo. Encontramos, entonces, un padre de familia y un entrenador conmocionados por la situación. La tripulación de la ambulancia comenzó a realizar su atención al paciente X, donde en la evaluación inicial se denotó reducción a la movilidad del cuello, músculos rígidos, dolor a la palpación y rotación hacia la derecha y el dolor agudo al movimiento y la incapacidad de ponerse de pie por sus propios medios. Mientras se realizaba control cervical, la activación de la póliza y su respectiva regulación, el practicante de psicología de la emergencia en turno analizó el ambiente. Se preguntó si los PAP eran necesarios para la paciente X, pero en este momento era prioridad su integridad física, por eso ‘buscó’ su propio paciente: el entrenador fue su primera opción ya que era su primer estudiante lesionado seriamente; también pensó en el padre de familia, el cual se notaba visiblemente angustiado por lo que pasaba. Pero, en la retroalimentación del caso dijo: “El paciente X se lastimó entrenando con otra persona... ¿Dónde estaba esa persona? Solo bastó con levantar la mirada para encontrarlo, ese era mi paciente” Había un niño, del mismo grupo, que realmente era el paciente Z, estaba en una gradería a unos cinco metros asustado, sollozando casi en posición fetal mientras sus manos tomaban su cabeza.

“Fue mi culpa, fui yo quien se lo hizo” Exclamó el paciente Z cuando el practicante se le acercó.

No podemos olvidar que uno de los principales objetivos de los Primeros Auxilios Psicológicos es prevenir la aparición de una afectación mental a futuro por la situación emergente (Shultz & Forbes, 2014). El pensamiento crítico contextualizado enlazado con el ojo clínico se desenvuelve de forma sinérgica en situaciones de emergencia: en este caso,

aunque los dos adultos -entrenador y padre de familia- estaban angustiados eran quienes estaban en el rol administrativo haciendo las llamadas pertinentes para el avance del caso.

La prioridad conforme el análisis de la situación era la prevención y la intervención de un menor de edad que estaba en crisis, el cual verbalizó su extrema culpabilidad ya que él fue quien había lanzado -dentro de la propia práctica deportiva- al paciente X a la colchoneta donde se encontraba.

En este caso, como la mayoría, nos permite visibilizar una perspectiva real en la atención de las emergencias: se debe ampliar el marco tradicional de categorización de ‘ser o no ser’ un paciente. Si bien, la estabilización fisiológica es la prioridad en la urgencia, no le resta importancia a la necesidad de convocar las dimensiones psicosociales que permiten la lectura y complejización del contexto de la emergencia porque cuando esto se permite se puede más que crear, hacerse consciente de la categoría del ‘paciente oculto’: se refiere aquel sujeto que sin estar implicado con una lesión física, presenta afectación emocional profunda que al no ser abordada puede tener consecuencias a futuro. Este tipo de paciente está presente prácticamente en cualquier tipo de emergencia y su identificación debe ser una responsabilidad sistematizada por el respondiente psicosocial o con énfasis en salud mental, por ejemplo:

Caso 3:

La activación de código dorado fue por medio del CRUE Bello hacia una unidad residencial. La información que se conocía sobre el caso es que alguien había manifestado su decisión de terminar con su vida en las horas de la mañana, y desde hace aproximadamente dos horas no se había contactado ni respondido a mensajes o llamadas de familiares y amigos.

Al llegar, nos guiaron a una de las torres, en el piso doce del mismo edificio. A pesar del llamado constante por parte de nuestro personal, vigilantes de la unidad y policía nacional, no se escuchó respuesta alguna. En este escenario, la normativa del Código Penal impedía la entrada forzosa si no se cuenta con una evidencia concisa de que la persona adentro está en un riesgo vital.

El psicólogo en turno realizaba la atención al padre del paciente reportado, la socorrista con énfasis en salud mental -miembro del equipo- identificó signos de una posible crisis en una de las vigilantes del edificio. Al acercarse la socorrista y comunicar que la tripulación también estaba para acompañarlos a ellos en este momento, la vigilante, ahora la Paciente E, expresó su profundo sentimiento de culpa, impotencia e incapacidad de cumplir su trabajo de proteger a los residentes en la unidad. También

verbalizó que la situación la estaba sobrepasando, y con voz quebrada dijo “Este va a ser mi cuarto residente muerto” haciendo alusión a tres residentes fallecidos en el pasado bajo su turno.

La emergencia no solo exige el entrenamiento del ojo clínico, también se requiere la capacidad colectiva y sus múltiples miradas. Lo narrado en los anteriores casos permite entretejer que las respuestas integrales en contextos de crisis no pueden recaer únicamente sobre el profesional típico de la emergencia, pues esta no se va a fragmentar por especialidades y recursos disponibles en la normativa. Cada disciplina y/o rol -tecnología en atención prehospitalaria, psicología, socorrismo, enfermería, operadores de vehículo de emergencia- compone una red que bien articulada puede tratar de forma óptima el incidente como las personas afectadas por el. La lectura completa y variada del contexto emergente por medio de los criterios profesionales compartidos son vitales para generar intervenciones oportunas, ágiles y realmente humanas.

En el caso de Emergencias Apolo, la sociología no se segrega al análisis e intervención post situación emergente; en cambio, se plantea como componente y dispositivo presente a contextos críticos para la atención. La participación de esta aporta la lectura estructural, contextual, coyuntural, relacional y simbólica del entorno apoyando a la comprensión del sufrimiento adjuntos a los factores sociales que producen, experimentan y circulan la crisis.

La incorporación de la sociología ha posibilitado identificar con mayor claridad situaciones agravadas por la emergencia y el contexto donde se desarrolla, así como factores culturales y relacionales en torno a la percepción del riesgo, el cuidado y accionar comunitario. Así, este componente puede generar rutas para el equipo contextualizando las técnicas pre hospitalarias y clínicas a una acción situada con los entramados sociales. Buscando ejemplificar esto, queremos retomar el primer caso para el estudio juicioso de la multidisciplinariedad.

Caso 1, continuación:

La regulación por parte del Centro de Regulador de Urgencias y Emergencias nos dirigió a un hospital del Área Metropolitana con las pacientes A y B. Aunque, en la práctica existiera una “única paciente” y perteneciera su atención de forma dominante a la práctica psicológica se tuvo mucha resistencia por parte del hospital la aceptación del caso en su totalidad. La paciente B era menor de edad, y por normativa del hospital los menores de edad no podían ser acompañantes. Sin embargo, el

personal de seguridad -en alas de su responsabilidad- no comprendían la complejidad del caso, aunque se les explicara.

Al profundizar en el caso, la paciente A refirió varios hechos que creaban una cadena de dolor. Primero, dos semanas antes del suceso, la ex pareja sentimental había llevado sin su consentimiento a su segunda hija a otra ciudad mientras que limitaba la comunicación con ella; la paciente A refirió “Él secuestró a mi hija, siempre que me permite hablar con ella siento que fuerza su voz y no está bien”. Segundo, la paciente B tenía un diagnóstico de autismo, donde solo tenía la posibilidad de comunicación con su madre, además de no tener más adultos que representaran seguridad y confianza. Tercero, enlazado con nuestro anterior punto es que tanto paciente A como paciente B no tenían ningún tipo de red de apoyo de primer, segundo o tercer grado de consanguinidad, amigos, mascotas o participación en programas. Cuarto, parte de la crisis de las pacientes A y B se adjudica al historial familiar de abuso y violencia psicológica, física y económica.

Retomando todo lo anterior, es necesario mencionar que en el equipo de trabajo de Emergencias Apolo estaba conformado por APH, psicólogo, socorrista y socióloga; y por parte del Centro Regulador por enfermería, psicología y atención prehospitalaria.

La comunicación y división de roles externos a la emergencia fue necesaria la multidisciplinariedad y las perspectivas de sus diversos campos para la mejor intervención médica y protocolo institucional. La atención prehospitalaria, desde la obriedad de la emergencia apoyó en la explicación y tratamiento de los factores sintomatológicos desde la fisiología que lo aqueja y su perspectiva al socializar el caso con el área de psicología; psicología por su parte su respaldo constante a la crisis de ambas pacientes y su permanente participación en comentar el caso con entes de seguridad, salud y admiración en el ejercicio de traducción teórica para la comprensión y descomplejización del caso y el por qué no se debían separar ambas pacientes; por otro lado, la socióloga y socorrista se encargó de ser mediador, traductor y enlace -a la par con psicología- de los diferentes contextos e intereses que transversalizaban la situación de emergencia haciendo componente clave la dimensión biopsicosocial de las pacientes además del apoyo y contención de la crisis; el centro regulador -desde los tres profesionales de la salud- trabajaron en conjunto por la pronta resolución administrativa.

Para no hacer este estudio de caso más largo, después de muchos diálogos y obstáculos burocráticos, el equipo logró la autorización de la permanencia conjunta de las pacientes y que trabajo social al día siguiente -ya que estos solo tienen horarios de oficina- tomaría todas las medidas necesarias para el caso.

Por consiguiente: lo técnico, la diversidad científica, práctica, clínica y humana no pueden desligarse. La emergencia se presenta en diferentes momentos y enfoques a interpelar de forma oportuna en conjunto, tejiendo una red de cuidado para la dignificación de quién sufre. Esto nos lleva a que uno de los pilares fundamentales de la Psicología de la Emergencia es la dignidad ya que este factor se presenta en todas las emergencias por más diferentes que estas sean.

En la práctica de la psicología de la emergencia, por supuesto, se puede encontrar los últimos momentos de vida de no solo un paciente, si no de un ser humano que ama y es amado; acompañar la muerte y quienes despiden a la persona desde un dolor resignificado. También, la emergencia es temporal dentro de su mismo momento, dignidad es entender aquello que sufre y se padece conforme a la experiencia del ciclo vital de cada paciente. Asimismo, el entendimiento del síntoma (Laplanche & Pontalis, 1996) no en afán de su cura, si no desde el acompañamiento.

Por esta razón, nuestra propuesta es que la Psicología de la Emergencia siempre debe entenderse y pensarse como un primer paso, como el inicio de una cadena de custodia y cuidado para la estabilización primaria de un paciente en crisis, es decir, el acompañamiento en un entorno no controlado buscando la gestión emocional en la situación emergente.

Por este motivo no debe permitirse desde los orígenes y bases teórico-práctico de la Psicología de la Emergencia solidificar su participación en la emergencia desde un ojo clínico omnisciente y resolutivo. Si no de la dignidad humana del paciente como prioridad, en consecuencia, la búsqueda de la normalización del trayecto de vida del paciente. Como es bien sabido, esto no sería posible sin el trabajo mancomunado de los servicios y profesionales intrahospitalarios ya que estos son los que lideran el proceso de curación a mediano y largo plazo post emergencia.

En síntesis, la Psicología de la Emergencia abre simbólicamente en el paciente las puertas de un hospital o clínica: al estar presente en el momento inicial de lo que ya mencionamos como ‘cadena de custodia y de cuidado’, se permite que la apertura y trayecto a los diversos servicios de salud no sea traumática e invasiva al paciente y personal respondiente convirtiendo la emergencia en algo situacional y no identitario.

Caso 4:

Nos dirigimos hacia una vivienda activados por el CRUE Bello por una emergencia médica; una adulta mayor cayó de su propia altura y manifestó la incapacidad de moverse, pérdida en la movilidad

de la extremidad inferior derecha acompañado de dolor intenso. Algo importante a mencionar en este caso es que la tripulación estaba conformada por APH, enfermero y socorristas, es decir, no se contaba con psicología.

En la evaluación se observó posible luxación de rótula con posible fractura de platillos tibiales, además de tener antecedentes en el nervio ciático; al momento de informarle a la paciente S que debíamos dirigirnos al hospital hizo entender de forma clara su negativa a esta opción.

La socorrista con entrenamiento en PAP comenzó a realizar su intervención al observar estado de alerta poco colaborativa; al generar un espacio seguro y digno en medio de la emergencia la paciente S comentó que “Es que yo le tengo miedo a todo lo relacionado a un hospital o personal salud porque mi mayor miedo es que me diagnostiquen una enfermedad que no tenga cura”

La socorrista a partir de la información suministrada decidió informar que, aunque no poseía ni el conocimiento y autoridad para dar un diagnóstico final, si podía a través de su atención primaria no permitir que su situación escalara de forma negativa y perjudicial, convirtiendo el proceso de inmovilización y transporte al hospital en un momento de apertura al proceso de recuperación en el centro de salud, esto se refuerza con otra intervención de la paciente S: “Tengo miedo por ir al hospital, pero me siento segura”.

Después de recorrer la multiplicidad de la aplicación de la teoría y práctica de la Psicología de la Emergencia se hace evidente que no se basta con las herramientas de escucha y habla añadida a la pericia en la intervención: es necesario un instrumento tangible que apoye la atención de la emergencia adaptable a su contexto. Así como un APH nunca llega a la escena sin su botiquín de trauma o un rescatista sin su equipo técnico el primer respondiente en Salud Mental no debería gestionar la crisis sin su propia herramienta de trabajo.

La iniciativa de un Botiquín de Primeros Auxilios Psicológicos surge desde el desarrollo del PAPSI (Proyecto de Actuación Psicológica) de nuestro practicante de psicología de la emergencia para su universidad. Aunque la idea original fue enfocada al apoyo al apoyo como un ‘botiquín personal’ para la gestión emocional en situaciones de alto estrés emocional del personal socorrista en situaciones que resulten en desborde emocional.

Ahora bien, entre más casos de emergencia en salud mental eran atendidos, más se encontraba la incomodidad y observación de “Si hubiera tenido este elemento en la atención habría podido atender mejor a mi paciente”. Movilizados por la búsqueda de crear esta herramienta decidimos crear un botiquín más grande que pueda, desde el enriquecimiento teórico y empírico, responder a la necesidad específica de un paciente tomando en cuenta su

contexto biológico (*fisiológico*), psicológico (*aquello dentro del paciente*) y social (*Su contexto*). Así como, retomando el ejemplo anterior, un APH responde con botiquín de trauma a las necesidades de la emergencia.

Sin lugar a dudas este sería, en la obligación de la narrativa que nos convoca nuestro **si se debe hacer: se debe crear**. En nuestra experiencia, alimentada por la práctica interdisciplinar hemos rectificado que mente y cuerpo están profundamente conectados: esta relación se convierte en una herramienta clave para la intervención activadas principalmente a través de los sentidos, la memoria y ciertos procesos neurobiológicos:

Repasemos este proceso: a muy grandes rasgos, los estímulos que ingresan al cerebro por medio de nuestros sentidos, los cuales son recibidos por la corteza prefrontal, posterior a esto son procesados por el lóbulo temporal para ser activados por la amígdala: un centro de formación de emociones. En este proceso biológico queremos resaltar su repercusión a nivel cognitivo, específicamente en cómo se interpretan, expresan y manifiestan como signo y síntoma en la situación de crisis durante la emergencia.

En este ciclo, cuerpo y mente se interrelacionan estrechamente, pero esta relación puede ser un círculo vicioso que haga prevalecer la crisis mayor tiempo. Para interrumpir este proceso, el botiquín se diseñó con la intención de utilizar los sentidos como medio de intervención. La idea es que al estimular estos sentidos el paciente no solo establezca una conexión con el momento presente, sino que también utilice la vía neurobiológica que recorre el lóbulo temporal para activar recuerdos a través de objetos con significado personal. Este "algo" puede tener un valor simbólico, emocional o espiritual en la vida del paciente y ser tan poderoso que se convierte en una herramienta eficaz para la regulación emocional.

El conflicto ético-moral de la negociación: *fruto de lo típico y atípico*.

En el marco del análisis, estudio y construcción juiciosa de este capítulo, siempre apareció de forma directa la idea central de este apartado: el conflicto ético-moral de la negociación y como se ha presentado y regulado en la diversidad de las emergencias.

Fue tal la relevancia e importancia visibilizada en cada caso atendido por nosotros, los autores, que superó la decisión de mantener una estructura de dos apartados. Al mismo tiempo consideramos que es propio y necesario dada a la naturaleza y concordancia con la temática que nos reúne: aquellas situaciones emergentes fuera de la cotidianidad.

Caso 5:

Nuevamente, activados por el CRUE Bello se nos dirigió a una vivienda con prioridad roja dado a la complejidad y compromiso de la vida mencionados a través del reportante de la emergencia. La tripulación estaba conformada por APH, psicólogo, socióloga y socorrista. El lugar no correspondía a un contexto familiar, si no a un espacio compartido por personas sin vínculos cercanos en el cual se evidenció diversas condiciones de vulnerabilidad como la presencia de numerosas bebidas energizantes, colillas de cigarrillo y posibles estupefacientes.

Al momento del aseguramiento y evaluación de escena se encontró el paciente W en posición fetal sobre su cama realizando una fuerte contracción muscular en todo su cuerpo de manera voluntaria además de referir sufrir de la enfermedad de Crohn sin adherencia a tratamiento, emesis con sangre hace tres días y la expulsión de, en palabras del paciente W, intestino vía rectal.

Al realizar la valoración inicial e identificar abdomen agudo (se refiere a un dolor abdominal intenso y repentino que a menudo indica una emergencia médica que requiere atención inmediata) la recomendación del APH fue el traslado inmediato del paciente W a un centro asistencial ya que excedía la capacidad de una ambulancia TAB (Traslado Asistencial Básico). No obstante, el paciente W rechazó el traslado en voz grave y exaltada afirmando “¡Hoy decidí morirme!”.

El psicólogo en turno al escuchar esta afirmación y confirmación con su equipo de trabajo decidió quedarse a solas con el paciente teniendo como objetivo la negociación. En un principio de la atención el paciente W no era colaborativo enfatizando su posición refiriendo que “hoy es mi último día, hoy decidí morirme”, comentó su historial de vida lleno de excesos, vacíos y la dificultad de la convivencia diaria con su enfermedad mientras sollozaba del dolor, además se notó una presunta sustancia alucinógena color rosa vivo en su nariz.

En la negociación el psicólogo le señaló al paciente W que no estaba tomando una decisión, al menos, no ese día. Ya que era su diagnóstico sin tratar el que estaba tomando su calidad y vida misma; validó su dolor tanto físico como emocional y lo invitó a permitirse tratarse esa noche. Y si, cuando se sintiera mejor en las esferas que hoy lo aquejaban e insistía en terminar con su vida, en esas circunstancias si tomaría una decisión por él mismo.

Por otro lado y a la par de la atención del paciente W, la socióloga y socorrista al identificar que la situación comenzó a tornarse potencialmente peligrosa para el personal respondiente, realizó una intervención de Primeros Auxilios Psicológicos de carácter grupal, así pudo lograr conectar con los sentimientos de angustia colectiva, validando y acompañando de manera respetuosa, afectiva y efectiva logrando mitigar la escalada emocional y evitar que el sentimiento de descontento y tensión se tradujera a un posible linchamiento.

Se trasladó el paciente W sin ningún contratiempo al centro asistencial.

Como bien se mencionó anteriormente, el conflicto ético-moral en la negociación se presenta en todas las emergencias, no obstante, utilizaremos el Caso 5 enfocándonos en la intervención del psicólogo para el mayor entendimiento.

Antes que nada, debemos ahondar con claridad a qué nos referimos cuando mencionamos la ética y la moral: Millán (2016) no solo explica con precisión cómo esta puede presentarse en la emergencia, además, profundiza en un debate oportuno sobre el valor que realmente debe tener cada uno. Asegura que la distinción suele hacer referencia a dos esferas de la conducta humana bien delimitadas. En esta distinción... afirma que la conducta ética, concebida como la afirmación de la conciencia autónoma y la autenticidad individual, debe tener un mayor peso que el ámbito de lo moral, entendido como las reglas que nos son impuestas por la sociedad.

En esta línea, si ponemos en ojo de lupa moral en caso anterior el obrar del psicólogo estuvo mal, ya que, reiteramos, desde el juicio moral, no se debe negociar a corto o mediano plazo la tenencia de la vida. La moralidad nos dicta que el valor de la vida no debe ponerse en duda, debe amarse y protegerse a toda costa desde la búsqueda de su ‘lado amable y divino’ la cual es afín a la tradición y valores de la moral colombiana.

Por otra parte, bajo el amparo de la ética se da prioridad a la necesaria conservación y preservación de la vida. Priorizar la ética en la atención no solo se hila con el código deontológico del profesional en psicología en su misión de preservar la vida; la ética es aquella narrativa evolutiva en la comunicación y regulación del paciente en situación de crisis. Permite de forma eficaz y especializada profundizar en los casos y sentires de las personas atendidas permitiendo la creación de dignidad, cuidado y seguridad no entendidas desde una varilla medidora moral y social, sino desde lo que el paciente realmente necesita.

El conflicto ético-moral de la negociación en situaciones de emergencia no se resuelve ni en manuales, consejos entre colegas de emergencia y mucho menos en este capítulo. Además, en el llamado personal a la coherencia debemos retomar el ojo clínico situado y que los territorios de intervención son movedizos y para nada estáticos. Asumir el conflicto ético-moral en la negociación no es en el afán de buscar respuestas únicas, si no en comprender que este hace parte de cada tripulación y atención.

Podemos listar de forma superficial donde nos hemos encontrado el conflicto ético-moral como ‘polizón’ atendiendo a la par del equipo psicosocial de la corporación. Por ejemplo: en el consumo de alimentos estimulantes, dulces, amargos o picantes para la

regulación emocional; respuestas a preguntas que pueden dar tranquilidad al paciente y que sus respuestas no sean las más óptimas; la toma de decisiones que pueden influenciar a corto plazo la vida del paciente; la encrucijada de ‘aquí es pertinente o no mi atención’; la medida y pertinencia de la empatía y crudeza; el contacto físico con el paciente -con su consentimiento- como herramienta y medio de conexión y tranquilidad; la “violación” de la privacidad y el secreto profesional respecto al paciente o el cómo la imparcialidad en la emergencia se traduce en la mayoría de ocasiones en indiferencia.

Nuestro objetivo con este apartado es aportar una pequeña cereza y un cierre con una gran duda. Aunque al momento de invitarnos a escribir este capítulo bajo la premisa de ‘que se debería hacer y que no’ se nos hace impensable cerrar la discusión desde nuestra experiencia teórica y práctica cuando esta está en crecimiento, y en el caso colombiano, forjando sus bases.

Extendemos la invitación al debate y compartir de la emergencia como campo de acción e investigación teórico-práctico vivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bisson, J. I., & Lewis, C. (2009). *"Systematic review of psychological first aid"*. OMS.

Bourdieu, P. (2002). *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*.

Corral, R. M., & Gargoloff, P. R. (2022). Las palabras importan.¿ Cómo comunicar temas de Salud Mental?. Recuperado 4 de agosto de 2025, de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/150085>

Dass-Brailsford, P. (2007). *"A pragmatic approach to trauma after disasters"*. *American Journal of Psychotherapy*.

Dass-Brailsford, P. (2007). *"A pragmatic approach to trauma after disasters"*. *American Journal of Psychotherapy*. Dass-Brailsford, P. (2007). *A practical approach to trauma: Empowering interventions*. Sage.

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4),

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis* (L. López-Ballesteros, Trad.). Paidós. (Obra original publicada en 1967)

Millán, G. O. (2016). *SOBRE LA DISTINCIÓN ENTRE ÉTICA y MORAL*. *Redalyc.org*. Recuperado 11 de agosto de 2025, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=363648284005>

Restrepo de la Pava, J. (2023). *Incremento de afectaciones a la salud mental en Antioquia: coletazos de la pandemia*. Recuperado 6 de julio de 2025, de [https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia/!ut/p/z0/fYyxDsIwEEN_hSUjuqOUFMaKAQkxMCDUZkGnNoKDJpe2AfH5tDAgFhbLtuwHBgownh58psjiqRlyafRpuVonszzFHepUY6736SJLNvPDEWEL5v9gIPC1bU0OphIf7TNCEaSL1NxrSwqp_00XcfbjR514iVwx9Qrfb8-1jKtvHWzHUnMl1DhyFG2nsB9xzvoBOw3ksgQh3Ez5AiHH7eE!/?](https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia/!ut/p/z0/fYyxDsIwEEN_hSUjuqOUFMaKAQkxMCDUZkGnNoKDJpe2AfH5tDAgFhbLtuwHBgownh58psjiqRlyafRpuVonszzFHepUY6736SJLNvPDEWEL5v9gIPC1bU0OphIf7TNCEaSL1NxrSwqp_00XcfbjR514iVwx9Qrfb8-1jKtvHWzHUnMl1DhyFG2nsB9xzvoBOw3ksgQh3Ez5AiHH7eE!/)

Shultz, J. M., & Forbes, D. (2014). Psychological first aid: Rapid proliferation and the search for evidence. *Disaster Health*, 2(1), 3–12. Recuperado 4 de agosto de 2025, de <https://doi.org/10.4161/dish.26006>

Karl Fernando Estrada Orozco. Psicólogo clínico de la Universidad de la Costa, especialista en psicoterapia de la misma institución y magíster en psicopatología clínica y forense con énfasis en la intervención con víctimas por la Universidad de San Buenaventura. Su trayectoria profesional se ha consolidado en el campo de la atención en crisis, la psicología clínica y la formación académica, desempeñándose como docente de pregrado y posgrado en la Universidad Católica Luis Amigó. Actualmente, se desempeña como jefe del Departamento de Psicología de la Emergencia de la Corporación Emergencias Apolo.

Correo de contacto: karl.estrada@amigo.edu.co

Emiliano Correa Peláez. Psicólogo clínico de la Universidad de San Buenaventura y socorrista, con experiencia en contextos de atención a la crisis y la emergencia. Se desempeña como psicólogo de la emergencia en la Corporación Emergencias Apolo, donde ha desarrollado y liderado procesos de intervención en situaciones de alto riesgo. Es cocreador del Botiquín de Primeros Auxilios Psicológicos y reconocido como el primer practicante de Psicología de la Emergencia en Colombia, consolidando una trayectoria pionera en este campo en el país.

Correo de contacto: correapelaezemiliano2@gmail.com

Maria Isabel Herrera Álvarez. Socióloga de la Universidad de Antioquia y socorrista, con trayectoria en intervención comunitaria, gestión social y atención en emergencias. Actualmente se desempeña como jefa de Proyección Psicosocial de la Corporación Emergencias Apolo, donde lidera procesos de acompañamiento en crisis y de formación en salud mental comunitaria. Es cocreadora del Botiquín de Primeros Auxilios Psicológicos y, a partir de su experiencia en el campo, se encuentra desarrollando la propuesta de la Sociología de la Emergencia, un enfoque innovador que articula el análisis sociológico con la práctica en escenarios de riesgo y emergencia.

Correo de contacto: maria.i.herrera1@udea.edu.co



EDITORIA IN VIVO



Instagram



Juntos Somos +