

Intervención Psicológica en Crisis y Emergencia: Fundamentos y Aplicaciones Prácticas

Yadira Liliana Sánchez Padilla
Carlos Carpio Mosquera
Rosa Marianela Salamea Nieto

Intervención Psicológica en Crisis y Emergencia: Fundamentos y Aplicaciones Prácticas

Yadira Liliana Sánchez Padilla
Carlos Carpio Mosquera
Rosa Marianela Salamea Nieto



© **Yadira Liliana Sánchez Padilla**

ysanchez@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-8380-6434>

Carlos Carpio Mosquera

carloscarpio@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6335-1922>

Univesidad Técnica de Machala

Rosa Marianela Salamea Nieto

rsalamea@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-8348-1852>

Univesidad Técnica de Machala

Primera edición, 2025-10-25

ISBN: 978-9942-53-029-5

DOI: <http://doi.org/10.48190/9789942530295>

Distribución online

 Acceso abierto

Cita

Sánchez, Y., Carpio, R., Salamea, R. (2025) Intervención Psicológica en Crisis y Emergencia: Fundamentos y Aplicaciones Prácticas. Editorial Grupo Compás

Este libro es parte de la colección de la Univesidad Técnica de Machala y ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad de la publicación. El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

Prefacio

Introducción del libro

Las crisis, los desastres y las emergencias representan desafíos humanos complejos que requieren respuestas inmediatas, éticas y técnicamente fundamentadas. En el ámbito de la psicología clínica, estos escenarios implican no solo comprender el sufrimiento individual y colectivo, sino también intervenir con sensibilidad, eficacia y responsabilidad profesional. Este libro, titulado *Intervención Psicológica en Crisis y Emergencia: fundamentos y aplicaciones prácticas*, nace como una guía académica y práctica para la formación integral de psicólogos clínicos comprometidos con el abordaje de situaciones críticas que afectan el bienestar emocional y social de las personas.

Concebido como texto base para la enseñanza universitaria, este volumen busca integrar rigurosamente el conocimiento científico contemporáneo con la experiencia clínica y los principios humanitarios que rigen la atención psicológica en contextos adversos. Su propósito no se limita a transmitir información, sino a formar profesionales capaces de actuar con competencia técnica, sensibilidad cultural y ética profesional ante el sufrimiento humano.

Objetivo general del libro

El objetivo general de este libro es proporcionar a los estudiantes de Psicología Clínica los fundamentos teóricos, metodológicos y prácticos necesarios para comprender e intervenir de manera eficaz, ética y contextualizada en situaciones de crisis, emergencia, desastre y riesgo suicida, incluyendo además estrategias de autocuidado para el propio interviniente.

Estructura del libro

La obra está organizada en cuatro capítulos, secuenciados de forma lógica y progresiva para facilitar la comprensión y el desarrollo de competencias:

- Capítulo 1. Fundamentos teóricos de la intervención en crisis: aborda los conceptos esenciales de crisis, sus manifestaciones psicológicas, las diferencias entre crisis vitales y circunstanciales, y el impacto psicosocial de emergencias, desastres y catástrofes, enfatizando la importancia de la intervención temprana.
- Capítulo 2. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): desarrolla los principios rectores, objetivos y modelos de intervención inmediata en crisis, con énfasis en el modelo ABCDE y su aplicación en contextos reales.
- Capítulo 3. Intervención psicológica en la conducta suicida: presenta los modelos explicativos contemporáneos del suicidio, herramientas de evaluación, categorización del riesgo, principios éticos y estrategias clínicas para la intervención inmediata.
- Capítulo 4. Autocuidado del interviniente: examina los riesgos psicoemocionales asociados al trabajo en crisis y propone estrategias estructuradas para el desarrollo de un plan personal de autocuidado profesional y sostenido.

Cada capítulo incluye elementos de apertura (viñetas clínicas, citas, preguntas guía, organizadores gráficos), desarrollo temático profundo con apoyo bibliográfico actual, y un cierre pedagógico compuesto por resumen, actividades prácticas, autoevaluación, glosario y referencias.

Características pedagógicas del libro

Este libro ha sido diseñado con una orientación pedagógica clara, integrando recursos didácticos que favorecen la reflexión crítica, la comprensión

conceptual y la aplicación práctica de los contenidos. Entre sus principales características destacan:

- Viñetas clínicas que contextualizan el aprendizaje desde escenarios reales y cercanos a la práctica profesional.
- Preguntas guía que estimulan la lectura activa, el análisis reflexivo y el pensamiento crítico.
- Organizadores gráficos que permiten visualizar la estructura conceptual de cada capítulo.
- Glosarios parciales y finales que facilitan la apropiación de terminología especializada.
- Actividades de aplicación, tanto individuales como grupales, que promueven la transferencia de conocimientos a contextos reales o simulados.
- Autoevaluaciones formativas que consolidan los aprendizajes y permiten al estudiante monitorear su progreso.
- Fundamentación bibliográfica real y actualizada, ajustada a las normas APA (7.^a ed.), que respalda cada sección del contenido.

En suma, esta obra busca ser una herramienta formativa integral, rigurosa y humanizante, que prepare a los futuros psicólogos para intervenir con competencia y sensibilidad en los escenarios más desafiantes del ejercicio clínico contemporáneo.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS	9
Elementos de apertura del capítulo	10
Objetivos de aprendizaje del capítulo	10
Preguntas para guiar la lectura.....	11
Introducción del capítulo	11
1.1. Concepto de Crisis	12
1.2. Reacciones Comunes ante la Crisis	12
1.2.1. Reacciones emocionales	13
1.2.2. Reacciones Cognitivas ante la Crisis	14
1.2.3. Reacciones Conductuales ante la Crisis	16
1.3. Diferenciación entre Crisis Vitales y Circunstanciales	18
1.3.1. Crisis Vitales	19
1.3.2. Crisis Circunstanciales	19
1.4. Emergencias, Desastres y Catástrofes: Impacto Psicológico y Social 20	
1.4.1. Emergencias	21
1.4.2. Desastres	21
1.4.3. Catástrofes	22
1.5. Importancia de la Intervención en Crisis	24
Glosario	24
1.6. Efectos de las Intervenciones Tempranas en la Salud Mental y Emocional	25
- Impacto Social y Comunitario	26
Elementos de cierre - Capítulo 1	26
- Resumen de ideas clave	27
- Autoevaluación	27
- Actividad de aplicación	28
- Tarea autónoma	28
Referencias bibliográficas	29
CAPÍTULO 2. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS	30
- Elementos de apertura del capítulo	31

- Objetivos de aprendizaje del capítulo	32
- Preguntas para guiar la lectura	32
Introducción del capítulo	32
2.1. Fundamentos de los Primeros Auxilios Psicológicos	33
2.2. Objetivos de los Primeros Auxilios Psicológicos	35
- Glosario	37
2.3. Principios rectores de los Primeros Auxilios Psicológicos	37
2.4. Modelos de intervención en Primeros Auxilios Psicológicos	40
b) B - Buena respiración	41
a) C - Categorizar necesidades	42
a) D - Derivar	43
a) E - Educar	43
2.5. Ámbitos de aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos	48
2.6. Competencias del profesional que aplica Primeros Auxilios Psicológicos	51
2.7. Consideraciones éticas y culturales en la intervención	53
2.8. Obstáculos comunes y errores frecuentes	55
Elementos de cierre- Capítulo 2	57
Resumen de ideas clave	57
- Autoevaluación	58
- Actividad de aplicación	58
- Preguntas para el análisis:	58
- Tarea autónoma	58
Referencias bibliográficas	60
CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA CONDUCTA SUICIDA	62
- Elementos de apertura del capítulo	62
- Objetivos de aprendizaje del capítulo	63
- Preguntas para guiar la lectura	63
Introducción a la conducta suicida	63
3.1.1 Definiciones clínicas fundamentales:	63
3.2. Perspectiva dimensional y fenomenológica	64
3.2.1 Perspectiva dimensional: un continuo de gravedad.	64

3.2.2. Perspectiva fenomenológica: comprender desde la vivencia	65
3.3. Implicaciones clínicas	65
3.3.1 Magnitud del problema: cifras globales y nacionales	66
3.3.2. Cifras en Ecuador	66
3.4. Factores de riesgo y factores protectores	67
3.4.1 Factores de riesgo	67
3.4.2. Factores protectores	68
3.5.1 Estigma y mitos frecuentes sobre el suicidio	68
3.5.2 Modelos explicativos contemporáneos de la conducta suicida	70
- La Teoría Interpersonal del Suicidio (IPTS)	71
- Modelo Cognitivo de Beck	71
- Modelo del suicidio como proceso	71
3.5.3 Evaluación del riesgo suicida	72
3.6. Herramientas psicométricas complementarias	75
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (ERSP)	76
- Escala de Ideación Suicida de Beck (Beck Scale for Suicide Ideation, BSI)	76
□ Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) 76	
□ SAD PERSONS Scale	76
□ Conclusión didáctica	77
3.6.1. Categorización del riesgo y toma de decisiones	77
3.6.2. Principios éticos en la intervención en crisis suicida	79
- El respeto a la vida como principio rector	80
- Aliviar el sufrimiento sin fomentar la muerte	80
- Respeto por la autonomía en condiciones de vulnerabilidad	80
- Justicia y equidad en la atención	81
- Responsabilidad profesional y compromiso social	81
3.6.3. Estrategias de intervención psicológica inmediata	82
3.7. Principios fundamentales	82
3.8. Consideraciones contextuales	85
- Contexto comunitario y redes de soporte	87
Elementos de cierre- Capítulo 3	88
B. Resumen	88

- Autoevaluación formativa	89
- Actividad de aplicación práctica	90
- Indicaciones para el estudiante:	90
- Glosario	90
Referencias bibliográficas	91
CAPÍTULO 4. AUTOCUIDADO DEL INTERVINIENTE	96
Elementos de apertura	97
- Reflexión inicial:	98
- Objetivos de aprendizaje del capítulo	98
- Preguntas para guiar la lectura	98
4.1 Introducción al autocuidado del interviniente	99
4.1.1 Definición de autocuidado profesional	99
4.1.2 Relevancia del autocuidado en contextos de emergencia y crisis	100
4.1.3 Marco ético del autocuidado en psicología	101
4.2. Riesgos psicoemocionales del trabajo en crisis	102
4.2.1 Estrés traumático secundario	102
4.2.2 Fatiga por compasión	103
4.2.3 Burnout	105
4.2.4 Trastorno de estrés postraumático vinculado a la exposición indirecta	106
Glosario	108
4.3. Factores protectores y estrategias de autocuidado	109
4.3.1 Autoconocimiento y autoevaluación continua	109
4.3.2 Establecimiento de límites profesionales	110
4.3.3 Rutinas de recuperación y descanso	111
4.3.4 Supervisión clínica y apoyo entre pares	112
4.3.5 Espiritualidad y sentido de propósito	114
4.3.6 Autoevaluación del nivel actual de autocuidado	115
4.3.7 Consejos destacados para implementar cambios sostenibles..	116
4.4. Plan personal de autocuidado	117
4.4.1 Dimensiones clave: física, emocional, social, cognitiva y espiritual	117

4.4.2 Elementos para un plan efectivo: realismo, flexibilidad, seguimiento	119
4.4.3. Ejemplo de plan semanal de autocuidado	121
4.4.4. Consideraciones para la implementación	122
4.4.5. Recurso pedagógico interno	123
4.4.6. Plantilla editable de plan personal de autocuidado	123
Resumen del capítulo	125
- Preguntas de autoevaluación / revisión	126
- Actividad de aplicación	127
- Actividad individual	127
- Actividad grupal	127
- Fundamentación	127
- Glosario	128
Referencia bibliográfica:	129

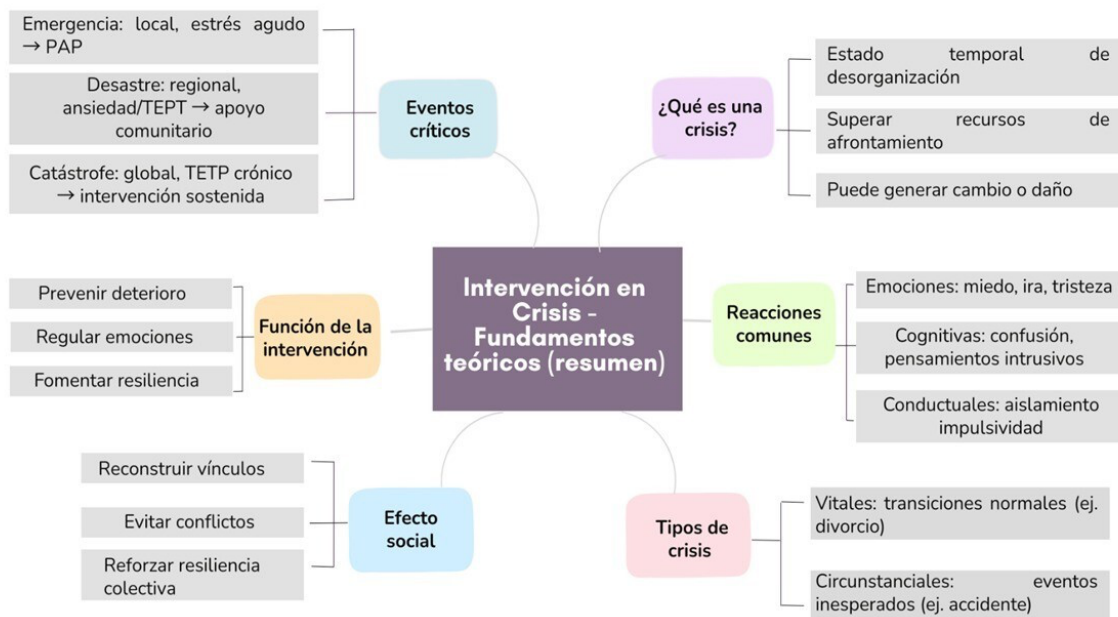
CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Elementos de apertura del capítulo

“Las crisis no sólo sacuden, también revelan fortalezas que desconocíamos.”
– A. R. Roberts (2005)

Camila, una estudiante universitaria de 20 años, acaba de enterarse del fallecimiento inesperado de su madre. Desde el momento en que recibió la noticia, experimenta episodios de llanto incontrolable, dificultad para dormir y una sensación de vacío constante. Ha dejado de asistir a clases y evita todo contacto con sus compañeros. Su entorno académico está preocupado, pero no saben cómo acercarse. ¿Qué tipo de ayuda necesita Camila? ¿Estamos frente a una crisis emocional o a un trastorno psicológico?

Figura 1. Mapa conceptual del capítulo: Fundamentos Teóricos de la



Intervención en Crisis

Fuente: elaboración propia.

Objetivos de aprendizaje del capítulo

Al finalizar el estudio de este capítulo, se espera que el estudiante sea capaz de:

1. Identificar los conceptos fundamentales y marcos teóricos que sustentan la intervención en crisis.
2. Describir las diferentes manifestaciones psicológicas que se presentan en situaciones de crisis.
3. Distinguir entre crisis vitales y circunstanciales, así como entre emergencias, desastres y catástrofes.
4. Evaluar el impacto psicosocial de eventos críticos en individuos y comunidades.
5. Determinar las necesidades de intervención específicas según el tipo y magnitud del evento crítico.
6. Valorar la importancia de la intervención temprana en situaciones de crisis.

Preguntas para guiar la lectura

1. ¿Cómo se define una crisis desde la perspectiva psicológica?
2. ¿Cuáles son las reacciones más comunes ante eventos críticos y cómo se diferencian?
3. ¿Qué características distinguen una emergencia de un desastre o una catástrofe?
4. ¿Por qué es relevante intervenir de forma temprana en contextos de crisis?

Introducción del capítulo

La intervención en crisis constituye un campo fundamental dentro de la psicología clínica aplicada a contextos de emergencia, al permitir una respuesta especializada ante situaciones que desbordan las capacidades de afrontamiento de los individuos y las comunidades. Comprender sus fundamentos teóricos no solo es relevante para el desarrollo académico del futuro profesional, sino también para la construcción de una práctica ética, contextualizada y eficaz frente a eventos críticos de diversa índole.

Este capítulo introduce los conceptos centrales que sustentan la intervención psicológica en crisis, partiendo de la definición estructural de crisis y sus diversas manifestaciones. Se abordan las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales que suelen emerger ante eventos traumáticos, destacando su función adaptativa, pero también su potencial para cronificarse si no se interviene adecuadamente. Además, se diferencia entre crisis vitales y circunstanciales, y se analiza el impacto diferencial de las emergencias, desastres y catástrofes, elementos clave para comprender el nivel de afectación y el tipo de respuesta requerida.

Finalmente, se reflexiona sobre la importancia de intervenir tempranamente en estos escenarios, no solo para prevenir el deterioro psicológico individual, sino también para mitigar los efectos sociales y fortalecer la resiliencia comunitaria. A lo largo del capítulo, se plantea un enfoque integrador, fundamentado en la evidencia científica y orientado a la formación de psicólogos clínicos competentes para actuar con responsabilidad, sensibilidad cultural y rigor profesional en situaciones de crisis.

1.1. Concepto de Crisis

La crisis, como fenómeno psicológico, se define como un estado de desorganización emocional y funcional que ocurre cuando un individuo enfrenta un evento que excede su capacidad habitual de afrontamiento. Este estado está caracterizado por un intenso malestar emocional, desorientación cognitiva y alteraciones conductuales que, si no se gestionan adecuadamente, pueden conducir a consecuencias psicológicas graves, como el desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión o estrés postraumático (Slaikeu, 1996; Roberts, 2005).

Desde un punto de vista teórico, Lindemann (1944) sentó las bases para comprender las crisis al analizar las respuestas emocionales tras eventos traumáticos, destacando que estos momentos críticos no solo representan riesgo, sino también oportunidades para el cambio y el crecimiento personal. Este marco conceptual ha evolucionado para incluir múltiples perspectivas, desde enfoques cognitivo-conductuales hasta sistémicos, que abordan la complejidad de las crisis en contextos individuales y colectivos (Yeager y Roberts, 2015).

- **Glosario:**

Crisis: estado temporal de desorganización que ocurre cuando un individuo enfrenta un evento que supera su capacidad habitual de afrontamiento.

1.2. Reacciones Comunes ante la Crisis

Las crisis son experiencias profundamente disruptivas que provocan una variedad de reacciones en las personas afectadas. Estas respuestas pueden clasificarse en tres dimensiones principales: emocionales, cognitivas y conductuales. Comprender estas reacciones es esencial para diseñar

intervenciones psicológicas efectivas, ya que permite a los profesionales identificar patrones de respuesta y adaptar estrategias de apoyo de manera individualizada (Slaikeu, 1996; Yeager y Roberts, 2015).

1.2.1. Reacciones emocionales

Las reacciones emocionales son respuestas inmediatas y naturales del sistema humano ante el impacto de un evento traumático. Estas emociones iniciales cumplen un propósito adaptativo, ya que movilizan los recursos psicológicos necesarios para enfrentar la situación. Sin embargo, en ausencia de intervenciones oportunas, estas respuestas pueden volverse disfuncionales y cronificarse, afectando significativamente el bienestar de los individuos. Emociones como el miedo, la tristeza, la ansiedad y la ira son comunes en contextos de crisis, y su intensidad y manifestación varían según factores culturales, sociales y personales (Hobfoll et al., 2007; James y Gilliland, 2016).

El miedo y la ansiedad son ejemplos de respuestas adaptativas diseñadas para proteger al individuo frente a amenazas percibidas. Estas emociones activan el sistema nervioso simpático, preparando al cuerpo para responder mediante mecanismos de lucha, huida o congelamiento. Aunque inicialmente funcionales, estas emociones pueden transformarse en patologías psicológicas, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) o el trastorno de ansiedad generalizada, cuando la amenaza se prolonga o la percepción de peligro no desaparece (Roberts, 2005). Por ejemplo, en un desastre natural, el miedo puede ser una respuesta adaptativa que impulsa a las personas a buscar refugio. Sin embargo, si esta emoción persiste tras superarse el peligro, puede evolucionar hacia síntomas como hipervigilancia o pesadillas recurrentes relacionadas con el evento traumático (Hobfoll et al., 2007).

La tristeza, por otro lado, es una reacción emocional frecuente y esperada ante pérdidas significativas, como la muerte de un ser querido o la destrucción de bienes materiales. Esta emoción cumple una función adaptativa al permitir que las personas procesen el impacto del evento. Sin embargo, cuando la tristeza se intensifica y se combina con una sensación de impotencia para enfrentar las circunstancias, puede transformarse en desesperanza, un estado emocional estrechamente vinculado al desarrollo de trastornos depresivos, especialmente en contextos donde las fuentes de apoyo emocional o material son limitadas (Norris et al., 2002; Pfefferbaum y North, 2020). Además, el manejo de estas emociones varía culturalmente. En culturas colectivistas, la tristeza se vive como una experiencia compartida, lo que facilita el acceso al apoyo emocional. En cambio, en culturas individualistas, las personas suelen

enfrentar estas emociones de manera privada, lo que incrementa el riesgo de aislamiento y agrava el estado emocional (Inter-Agency Standing Committee, 2007).

La ira es otra emoción común en situaciones de crisis, a menudo provocada por una percepción de injusticia, impotencia o falta de control. Aunque puede ser adaptativa al motivar acciones correctivas, también puede derivar en comportamientos destructivos si no se maneja adecuadamente. Por ejemplo, en contextos de emergencia médica con recursos limitados, las personas pueden experimentar frustración hacia las autoridades, lo que podría desencadenar conflictos o conductas agresivas. Durante la pandemia de COVID-19, la ira colectiva se manifestó en protestas y rechazo hacia las medidas gubernamentales, ilustrando cómo esta emoción, si no se gestiona adecuadamente, puede amplificar el malestar colectivo y dificultar la recuperación social (James y Gilliland, 2016; Pfefferbaum y North, 2020).

Comprender la naturaleza interconectada de las reacciones emocionales es crucial para el diseño de intervenciones efectivas en el ámbito de la psicología clínica y de emergencia. Por ejemplo, la tristeza puede amplificar el miedo, mientras que la ira puede aumentar la ansiedad. Sin intervenciones oportunas, estas emociones pueden cronificarse y dificultar significativamente la recuperación. Según Hobfoll et al. (2007), promover seguridad y calma en las etapas iniciales de una crisis es esencial para evitar que estas respuestas evolucionen hacia trastornos psicológicos graves. Técnicas como la validación emocional, la promoción de la calma y la reestructuración cognitiva son herramientas fundamentales para ayudar a los afectados a manejar sus emociones de manera adaptativa, evitando su cronificación y facilitando un proceso de recuperación integral (James y Gilliland, 2016; Cavaiola y Colford, 2018).

- **Pregunta para reflexionar:**

¿Cómo influye la cultura en la forma en que las personas expresan y manejan emociones como la tristeza o la ira en una crisis?

1.2.2. Reacciones Cognitivas ante la Crisis

Las reacciones cognitivas durante una crisis son respuestas automáticas del cerebro que reflejan su esfuerzo por procesar y dar sentido a un evento traumático. Estas respuestas, que incluyen confusión, pensamientos intrusivos, dificultad para concentrarse y distorsiones cognitivas, pueden ser inicialmente adaptativas al ayudar a la persona a enfrentar una situación de alta demanda.

Sin embargo, si no se gestionan adecuadamente, estas reacciones pueden perpetuar el malestar emocional y obstaculizar la recuperación psicológica (Hobfoll et al., 2007; Roberts, 2005).

Una de las reacciones cognitivas más comunes es la confusión, que a menudo se acompaña de dificultades para concentrarse. Estas respuestas son el resultado de una sobrecarga en los sistemas cognitivos, que intentan procesar simultáneamente las demandas emocionales, sociales y prácticas impuestas por la crisis. Por ejemplo, una persona que experimenta un terremoto puede tener problemas para recordar detalles cruciales, como las instrucciones de evacuación, debido a la sobrecarga de información y al impacto emocional del evento (James y Gilliland, 2016). Este tipo de dificultad puede interferir significativamente con la toma de decisiones críticas en momentos clave. Además, el contexto cultural influye en la percepción de estas respuestas. En culturas donde se valora la eficiencia individual, como en Estados Unidos, la confusión puede ser vista como una incapacidad, aumentando el estrés del afectado. En cambio, en culturas colectivistas, donde las decisiones se toman en grupo, el apoyo comunitario puede mitigar estos efectos (Inter-Agency Standing Committee, 2007).

Otra reacción frecuente son los pensamientos intrusivos, que consisten en recuerdos recurrentes e involuntarios del evento traumático. Estos pensamientos suelen ir acompañados de imágenes vívidas o sensaciones intensas, como el sonido de una explosión o el olor de humo en un incendio (Pfefferbaum y North, 2020). Por ejemplo, una enfermera que trabajó durante la pandemia de COVID-19 puede revivir mentalmente escenas de pacientes falleciendo, lo que interfiere con su capacidad para relajarse o dormir (Everly y Mitchell, 2006). Además de perpetuar la ansiedad, estos pensamientos intrusivos pueden desencadenar respuestas físicas, como aumento de la frecuencia cardíaca o sudoración, y, si no se intervienen, pueden contribuir al desarrollo de trastornos como el estrés postraumático (Norris et al., 2002).

Las distorsiones cognitivas son otro patrón común en el procesamiento de eventos traumáticos. Estas interpretaciones erróneas o desadaptativas de la realidad incluyen pensamientos catastróficos, creencias de culpa irracional y la percepción de que la situación es insuperable (Cavaiola y Colford, 2018). Por ejemplo, una persona que pierde su hogar en un incendio puede asumir que fue su culpa por no haber revisado los sistemas eléctricos, aunque no exista evidencia que lo confirme. Este tipo de pensamiento puede intensificar sentimientos de culpa y desesperanza, complicando la recuperación emocional (Hobfoll et al., 2007).

Las reacciones cognitivas también varían según la edad. Los niños tienden a desarrollar pensamientos egocéntricos en situaciones de crisis, creyendo que son responsables de los eventos, lo que aumenta sus sentimientos de culpa y vulnerabilidad emocional. En contraste, los adultos mayores tienden a interpretar los eventos críticos como pérdidas totales e irreversibles, debido a su mayor sensación de vulnerabilidad frente a los cambios y a su percepción limitada de control sobre el entorno (James y Gilliland, 2016).

Por último, las reacciones cognitivas no ocurren de manera aislada; interactúan constantemente con las respuestas emocionales, formando ciclos de retroalimentación que perpetúan el malestar psicológico. Por ejemplo, un pensamiento intrusivo sobre un accidente puede desencadenar una reacción emocional intensa de miedo, que a su vez dificulta la concentración, reforzando la percepción de peligro. Este ciclo puede convertirse en un patrón disfuncional si no se interviene de manera oportuna (Everly y Mitchell, 2006). Comprender esta interacción entre los aspectos cognitivos y emocionales es esencial para el diseño de intervenciones efectivas que interrumpan estos patrones y promuevan la recuperación integral.

- **Glosario:**

Pensamientos intrusivos: recuerdos o imágenes involuntarias y recurrentes del evento traumático, que generan malestar psicológico.

1.2.3. Reacciones Conductuales ante la Crisis

Las reacciones conductuales son manifestaciones observables que reflejan cómo los individuos responden a un evento traumático. Estas conductas, que pueden variar desde patrones adaptativos hasta respuestas desadaptativas, son influenciadas por factores emocionales, cognitivos y contextuales. Abordarlas es crucial en el proceso de intervención en crisis, ya que pueden facilitar la recuperación o, en ausencia de manejo adecuado, perpetuar el malestar psicológico y dificultar el restablecimiento del bienestar (Hobfoll et al., 2007; Inter-Agency Standing Committee, 2007).

Entre las respuestas conductuales más comunes se encuentra el retraimiento social, que a menudo implica el aislamiento del entorno como una forma de autoprotección emocional. Aunque este comportamiento puede ser inicialmente funcional, su prolongación puede intensificar la sensación de soledad y agravar el malestar psicológico. Por ejemplo, tras un desastre natural, una persona puede evitar reuniones comunitarias o el contacto con familiares debido a sentimientos de vergüenza o desesperanza, lo que limita su recuperación social y emocional (Norris et al., 2002). Este retraimiento,

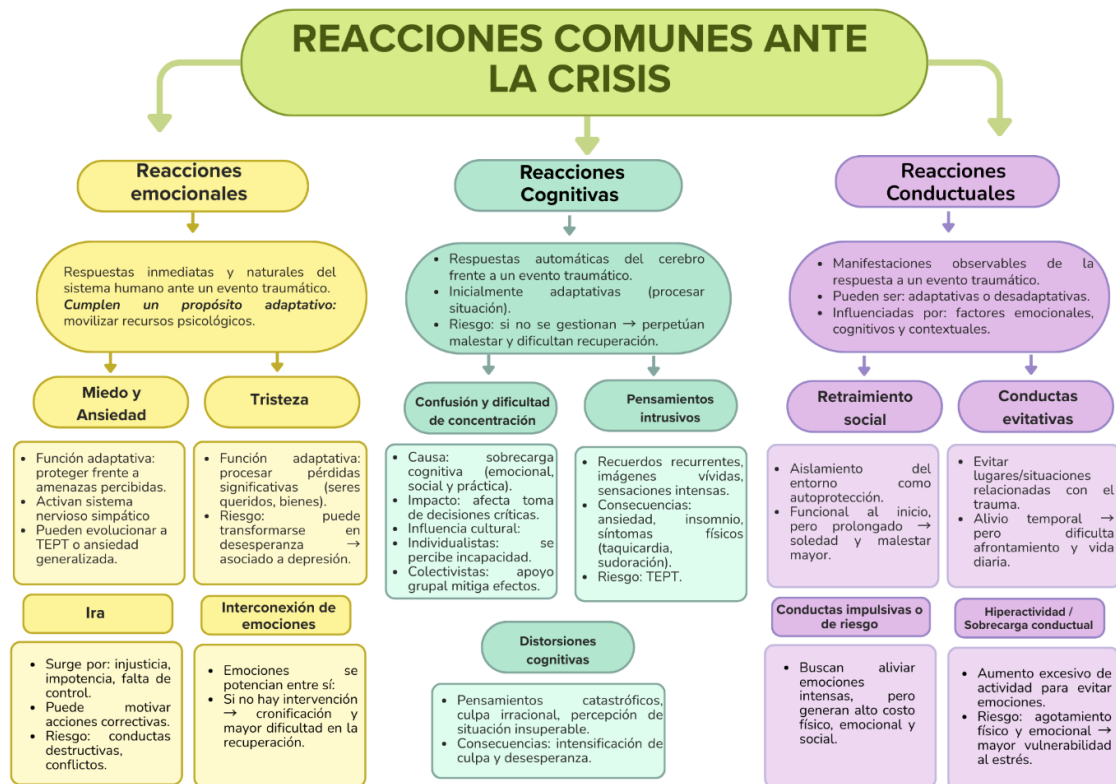
además, varía según el contexto cultural. En culturas colectivistas, se percibe como atípico y puede generar intentos comunitarios de reintegrar al individuo. En contraste, en sociedades individualistas, esta conducta puede pasar desapercibida, aumentando el riesgo de cronificación del malestar emocional (Inter-Agency Standing Committee, 2007).

Las conductas evitativas también son frecuentes en quienes enfrentan una crisis. La evitación de lugares, situaciones o actividades asociadas con el evento traumático puede ofrecer un alivio temporal, pero a largo plazo dificulta el afrontamiento y la funcionalidad diaria. Por ejemplo, un sobreviviente de un accidente automovilístico puede evitar conducir, lo que restringe su movilidad y afecta su vida laboral y social. Sin intervención, esta conducta puede evolucionar hacia una fobia situacional, intensificando el malestar psicológico y limitando aún más la calidad de vida (Pfefferbaum y North, 2020). La evitación perpetúa la percepción de peligro, dificultando el procesamiento emocional del evento y prolongando el sufrimiento psicológico (Hobfoll et al., 2007).

Por otro lado, algunas personas reaccionan mediante conductas impulsivas o de riesgo, como el abuso de sustancias, autolesiones o conductas agresivas. Estas respuestas, aunque intentan aliviar emociones intensas, conllevan un alto costo emocional, físico y social. Durante la pandemia de COVID-19, por ejemplo, se documentó un aumento significativo en el consumo de alcohol como estrategia para afrontar el estrés, lo que agravó los problemas de salud mental y complicó el proceso de recuperación (Pfefferbaum y North, 2020).

Otro patrón conductual es la hiperactividad o sobrecarga conductual, caracterizada por un aumento drástico en el nivel de actividad para evitar enfrentar las emociones asociadas a la crisis. Por ejemplo, un trabajador de emergencias tras un desastre puede sobrecargarse de tareas logísticas para evitar reflexionar sobre las pérdidas sufridas. Aunque esta hiperactividad puede parecer funcional en el corto plazo, a largo plazo puede conducir al agotamiento físico y emocional, exacerbando la vulnerabilidad al estrés (Roberts, 2005).

Estas respuestas conductuales no ocurren de manera aislada; están profundamente interrelacionadas con las reacciones emocionales y cognitivas. Por ejemplo, la evitación de un lugar asociado al trauma puede estar impulsada por pensamientos intrusivos, como "podría pasar otra vez", y emociones intensas de miedo. Este ciclo de retroalimentación negativa refuerza las respuestas desadaptativas y dificulta el proceso de recuperación (Hobfoll et al., 2007).



Comprender estas dinámicas es fundamental para formar a los profesionales en psicología clínica y de emergencia. Reconocer cómo los factores culturales, etarios y sociales influyen en las respuestas conductuales permite diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades específicas de los afectados. Este enfoque integral aumenta la efectividad de las estrategias de intervención y contribuye significativamente a mitigar el impacto psicológico y social de las crisis (Inter-Agency Standing Committee, 2007; Pfefferbaum y North, 2020).

• **Consejo profesional:**

Observar los patrones conductuales que aparecen tras una crisis permite anticipar riesgos y aplicar estrategias que prevengan la cronificación del malestar.

1.3. Diferenciación entre Crisis Vitales y Circunstanciales

En el ámbito de la psicología clínica y de emergencia, la diferenciación entre crisis vitales y circunstanciales es esencial para diseñar intervenciones adecuadas y efectivas. Si bien ambas comparten la característica de desbordar temporalmente los recursos de afrontamiento de los individuos, difieren en su origen, impacto psicológico y las demandas específicas que plantean para la intervención (Slaikeu, 1996).

1.3.1. Crisis Vitales

Las crisis vitales se producen en el contexto de transiciones normales del ciclo de vida. Aunque estas situaciones son predecibles y forman parte del desarrollo humano, pueden convertirse en eventos estresantes si los recursos psicológicos, sociales o materiales del individuo no son suficientes para manejarlas. Ejemplos de crisis vitales incluyen etapas como la adolescencia, el matrimonio, el nacimiento de un hijo, el divorcio, la jubilación y el envejecimiento (Slaikeu, 1996; Roberts, 2005).

Por ejemplo, la jubilación, aunque anticipada, puede generar una crisis al desafiar la identidad personal, especialmente en culturas donde el trabajo constituye una fuente primaria de significado y estatus social. En este contexto, los individuos pueden experimentar sentimientos de inutilidad, pérdida de propósito e incluso aislamiento social. Hobfoll et al. (2007) subrayan que la intervención en estas circunstancias debe enfocarse en la reconstrucción del sentido de autoeficacia y en la creación de nuevas redes de apoyo que sustituyan las interacciones laborales.

Un caso ilustrativo es el de una persona que ha dedicado su vida al ejercicio profesional y, tras jubilarse, se siente desconectada de los roles que antes definían su identidad. Este cambio puede derivar en un deterioro de la autoestima y en una percepción de inutilidad. En estos casos, es crucial que los profesionales faciliten la exploración de nuevos intereses y actividades que refuercen la identidad y promuevan la resiliencia (Cavaiola y Colford, 2018).

1.3.2. Crisis Circunstanciales

Por otro lado, las crisis circunstanciales son eventos inesperados que interrumpen abruptamente el curso habitual de la vida. Estos eventos incluyen accidentes, enfermedades repentinas, desastres naturales, pérdidas súbitas y situaciones de violencia. A diferencia de las crisis vitales, las crisis circunstanciales no forman parte de las transiciones esperadas del ciclo de vida, lo que las hace más traumáticas y disruptivas (Norris et al., 2002).

Un ejemplo típico de crisis circunstancial es un accidente automovilístico, que puede provocar lesiones físicas, miedo persistente a conducir y un profundo impacto emocional. Este tipo de experiencia puede derivar en trastornos psicológicos como el estrés postraumático (TEPT), especialmente si la persona estuvo expuesta a amenazas directas contra su vida (Pfefferbaum y North, 2020).

Los estudios de Norris et al. (2002) han demostrado que las personas afectadas por este tipo de crisis requieren intervenciones inmediatas que estabilicen sus respuestas emocionales y cognitivas. Técnicas como la regulación emocional y la reestructuración cognitiva son fundamentales para ayudar a los individuos a manejar el impacto psicológico del evento. Además, es esencial abordar las implicaciones prácticas, como el manejo del trauma físico y la reorganización de las rutinas diarias, para facilitar una recuperación integral.

Tabla 1. Diferencias entre crisis vitales y circunstanciales

Aspecto	Crisis Vitales	Crisis Circunstanciales
Origen	Transiciones esperadas del ciclo de vida	Eventos inesperados y disruptivos
Impacto psicológico	Desafíos en la adaptación a nuevos roles	Respuestas traumáticas intensas
Intervenciones requeridas	Apoyo para la transición, fortalecimiento de redes	Estabilización emocional, afrontamiento del trauma

Fuente: Elaboración propia con base en Slaikeu (1996) y Roberts (2005).

La diferenciación entre crisis vitales y circunstanciales permite a los profesionales de la psicología clínica y de emergencia personalizar las estrategias de intervención. Mientras que las crisis vitales requieren un enfoque preventivo y de fortalecimiento de recursos personales, las circunstanciales exigen intervenciones inmediatas que estabilicen a los afectados y minimicen las secuelas psicológicas. Además, comprender estas diferencias capacita a los estudiantes y profesionales para anticipar las necesidades de los afectados y proporcionar un apoyo eficaz que promueva la resiliencia y la recuperación (Roberts, 2005; Hobfoll et al., 2007).

1.4. Emergencias, Desastres y Catástrofes: Impacto Psicológico y Social

La distinción entre emergencias, desastres y catástrofes es esencial para comprender los niveles de impacto psicológico y social que generan estos eventos y para planificar intervenciones específicas que respondan a sus demandas únicas. Cada categoría implica diferentes grados de afectación individual y comunitaria, así como distintos niveles de respuesta y recursos necesarios (Hobfoll et al., 2007; Norris et al., 2002).

1.4.1. Emergencias

Las emergencias son eventos que afectan a un número limitado de personas o un área geográfica específica y, generalmente, pueden ser manejadas con los recursos disponibles localmente. Ejemplos comunes incluyen incendios domésticos, accidentes de tráfico o pequeñas inundaciones. Aunque el alcance de estos eventos es menor, pueden desencadenar importantes reacciones psicológicas, especialmente en las personas directamente afectadas.

– **Impacto psicológico y social:**

- Las emergencias suelen provocar estrés agudo, ansiedad y temor en los afectados, especialmente si sus vidas o las de sus seres queridos se ven amenazadas.
- En términos sociales, las emergencias suelen generar una fuerte activación de redes de apoyo inmediato, como familiares y vecinos, lo que puede mitigar el impacto psicológico inicial (Inter-Agency Standing Committee, 2007).

La intervención en emergencias se centra en la estabilización emocional inmediata y la gestión práctica de las necesidades básicas. Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) son particularmente útiles en este contexto, proporcionando apoyo emocional y promoviendo la seguridad y la calma (Hobfoll et al., 2007).

1.4.2. Desastres

Los desastres son eventos de mayor magnitud que desbordan la capacidad de respuesta de las comunidades locales y requieren apoyo externo, tanto a nivel nacional como internacional. Ejemplos incluyen terremotos, huracanes o epidemias. Los desastres no solo causan pérdidas humanas y materiales significativas, sino que también interrumpen la cohesión social y los sistemas de apoyo.

– **Impacto psicológico y social:**

- A nivel individual, los desastres generan un amplio espectro de respuestas emocionales, desde estrés agudo y depresión hasta trastornos de estrés postraumático (TEPT).
- A nivel comunitario, pueden desestabilizar las estructuras sociales y económicas, afectando la capacidad colectiva de recuperación. Las comunidades pueden experimentar pérdida de confianza en las

instituciones y sentimientos de desesperanza generalizada (Norris et al., 2002).

Las intervenciones en desastres deben incluir estrategias tanto individuales como comunitarias. Además de los PAP, es crucial implementar programas de apoyo comunitario que restauren las redes sociales y promuevan la resiliencia colectiva. La intervención psicosocial se convierte en un componente central, abordando tanto las necesidades inmediatas como las de largo plazo (Inter-Agency Standing Committee, 2007).

1.4.3. Catástrofes

Las catástrofes representan el nivel más alto de severidad en esta clasificación. Son eventos que afectan regiones extensas o incluso países enteros, causando daños masivos en términos de vidas humanas, infraestructura y sistemas sociales. Ejemplos incluyen el tsunami de 2004 en el Océano Índico o la pandemia de COVID-19.

– Impacto psicológico y social:

- A nivel individual, las catástrofes pueden generar reacciones psicológicas extremas, como miedo generalizado, trastornos de ansiedad severa y TEPT crónico.
- En términos sociales, las catástrofes desestructuran comunidades enteras, interrumpiendo servicios esenciales y creando un entorno de incertidumbre prolongada. También pueden exacerbar desigualdades preexistentes, afectando desproporcionadamente a poblaciones vulnerables (Pfefferbaum y North, 2020).

Las respuestas ante catástrofes deben ser integrales y sostenidas en el tiempo. Además de los PAP y los programas comunitarios, es necesario incluir enfoques basados en la salud pública que integren apoyo psicosocial con la recuperación económica y social. La planificación a largo plazo y la colaboración internacional son esenciales para abordar las secuelas psicológicas y sociales de estos eventos masivos (Hobfoll et al., 2007).

**EMERGENCIAS, DESASTRES Y CATÁSTROFES:
IMPACTO PSICOLÓGICO Y SOCIAL**

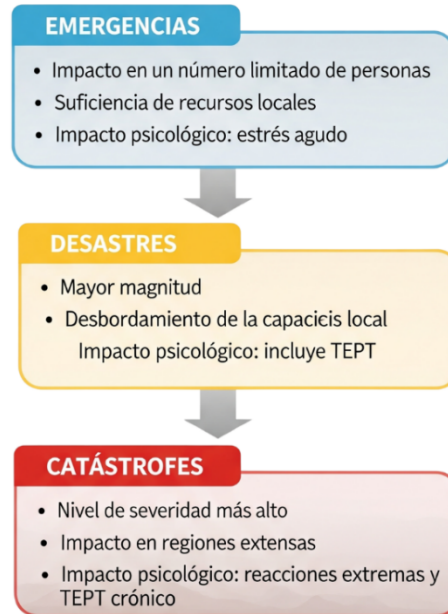


Tabla 2. Diferencias en el impacto y las intervenciones según el tipo de evento crítico

Aspecto	Emergencias	Desastres	Catástrofes
Alcance geográfico	Local	Regional o nacional	Internacional o global
Impacto psicológico	Estrés agudo	Estrés postraumático, ansiedad y depresión	Reacciones extremas, TEPT crónico
Impacto social	Activación de redes locales	Desorganización social	Desestructuración total de comunidades
Intervenciones requeridas	PAP y apoyo inmediato	Intervención psicosocial y comunitaria	Respuesta integral y sostenida

Fuente: Elaboración propia con base en Hobfoll et al. (2007), Norris et al. (2002) y Pfefferbaum y North (2020).

Entender las diferencias entre emergencias, desastres y catástrofes permite a los profesionales adaptar sus estrategias de intervención según el nivel de impacto. Mientras que las emergencias requieren respuestas inmediatas enfocadas en las personas directamente afectadas, los desastres y las catástrofes exigen intervenciones multisectoriales que aborden las necesidades individuales, comunitarias y estructurales.

- **Pregunta para reflexionar:**

¿Qué implicaciones tiene no diferenciar correctamente entre emergencia, desastre y catástrofe al momento de diseñar una intervención psicológica?

1.5. Importancia de la Intervención en Crisis

La intervención en crisis constituye un pilar fundamental dentro de la psicología clínica y de emergencia, ya que aborda los estados de desestabilización emocional y funcional provocados por eventos traumáticos. Su importancia radica no solo en los beneficios inmediatos para la estabilidad emocional, sino también en su impacto a largo plazo sobre individuos, comunidades y sistemas sociales. En este apartado se examinan tres dimensiones clave: la justificación de la intervención inmediata, los efectos de las intervenciones tempranas en la salud mental y emocional, y su impacto social y comunitario.

Glosario

Intervención en crisis: conjunto de acciones psicológicas breves orientadas a estabilizar emocional y funcionalmente a una persona tras un evento crítico.

Las crisis representan momentos críticos en los que los mecanismos habituales de afrontamiento se ven desbordados, haciendo necesaria una intervención inmediata para prevenir complicaciones psicológicas graves, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), la depresión o la ansiedad crónica (Bisson et al., 2009; Hobfoll et al., 2007).

Entre las principales razones para una acción inmediata se encuentran:

1. Prevención del deterioro psicológico: Las intervenciones rápidas estabilizan el estado emocional, evitando que los afectados desarrollen patrones disfuncionales o traumáticos a largo plazo (Slaikeu, 1996).
2. Estabilización y regulación emocional: Las técnicas tempranas ayudan a manejar emociones intensas como el miedo, la desesperanza o la ira, promoviendo la calma y la claridad mental (Hobfoll et al., 2007).

3. Mitigación de riesgos secundarios: En contextos de crisis, las personas pueden recurrir a conductas de riesgo, como el abuso de sustancias o la autolesión. La intervención actúa como un amortiguador contra estas respuestas desadaptativas (Roberts y Ottens, 2005).

Estudios recientes han demostrado que los programas de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) son altamente efectivos para mitigar los impactos emocionales en las primeras etapas de una crisis, reduciendo la progresión hacia trastornos psicológicos crónicos (Pfefferbaum y North, 2020).

1.6. Efectos de las Intervenciones Tempranas en la Salud Mental y



La intervención temprana tiene un impacto transformador en la recuperación emocional y funcional de las personas afectadas, ayudándolas a procesar el trauma y recuperar su estabilidad psicológica. Según Hobfoll et al. (2007), principios como promover la seguridad, fomentar la calma, fortalecer la conexión social, generar autoeficacia y estimular la esperanza son esenciales para este proceso.

Los beneficios principales incluyen:

1. Recuperación psicológica acelerada: Las personas que reciben intervención temprana procesan el trauma de manera más efectiva,

retomando sus actividades cotidianas con menos interrupciones (Bryant, 1999).

2. Fortalecimiento de la resiliencia: Las estrategias terapéuticas aplicadas durante las primeras etapas potencian recursos internos que permiten enfrentar futuros eventos adversos (Paul y Devi, 2021).
3. Reducción de trastornos secundarios: La intervención temprana minimiza la cronificación de síntomas como flashbacks, hipervigilancia o evitación, característicos del TEPT (Bisson et al., 2009).

Por ejemplo, en una comunidad afectada por un terremoto, talleres grupales centrados en la regulación emocional y el apoyo mutuo resultaron en una disminución del estrés percibido y un incremento en la cohesión social (Pfefferbaum y North, 2020).

– **Impacto Social y Comunitario**

Las crisis afectan no solo a los individuos, sino también a las estructuras sociales, generando disrupciones en el tejido comunitario. Las intervenciones en crisis tienen un impacto significativo en la restauración de la cohesión social, la prevención de conflictos y el desarrollo de capacidades colectivas.

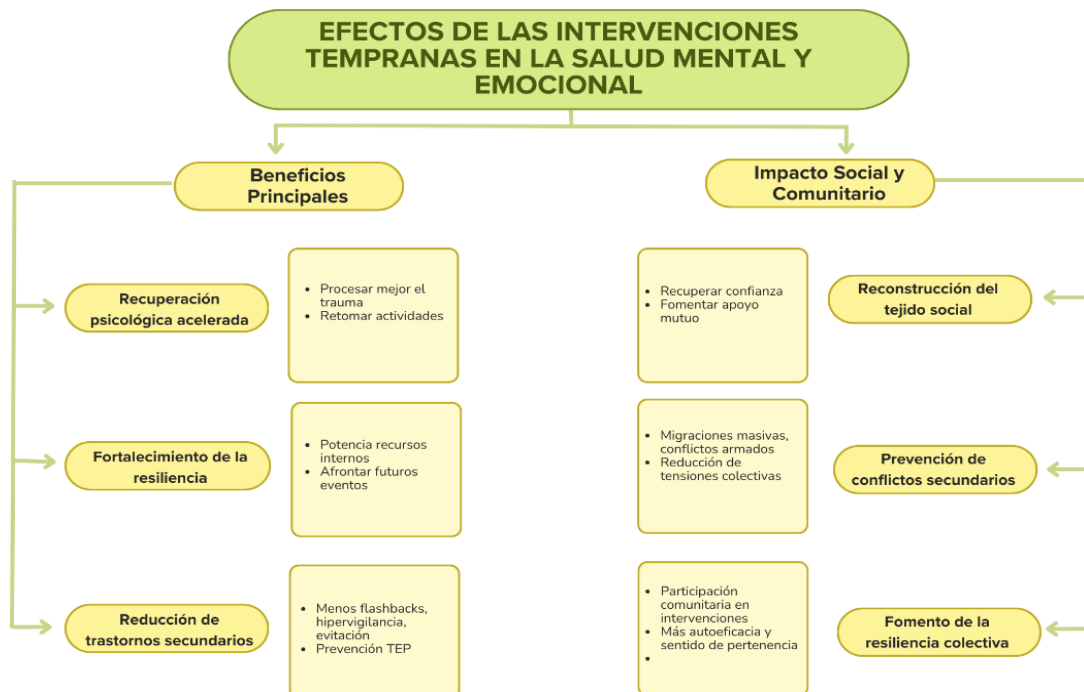
Entre las principales dimensiones del impacto social se destacan:

1. Reconstrucción del tejido social: Las crisis pueden fracturar las relaciones comunitarias. Las intervenciones grupales restauran la confianza y fomentan el apoyo mutuo (Sepúlveda-Hernández et al., 2021).
2. Prevención de conflictos sociales secundarios: En contextos prolongados, como migraciones masivas o conflictos armados, las intervenciones psicológicas reducen tensiones y previenen conflictos derivados del estrés colectivo (Pfefferbaum y North, 2020).
3. Fomento de la resiliencia colectiva: Al involucrar a las comunidades en programas de intervención, estas adquieren herramientas para responder mejor a futuros eventos adversos, fortaleciendo la autoeficacia y el sentido de pertenencia.

Elementos de cierre - Capítulo 1

• Resumen de ideas clave

El capítulo ha presentado los fundamentos teóricos esenciales para comprender e intervenir en situaciones de crisis. Se abordaron las definiciones clave del concepto de crisis, sus reacciones emocionales, cognitivas y conductuales, así como las diferencias entre crisis vitales y circunstanciales. También se examinó el impacto diferencial de las emergencias, desastres y catástrofes sobre el bienestar psicológico y social, y se destacó la importancia de una intervención temprana y profesional. Estos conocimientos constituyen la base para una práctica clínica sensible, contextualizada y eficaz en



escenarios críticos.

• Autoevaluación

1. Defina el concepto de crisis desde la perspectiva psicológica y mencione al menos dos elementos que permiten distinguirla de un trastorno mental.
2. Señale las principales diferencias entre las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales ante una situación de crisis. Incluya un ejemplo ilustrativo para cada tipo de reacción.

3. Analice de qué manera la edad y el contexto sociocultural pueden influir en las respuestas psicológicas ante una crisis. Presente un ejemplo concreto.
4. Seleccione la opción correcta. ¿Cuál de las siguientes situaciones corresponde a una crisis circunstancial?
 - a. Matrimonio planificado
 - b. Muerte súbita de un familiar
 - c. Nacimiento de un hijo deseado
 - d. Ingreso a la universidad
 - e. Indique si es verdadero o falso:
5. "Las emergencias, desastres y catástrofes generan el mismo nivel de impacto psicológico en todas las personas, sin importar sus recursos personales o sociales." Justifique brevemente la respuesta.
6. Enumere al menos tres beneficios fundamentales de la intervención psicológica temprana en crisis y explique su relevancia en el proceso de recuperación emocional y funcional.

- **Actividad de aplicación**

Lee el siguiente caso y responde las preguntas:

Caso: Juan, un joven de 28 años, sobrevive a un derrumbe durante un terremoto. Desde el suceso, experimenta insomnio, pensamientos intrusivos, evita pasar por la zona del evento y se ha aislado socialmente.

Preguntas:

- ¿Qué tipo de reacciones psicológicas observas en el caso?
- ¿Este caso corresponde a una crisis vital o circunstancial? Justifica tu respuesta.
- ¿Qué tipo de intervención inicial sería recomendable para Juan?

Tarea autónoma

Investigue un evento reciente en su país que pueda considerarse una emergencia, desastre o catástrofe. Describa brevemente el evento y analice el tipo de impacto psicológico y social que pudo haber generado. Entregue un informe breve (1 a 2 páginas) con las conclusiones, utilizando al menos una fuente bibliográfica académica actualizada.

Referencias bibliográficas

- Bisson, J. I., y Lewis, C. (2009). Systematic review of psychological first aid. World Health Organization, War Trauma Foundation & World Vision International. <https://www.who.int/publications/m/item/systematic-review-of-psychological-first-aid>
- Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M., y Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1780-1786. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.11.1780>
- Cavaiola, A., y Colford, J. (2018). *Crisis Intervention: A Practical Guide*. SAGE Publications
- Everly, G. S., Jr., y Mitchell, J. T. (2006). *Critical incident stress management (CISM): Group crisis intervention (3rd ed.)*. International Critical Incident Stress Foundation.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... y Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283-315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. <https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2020-11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf>
- James, R. K., y Gilliland, B. E. (2016). *Crisis intervention strategies (8th ed.)*. Cengage Learning.
- Lindemann, E. (1944). Sintomatología y manejo del duelo agudo. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., y Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), 207-239.
- Paul, M. T. P. V., & Devi, N. U. (2021). Managing mental & psychological wellbeing amidst COVID-19 pandemic: Positive psychology

interventions. *American Journal of Humanities and Social Sciences Research*, 4(3), 121-131.

Pfefferbaum, B., y North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>

Roberts, A. R. (Ed.). (2005). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (3.ª ed.). Oxford University Press

Roberts, A. R., y Ottens, A. J. (2005). The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329-339. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhi030>

Sepúlveda-Hernández, E. (2021). Sentipensar la pandemia COVID-19 desde la sistematización de la experiencia en Trabajo Social: Reflexiones del profesor Oscar Jara Holliday. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (31), 131-150. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i31.106533>

Slaikeu, K. A. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. Manual Moderno.

Yeager, KR, y Roberts, AR (2015). *Manual de intervención en crisis: evaluación, tratamiento e investigación* (4.ª ed.). Oxford University Press

CAPÍTULO 2. PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

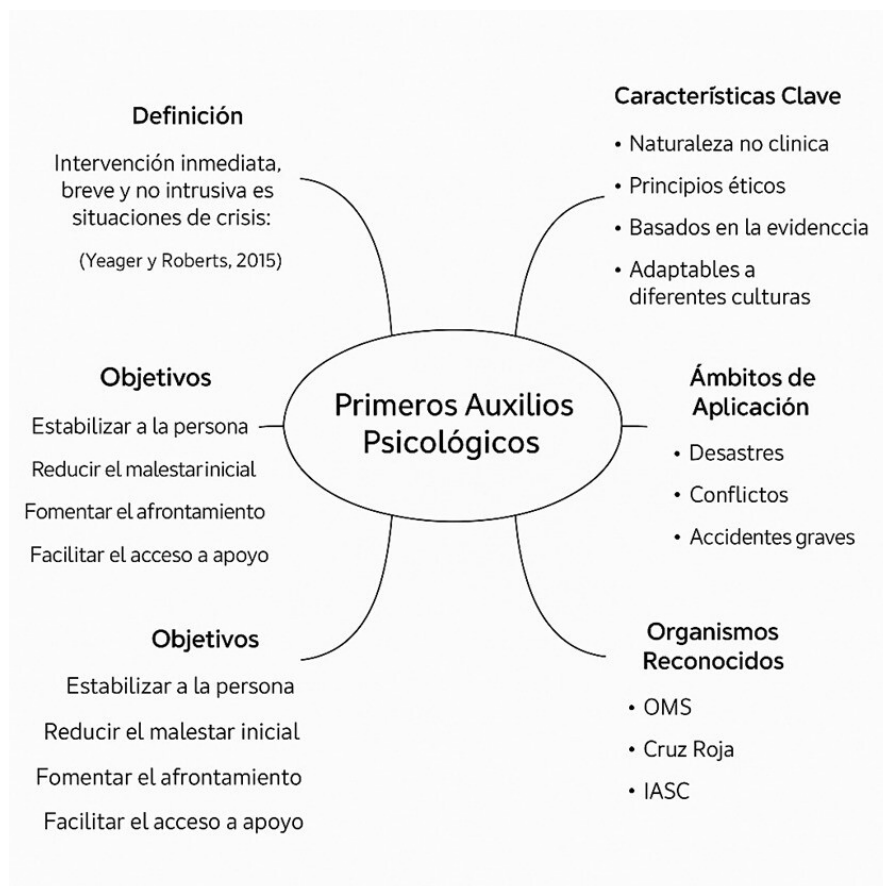
- **Elementos de apertura del capítulo**

“En tiempos de crisis, el mayor acto de humanidad es escuchar sin interrumpir.”

– Yeager y Roberts (2015)

Andrea, una joven de 24 años, fue evacuada de su vivienda durante la madrugada debido a una fuerte inundación que destruyó buena parte de su comunidad. Al llegar al albergue temporal habilitado por las autoridades, permanece en silencio, con la mirada fija, temblores visibles y sin responder a quienes intentan interactuar con ella. No ha ingerido alimentos, evita el contacto visual y se muestra completamente retraída. El personal de salud ha solicitado apoyo psicológico urgente. ¿Cómo se debe proceder en ese primer contacto? ¿Qué tipo de ayuda es ética, adecuada y eficaz ante una persona que atraviesa un evento de tal magnitud?

Figura 1. Mapa conceptual del capítulo: Primeros Auxilios Psicológicos



Fuente: elaboración propia.

- **Objetivos de aprendizaje del capítulo**

Al finalizar el estudio de este capítulo, se espera que el estudiante sea capaz de:

1. Comprender los fundamentos conceptuales y científicos que sustentan los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) como intervención inmediata ante situaciones de crisis.
2. Diferenciar los PAP de otras formas de intervención psicológica, como la psicoterapia o la consejería, reconociendo su naturaleza no clínica y su utilidad en contextos de emergencia.
3. Identificar los principios rectores y fases de intervención que conforman los modelos internacionalmente reconocidos de PAP, tales como los de la OMS y el modelo RAPID.
4. Analizar escenarios críticos en los que los PAP pueden ser aplicados por profesionales de la salud mental, considerando variables contextuales, culturales y éticas.
5. Valorar la importancia de una formación adecuada en PAP para el desempeño profesional del psicólogo clínico en contextos de desastre, trauma y crisis comunitaria.

- **Preguntas para guiar la lectura**

1. ¿Qué distingue a los Primeros Auxilios Psicológicos de una psicoterapia?
2. ¿Cuáles son los principios esenciales que guían una intervención en crisis?
3. ¿Qué modelos de intervención en PAP existen y en qué contextos pueden aplicarse?
4. ¿Cómo debe actuar el profesional ante una persona que no desea hablar tras una experiencia traumática?

Introducción del capítulo

Las crisis y emergencias, ya sean de origen natural, social o sanitario, generan una disrupción emocional inmediata que puede sobrepasar los mecanismos habituales de afrontamiento de las personas afectadas. Ante estos escenarios, los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) constituyen una forma organizada de apoyo inicial que busca estabilizar a la persona, reducir el malestar subjetivo y facilitar la recuperación psicosocial tras un evento potencialmente traumático.

Lejos de constituir una forma de psicoterapia, los PAP son una intervención inmediata, breve y no intrusiva, basada en principios éticos y humanitarios, que

puede ser aplicada por profesionales entrenados para brindar asistencia en momentos críticos. Su objetivo no es diagnosticar ni tratar trastornos mentales, sino proteger el bienestar psicológico de las personas afectadas, brindar información útil, promover el sentido de seguridad y facilitar la conexión con recursos sociales y de salud mental, cuando sea necesario (Yeager y Roberts, 2015).

Desde su formulación moderna en el contexto de la atención a víctimas de desastres, los PAP han sido reconocidos por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Cruz Roja Internacional y el IASC (Inter-Agency Standing Committee) como una herramienta clave en la atención psicosocial en emergencias. Los modelos más actuales integran principios como la promoción de la calma, el empoderamiento, la esperanza, la autoeficacia y la vinculación con otros (Wang et al., 2021).

El presente capítulo ofrece una aproximación integral al concepto, fundamentos y aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos, con especial énfasis en su pertinencia para la práctica del psicólogo clínico. Se analizarán sus principios rectores, fases de intervención, ámbitos de aplicación y desafíos éticos, así como el papel del profesional en contextos comunitarios, institucionales y clínicos. Esta revisión crítica permitirá al estudiante desarrollar competencias técnicas, reflexivas y éticas para actuar adecuadamente frente al sufrimiento humano inmediato, de forma empática, competente y culturalmente sensible (Mei y McGorry, 2020).

2.1. Fundamentos de los Primeros Auxilios Psicológicos

La intervención inmediata en contextos de crisis ha sido históricamente reconocida como una necesidad prioritaria en salud mental. Frente a eventos súbitos y potencialmente traumáticos –como desastres naturales, accidentes, emergencias sanitarias o episodios de violencia–, las personas afectadas suelen experimentar un colapso en sus recursos habituales de afrontamiento, quedando en un estado de vulnerabilidad emocional, cognitiva y conductual. En este contexto, los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) emergen como una estrategia esencial para brindar apoyo temprano, reducir el impacto del evento y favorecer el restablecimiento del equilibrio personal.

Desde una perspectiva conceptual, los PAP pueden definirse como un conjunto estructurado de acciones psicológicas orientadas a asistir a individuos en las primeras horas o días posteriores a una experiencia crítica, con el fin de mitigar el sufrimiento emocional, ofrecer seguridad, restaurar el sentido de control y facilitar el acceso a redes de apoyo formales o informales

(Yeager y Roberts, 2015; PNUD, 2022). A diferencia de la psicoterapia o de otras intervenciones clínicas, los PAP no buscan un diagnóstico ni implican un proceso terapéutico sostenido, sino que constituyen un modelo de asistencia breve, empática y no intrusiva, que puede ser aplicada por profesionales de la salud mental entrenados, personal de emergencia y otros agentes comunitarios capacitados.

El origen moderno de los PAP se remonta a la atención brindada a soldados durante la Segunda Guerra Mundial, donde se evidenció que una respuesta rápida, cercana al lugar del evento y centrada en el restablecimiento funcional, reducía el riesgo de desarrollar secuelas psicológicas graves (Roberts, 2005; James y Gilliland, 2016). A lo largo de las décadas, este enfoque ha evolucionado y se ha consolidado en protocolos internacionales como el modelo "Look-Listen-Link" promovido por la Organización Mundial de la Salud, el enfoque RAPID del Johns Hopkins University y el modelo de cinco pasos planteado por Everly y Mitchell (2016).

En términos teóricos, los PAP se sustentan en principios humanistas y de intervención en crisis, considerando que toda persona en situación de crisis se encuentra en un estado transitorio de desorganización, caracterizado por una ruptura entre la demanda del entorno y la capacidad percibida para afrontarla (Slaikeu, 1996). Esta brecha puede desencadenar respuestas emocionales intensas como miedo, tristeza, ira, confusión o retraimiento, así como alteraciones fisiológicas y conductuales. En este escenario, el objetivo del interviniente no es solucionar el problema de fondo, sino contener, acompañar y facilitar la movilización de los propios recursos del individuo, favoreciendo así una recuperación natural.

La evidencia empírica respalda la utilidad de los PAP como estrategia de primer contacto psicosocial, especialmente en contextos de desastres y emergencias humanitarias. No obstante, se ha señalado la necesidad de fortalecer su implementación mediante una formación estandarizada, basada en evidencia y sensible al contexto sociocultural (Wang et al., 2021). Es importante destacar que, aunque su aplicación puede ser general, no todas las personas afectadas requerirán PAP, y su ofrecimiento debe respetar la autonomía, el momento emocional y las condiciones particulares del sujeto (Cavaiola y Colford, 2018).

Los fundamentos éticos también son un pilar de esta intervención. El respeto por la dignidad, la confidencialidad, la no revictimización, y la consideración de variables culturales, de género y edad, deben estar presentes en todo proceso de PAP (Parada Torres, 2009). De igual forma, la actitud del interviniente debe caracterizarse por la escucha activa, la calma, la empatía

genuina, el respeto por el silencio y el reconocimiento del sufrimiento, sin emitir juicios ni imponer narrativas.

De este modo, se puede afirmar que, los Primeros Auxilios Psicológicos constituyen una herramienta esencial para la atención inmediata en crisis, cuya eficacia se basa tanto en el conocimiento técnico como en las habilidades humanas del profesional. Su correcta aplicación contribuye no solo a aliviar el malestar emocional agudo, sino también a prevenir la cronificación del sufrimiento psíquico, a reconectar a las personas con su entorno protector y a fortalecer los factores de resiliencia frente a la adversidad.

A. Pregunta para reflexionar:

¿Qué diferencias esenciales existen entre los PAP y otras intervenciones psicológicas breves como la consejería o la psicoterapia de emergencia?

2.2. Objetivos de los Primeros Auxilios Psicológicos

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) constituyen una forma especializada de intervención breve, orientada a contener el impacto emocional agudo que sobreviene tras una experiencia potencialmente traumática. En el marco de la psicología de crisis, sus objetivos no se limitan únicamente a brindar consuelo inmediato, sino que buscan atender múltiples dimensiones del malestar psicológico, prevenir su agravamiento y promover el restablecimiento de la estabilidad emocional y funcional.

Uno de los objetivos centrales de los PAP es reducir el malestar emocional inmediato, que puede manifestarse a través de síntomas como angustia intensa, confusión, miedo, ira, bloqueo o retraimiento. Estas reacciones, aunque naturales ante situaciones extremas, pueden volverse disfuncionales si no se abordan a tiempo. Tal como lo señala Slaikeu (1996), la intervención en crisis pretende disminuir la probabilidad de que estos estados desorganizados deriven en consecuencias debilitantes para la salud mental, tales como el aislamiento persistente, la depresión o incluso el desarrollo de un trastorno psicológico más grave. En este sentido, los PAP operan como una estrategia de prevención secundaria, que actúa inmediatamente después de ocurrido el evento crítico, buscando contener el impacto y facilitar una reorganización emocional saludable.

Además de estabilizar emocionalmente a la persona afectada, los PAP buscan movilizar los recursos internos y externos del individuo, favoreciendo la recuperación de su sentido de agencia y control. Esta movilización incluye tanto el reconocimiento de sus propios mecanismos de afrontamiento como

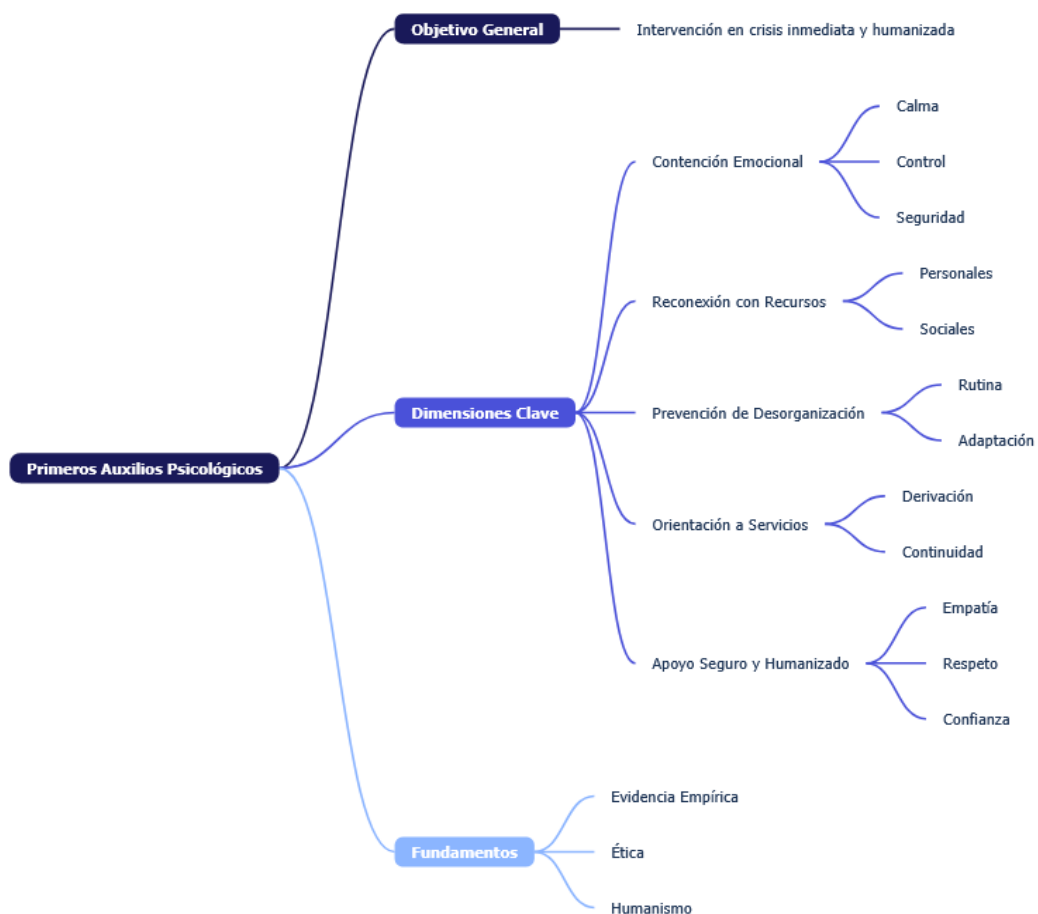
la reactivación de vínculos sociales de apoyo, la búsqueda de información clara y la toma de decisiones prácticas orientadas a la seguridad. Para Slaikeu (1996), los PAP deben actuar como catalizadores de reorganización funcional, permitiendo que la persona transite desde un estado de crisis hacia un nuevo equilibrio personal que incluso puede integrar aprendizajes o reestructuraciones valiosas. En este marco, las crisis no son únicamente amenazas, sino también oportunidades potenciales para el crecimiento y la transformación.

Otro objetivo sustantivo de los PAP es prevenir la cronificación del sufrimiento emocional, especialmente cuando existen factores de riesgo que podrían derivar en trastornos como el estrés postraumático, la ansiedad generalizada o la depresión. Aunque los PAP no constituyen un tratamiento clínico, su aplicación inmediata puede interrumpir patrones de pensamiento disfuncional, reducir el aislamiento emocional y favorecer una interpretación más adaptativa del evento traumático. Desde esta perspectiva, autores como Bisson y Lewis (2014) y Wang et al. (2021) advierten que si bien aún se requieren estudios más concluyentes sobre la eficacia de los PAP a largo plazo, sí se reconoce su valor como intervención inicial que permite mitigar la angustia y facilitar el acceso posterior a servicios especializados.

En efecto, un objetivo operativo fundamental de los PAP es orientar a las personas hacia servicios de atención continuada, cuando el nivel de afectación lo requiere. Esto supone que quien brinda PAP debe estar capacitado para reconocer señales de alarma y actuar como puente hacia redes clínicas o comunitarias. La identificación de conductas desorganizadas persistentes, pensamientos de desesperanza extrema, ideación suicida o retraimiento profundo, demanda una evaluación rápida y una adecuada derivación. Los PAP, por tanto, se insertan en una lógica de intervención escalonada, que inicia con el alivio emocional y continúa con la articulación de apoyos más profundos si es necesario.

En este sentido, los Primeros Auxilios Psicológicos tienen como meta construir una experiencia de contacto seguro, humano y compasivo, que contribuya a restaurar la confianza interpersonal dañada por la situación traumática. Como destaca Gómez Villalpando (2023), la interacción con el interviniente debe transmitir respeto, calma, contención emocional y validación, elementos esenciales para generar un espacio de sostén en medio de la incertidumbre. En esta línea, el profesional no debe imponer interpretaciones ni forzar relatos, sino más bien crear las condiciones para que la persona pueda sentirse vista, escuchada y acompañada.

De forma global, los objetivos de los Primeros Auxilios Psicológicos abarcan cinco dimensiones fundamentales: (1) contención y estabilización emocional inmediata, **(2)** reconexión con recursos personales y sociales, (3) prevención de la desorganización prolongada, (4) orientación hacia servicios especializados, y (5) creación de una experiencia de apoyo seguro y humanizado. Estos objetivos, articulados entre sí, reflejan una concepción integral de la intervención en crisis, basada tanto en evidencia empírica como en principios éticos y humanitarios.



- **Glosario:**

Contención emocional: conjunto de acciones verbales y no verbales que buscan ofrecer seguridad, sostén y validación emocional a una persona en crisis.

2.3. Principios rectores de los Primeros Auxilios Psicológicos

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) no se reducen a un conjunto de pasos técnicos, sino que constituyen una forma específica de brindar apoyo en situaciones de crisis, guiada por principios éticos, humanitarios y

profesionales. Estos principios no solo orientan el “qué hacer”, sino también el “cómo hacerlo” y, especialmente, el “desde dónde” se ofrece la ayuda. Su aplicación correcta permite que la intervención sea empática, segura, culturalmente pertinente y centrada en la dignidad de la persona afectada.

El primer principio que sustenta los PAP es la protección de la seguridad y la integridad de la persona. Esto implica evaluar y garantizar que el entorno inmediato no represente un riesgo físico o emocional, y que la presencia del interviniente genere confianza. Brindar seguridad no es solamente una condición material, sino también emocional: se transmite con el tono de voz, el lenguaje corporal, la actitud serena y la coherencia en la conducta del profesional (Everly y Mitchell, 2016).

Un segundo principio fundamental es el de la escucha activa y empática. Escuchar implica más que oír: requiere atención plena, sin interrupciones, validación emocional y una disposición sincera a comprender lo que la persona está viviendo, sin emitir juicios ni ofrecer soluciones prematuras. Esta escucha contiene y permite que la persona comience a reorganizar su experiencia interna a partir del reconocimiento de su dolor (Parada Torres, 2009).

Otro principio esencial de los PAP es la promoción de la calma. Tras un evento crítico, es habitual que las personas presenten signos de activación elevada, como agitación, hipervigilancia o llanto incontenible. Ayudar a disminuir esa activación fisiológica y emocional mediante técnicas simples –como el acompañamiento verbal pausado, ejercicios de respiración o la organización del entorno– favorece el retorno a un estado más regulado, desde el cual la persona pueda pensar con mayor claridad (Cortés y Figueroa, 2017).

Los PAP también deben fomentar la autoeficacia y el sentido de control. La intervención no debe sustituir a la persona en sus decisiones, sino facilitar que recupere la percepción de ser capaz de actuar, aun en medio de la adversidad. Esto se logra reforzando pequeñas acciones posibles, reconociendo logros previos y evitando una actitud sobreprotectora por parte del profesional (Cavaiola y Colford, 2018). Promover la autonomía en el proceso de recuperación es clave para evitar la dependencia y fortalecer el afrontamiento.

Además, se debe favorecer la reconexión con los vínculos sociales y redes de apoyo. Las personas en crisis pueden sentirse solas, desconectadas o incapaces de pedir ayuda. El profesional puede ayudar a identificar figuras significativas, contactos familiares, líderes comunitarios o redes institucionales que puedan brindar contención adicional. La conexión con otros es, en sí misma, un factor protector ante el malestar emocional (Roberts, 2005).

Los PAP deben también transmitir esperanza realista. No se trata de dar mensajes vacíos de optimismo, sino de ofrecer señales de posibilidad, de reafirmar que el sufrimiento no es permanente, y de apoyar a la persona para que logre visualizar pequeños pasos hacia adelante. La esperanza –aun en su forma más mínima– cumple un rol fundamental en la recuperación emocional (James y Gilliland, 2016).

El respeto por la diversidad cultural, social, de género, edad y situación vital es otro pilar del accionar en crisis. Las personas viven y expresan el sufrimiento de formas distintas. La intervención debe ser sensible a estas diferencias, evitar la imposición de marcos normativos únicos, y adaptarse a los códigos, creencias y valores del otro. Este principio es especialmente importante en contextos de emergencia colectiva o atención a poblaciones diversas (Guía PNUD, 2022).

Junto a estos principios centrados en la relación directa con la persona, es necesario incorporar otros de carácter estructural, formulados por organismos internacionales como el Inter-Agency Standing Committee (IASC, 2007). Entre ellos destacan la equidad en el acceso a los servicios de ayuda, la participación activa de las personas afectadas en la toma de decisiones, la consigna de no causar daño con la intervención (evitando medicalizar o estigmatizar), la integración con sistemas comunitarios y sanitarios existentes, y la organización de los apoyos en diferentes niveles según la necesidad: desde la ayuda básica hasta la atención especializada, de ser requerida.

Todos estos principios se encuentran interrelacionados. No funcionan como reglas aisladas, sino como una guía ética y metodológica que permite que la intervención sea no solo técnicamente correcta, sino también profundamente humana. Como afirma Slaikeu (1996), la intervención en crisis no se limita a reducir el malestar inmediato, sino que puede facilitar procesos de reorganización adaptativa y recuperación emocional a través del acompañamiento respetuoso y empático.

Comprender e interiorizar estos principios es una condición imprescindible para que el profesional de la psicología clínica intervenga con solvencia y sensibilidad en contextos de crisis. Su aplicación adecuada garantiza que los Primeros Auxilios Psicológicos no se reduzcan a un protocolo mecánico, sino que representen una verdadera forma de cuidado psíquico en momentos de máxima vulnerabilidad.

Tabla 1. Principios rectores de los Primeros Auxilios Psicológicos

Principio rector	Descripción breve
Seguridad	Crear un entorno físico y emocionalmente seguro.
Escucha activa	Atender de forma empática, sin juicios ni interrupciones.
Calma	Reducir el nivel de activación emocional o fisiológica.
Autoeficacia	Promover la percepción de capacidad personal para afrontar.
Conexión social	Facilitar el acceso a redes de apoyo y vínculos significativos.
Esperanza realista	Transmitir confianza en la posibilidad de recuperación.
Sensibilidad cultural	Adaptar la intervención a códigos y valores del otro.

Fuente: Elaboración propia con base en Everly y Mitchell (2016), Parada Torres (2009) y Guía PNUD (2022).

- **Consejo profesional:**

Recuerda que transmitir calma comienza por tu propia autorregulación emocional. Si tú estás regulado, es más probable que la persona también lo esté.

2.4. Modelos de intervención en Primeros Auxilios Psicológicos

La intervención inmediata en situaciones de crisis requiere de marcos estructurados que orienten la acción profesional de manera eficaz y ética. En este sentido, los modelos de intervención en Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) constituyen guías metodológicas fundamentales, ya que traducen los principios rectores en pasos concretos, ajustables al contexto y a la gravedad de la situación.

Aunque existen diferentes esquemas en la literatura internacional, todos los modelos comparten la intención de proporcionar apoyo humanitario, restaurar el equilibrio emocional, y prevenir el desarrollo de secuelas psicológicas en personas expuestas a experiencias potencialmente

traumáticas. No se trata de protocolos rígidos, sino de referentes flexibles y adaptativos, cuyo valor radica en su capacidad para organizar la ayuda de forma sensible, clara y técnicamente adecuada.

Uno de los modelos con mayor reconocimiento en el ámbito clínico y académico latinoamericano es el modelo ABCDE. Fue desarrollado por profesionales de la Pontificia Universidad Católica de Chile con el fin de ofrecer un enfoque estructurado, culturalmente sensible y aplicable en contextos diversos, incluyendo hospitales, albergues, escuelas o entornos comunitarios. Este modelo ha sido utilizado y evaluado en estudios clínicos controlados, mostrando beneficios significativos en la reducción del malestar emocional agudo (Figueroa et al., 2022). A continuación, se detalla cada una de sus fases:

a) **A - Acoger**

Esta fase tiene como propósito establecer un primer contacto cálido, respetuoso y seguro con la persona en crisis. El acogimiento implica mucho más que iniciar una conversación: significa disponerse emocional y físicamente para contener, escuchar y acompañar sin presionar ni invadir. La actitud del interviniente debe transmitir calma, respeto y aceptación incondicional.

Durante esta fase se debe:

- Presentarse con claridad, explicando quién es y por qué está allí.
- Verificar si la persona desea o acepta ser acompañada.
- Asegurar un espacio lo más privado y seguro posible dentro del contexto.
- Validar emocionalmente lo que la persona expresa, sin forzar el relato ni pedir detalles innecesarios.
- Evitar preguntas cerradas o interrogatorias; favorecer expresiones como "Estoy aquí para ayudarte si lo necesitas".

Este primer momento es clave, ya que marca el tono de toda la intervención posterior. Un acogimiento inapropiado puede aumentar el malestar, cerrar la comunicación o generar desconfianza.

b) **B - Buena respiración**

La respiración es una herramienta central en la regulación emocional y fisiológica. Luego de una experiencia crítica, es común que la persona presente signos de hiperactivación, como respiración rápida, sensación de ahogo, tensión muscular, agitación o dificultad para concentrarse.

En esta fase se busca facilitar el retorno a un estado de calma fisiológica básica mediante técnicas sencillas de respiración consciente, también llamada “buena respiración”:

- Invitar, sin imponer, a que la persona respire lenta y profundamente.
- Guiar con frases suaves, por ejemplo: “Inhala por la nariz... ahora exhala lentamente por la boca”.
- Acompañar el ritmo de respiración del otro sin forzarlo.
- Validar si la persona prefiere otro método de regulación (como beber agua, caminar o hacer una pausa en silencio).

Este paso no es una técnica aislada, sino una forma de conectar el cuerpo con la mente, reduciendo la intensidad emocional y favoreciendo una mayor claridad para afrontar la situación.

a) C - Categorizar necesidades

Una vez que la persona se encuentra un poco más regulada, es posible avanzar hacia una comprensión más clara de sus necesidades inmediatas. La fase C se centra en identificar y diferenciar las demandas que la persona tiene, para poder responder a ellas de manera adecuada.

El interviniente debe:

- Preguntar con sensibilidad: “¿Qué es lo que más necesita en este momento?”.
- Distinguir entre necesidades de tipo físico (comida, abrigo, descanso), psicológico (contención, protección, expresión emocional), médico (atención por lesiones) o social (contacto con familia, información, traslado).
- Evaluar si la persona tiene redes de apoyo disponibles o si se encuentra completamente sola.
- Escuchar activamente lo que la persona considera prioritario, sin imponer criterios externos.

Este paso permite organizar la intervención y establecer prioridades, evitando respuestas improvisadas o mal dirigidas. También facilita la toma de decisiones compartida y el respeto por la autonomía de quien está siendo acompañado.

a) D - Derivar

No todas las necesidades que se identifican en una crisis pueden ser resueltas por quien brinda los PAP. Por eso, la fase D contempla la derivación oportuna y adecuada hacia redes de apoyo institucional, comunitario o familiar.

Esta fase implica:

- Reconocer los límites del propio rol y de la intervención.
- Explicar con claridad por qué se sugiere una derivación (por ejemplo, necesidad de atención médica o intervención psicológica especializada).
- Brindar información accesible sobre servicios disponibles (lugares, horarios, contactos).
- Si es posible, facilitar el contacto directo o acompañar durante el proceso inicial.
- Asegurar que la persona no se sienta abandonada al ser derivada.

Derivar no significa cortar el vínculo, sino fortalecer la red de protección alrededor de la persona. Una derivación bien realizada puede ser una fuente de alivio y continuidad en la atención.

a) E - Educar

El último paso del modelo consiste en ofrecer psicoeducación clara, breve y contextualizada, que ayude a la persona a comprender sus reacciones, disminuir la incertidumbre y retomar cierto control sobre su experiencia.

Durante esta fase se puede:

- Explicar que las reacciones que está experimentando son normales tras un evento anormal (por ejemplo, dificultad para dormir, irritabilidad, llanto espontáneo).
- Compartir pautas de autocuidado: descansar, alimentarse, evitar decisiones apresuradas, hablar con alguien de confianza.
- Desmentir creencias erróneas que generen más angustia ("No estás volviéndote loco, estás reaccionando ante una situación difícil").
- Reforzar que buscar ayuda es un signo de fortaleza, no de debilidad.

- Recordar que no es necesario contar todo para poder ser ayudado.

La psicoeducación actúa como un puente entre el presente de crisis y la posibilidad de recuperación, ayudando a construir sentido, organizar pensamientos y proyectarse hacia adelante.

En conjunto, estas cinco fases del modelo ABCDE constituyen una secuencia flexible, pero estructurada, que orienta al profesional en su intervención inicial. Su fortaleza radica en su sencillez metodológica, en su respaldo empírico y en su profunda dimensión humana, que reconoce el dolor del otro sin invadirlo, ofrece ayuda sin imponerla, y abre caminos de recuperación sin prometer soluciones mágicas.

Además, este protocolo ha demostrado ser útil en contextos de atención hospitalaria de urgencia, como lo evidencia un estudio controlado realizado en cinco centros de salud en Chile, donde se observó una reducción significativa del malestar inmediato y de los síntomas de estrés postraumático en el primer mes post intervención (Figuroa et al., 2022). Además, presenta ventajas importantes en términos de aplicabilidad, capacitación y replicabilidad en contextos comunitarios y de salud pública.

Tabla 2. Fases del modelo ABCDE para la intervención en crisis

Fase	Acción clave	Objetivo principal
A	Acoger	Crear vínculo empático y seguro
B	Buena respiración	Reducir la hiperactivación emocional
C	Categorizar necesidades	Identificar prioridades y recursos
D	Derivar	Conectar con redes especializadas
E	Educar	Brindar orientación clara y tranquilizadora

Elaboración propia con base en Cortés y Figuroa (2017) y Figuroa et al. (2022).

El modelo de intervención en crisis propuesto por Slaikeu (1996), ha sido uno de los más influyentes en el ámbito de la psicología clínica de la emergencia. Su planteamiento es útil para estructurar los Primeros Auxilios Psicológicos desde un enfoque sistemático, humanista y práctico. Este modelo se basa en cinco fases claramente delimitadas, cuya secuencia permite contener emocionalmente a la persona afectada y facilitar el inicio de su reorganización personal tras una situación de crisis.

a) **Establecer contacto**

El primer paso en la intervención es crear un vínculo seguro con la persona en crisis. Establecer contacto implica más que presentarse: es una forma de presencia emocional que transmite respeto, disponibilidad y cuidado. El profesional debe mostrarse atento, sin apurar ni imponer la conversación, dejando que la persona perciba que está acompañada y que no está sola frente a lo que le ocurre.

El modo en que se inicia el contacto –ya sea con palabras suaves, con una actitud receptiva o simplemente con la disposición al silencio respetuoso– marca el tono del resto de la intervención. En contextos de desorganización emocional, la presencia de alguien confiable y sereno puede tener un efecto profundamente estabilizador.

b) **Explorar el problema.**

Una vez establecido el contacto, se puede iniciar una exploración de lo que ha sucedido. Esta fase consiste en comprender el evento desde la vivencia subjetiva de la persona, no desde la lógica externa del profesional. El objetivo no es reconstruir los hechos en detalle, sino más bien captar qué representa esa experiencia para quien la vive, cómo la interpreta, qué emociones ha despertado, y qué ha cambiado en su mundo desde que ocurrió.

Durante esta fase, es esencial el uso de la escucha activa, el respeto por los silencios y la validación de cualquier emoción o pensamiento que surja. Explorar el problema es también ayudar a dar forma narrativa al caos emocional, organizando las vivencias y comenzando a encontrar sentido en lo vivido.

c) **Validar y contener emocionalmente**

En esta etapa, la tarea principal es acompañar el sufrimiento sin intentar eliminarlo ni minimizarlo. Validar implica reconocer el derecho de la persona a sentirse como se siente, confirmarle que su respuesta emocional es comprensible ante la situación, y ofrecerle un espacio donde pueda expresar sin temor sus emociones.

La contención, en este contexto, no es solo verbal: también se expresa en el tono de voz, la postura corporal, la calma que transmite el profesional, y la actitud general de respeto profundo. Cuando la persona se siente contenida, su sistema emocional comienza a autorregularse, lo que facilita los pasos posteriores del proceso.

d) Explorar alternativas de solución

Cuando la persona comienza a experimentar una mayor estabilidad emocional, se la puede acompañar a identificar acciones posibles que le ayuden a recuperar el sentido de control sobre su situación. Esta fase consiste en pensar juntos qué puede hacerse, con qué recursos personales o externos cuenta, a quién puede acudir, y qué decisiones pequeñas podrían ayudar a iniciar un cambio.

El profesional no ofrece soluciones cerradas, sino que facilita un espacio de reflexión activa, donde la persona comienza a recuperar su agencia. Se valoran tanto las ideas que surjan como los pequeños pasos que se puedan concretar en el corto plazo, respetando el ritmo y la capacidad de decisión del otro.

e) Planificar acciones o derivar

El último paso consiste en estructurar un plan de acción realista, claro y consensuado, que permita a la persona continuar su proceso de recuperación más allá del encuentro inicial. En algunos casos, esto implicará contactar a un familiar o amigo; en otros, requerirá acudir a un servicio de salud, iniciar un tratamiento psicológico o buscar asistencia legal o social.

Cuando el profesional identifica que las necesidades exceden su campo de intervención, es necesario realizar una derivación responsable y ética, explicando los motivos de manera clara y empática, y facilitando el acceso a redes de atención adecuadas. Esta fase asegura la continuidad del cuidado y fortalece la red de apoyo que rodea a la persona.

En conjunto, estas cinco fases constituyen una estructura secuencial y flexible para la intervención inmediata en crisis. Su fuerza radica en que no solo organizan la acción profesional, sino que reconocen el carácter humano, relacional y sistémico del sufrimiento psíquico. Además, este modelo se adapta con facilidad a distintos contextos –hospitalarios, escolares, comunitarios– y a múltiples perfiles profesionales capacitados en intervención psicosocial.

Tabla 3. Fases del modelo de intervención en crisis de Slaikeu

Fase	Objetivo principal
Establecer contacto	Crear vínculo seguro, presencia empática, iniciar contención.
Explorar el problema	Comprender el evento desde la vivencia subjetiva de la persona.
Validar y contener	Acompañar el sufrimiento sin juicio, ofrecer validación emocional.
Explorar alternativas	Identificar acciones posibles, recursos personales y externos.
Planificar o derivar	Estructurar un plan de acción o derivar a otros servicios adecuados.

Fuente: Elaboración propia con base en Slaikeu (1996).

Asimismo, el enfoque adoptado por organismos internacionales como el PNUD (2022) en su Guía de Primeros Auxilios Psicológicos a personas en situación de movilidad humana aporta elementos cruciales como: la atención a derechos humanos, **el** respeto a la autodeterminación, y la importancia de asegurar necesidades básicas antes de intervenir emocionalmente. Esta guía destaca la escucha empática, la contención emocional y la derivación como ejes esenciales del procedimiento.

Desde el enfoque formativo, autores como Caballero Arguello (2024) **y** Gómez Villalpando (2023) coinciden en que los modelos de PAP deben acompañarse de formación en competencias blandas, como la comunicación asertiva, la psicoeducación, el manejo emocional y el cuidado del interviniente. La implementación efectiva de estos modelos requiere tanto el conocimiento técnico como el desarrollo de actitudes éticas y reflexivas por parte del profesional.

A nivel de análisis internacional, estudios como el de Ni et al. (2023) han identificado, a través de modelado temático, que los manuales de formación en PAP comparten elementos comunes: instrucciones específicas para el ayudante, aplicaciones comunitarias, formación centrada en el trauma, estrategias de autorregulación emocional y adaptación cultural. Estos hallazgos refuerzan la importancia de adoptar modelos que no solo sean operativos, sino también sensibles a los contextos socioculturales en los que se aplican.

Lo analizado hasta aquí muestra que, los modelos de intervención en PAP ofrecen estructuras organizadas, adaptables y empáticas que permiten actuar con eficacia frente al sufrimiento humano en sus primeras manifestaciones. La clave de su éxito no reside únicamente en su aplicación técnica, sino en la comprensión profunda de su sentido, que es el de acompañar, proteger y empoderar a quienes atraviesan una experiencia crítica, en el momento en que más lo necesitan.

2.5. Ámbitos de aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos

Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) constituyen una estrategia de intervención breve y humanizada, diseñada para actuar de manera inmediata tras un evento crítico. Su versatilidad y sencillez metodológica permiten que puedan ser aplicados en una amplia variedad de contextos, siempre que quien los brinde esté adecuadamente capacitado y actúe dentro de los límites de su rol profesional. Comprender los ámbitos de aplicación de los PAP es esencial para su implementación ética, eficaz y contextualizada, especialmente en escenarios donde la atención a la salud mental no es necesariamente el foco central, pero sí una necesidad urgente.

En términos generales, los PAP pueden ser implementados en cualquier espacio donde una persona haya experimentado un evento potencialmente traumático, como emergencias médicas, desastres naturales, accidentes, violencia, desplazamiento forzado, entre otros. La intervención se ajusta al principio de inmediatez, buscando ofrecer alivio emocional y contención durante las primeras horas o días posteriores al suceso. La clave de su aplicabilidad está en la adaptación del enfoque a las características del entorno, las condiciones socioculturales y las necesidades particulares de la población afectada.

Uno de los contextos más frecuentes para la aplicación de los PAP es el ámbito de la salud, especialmente en servicios de urgencia. Estudios desarrollados en hospitales públicos de Chile demuestran la eficacia del modelo ABCDE en la reducción del malestar emocional temprano en pacientes atendidos en unidades de emergencia, sin necesidad de intervención clínica sostenida (Figuerola et al., 2022). En estos entornos, los PAP permiten una respuesta rápida que favorece la estabilización emocional del paciente, previniendo reacciones de pánico, disociación o retraimiento, que pueden interferir con su atención médica o recuperación.

También se ha documentado la utilidad de los PAP en el contexto comunitario y escolar, donde su implementación puede formar parte de estrategias de apoyo psicosocial tras crisis colectivas, como desastres naturales o episodios

de violencia. En estos escenarios, los PAP han sido empleados para brindar acompañamiento emocional a estudiantes, docentes y familias, fortaleciendo la cohesión social y activando redes de apoyo locales. La Guía de Primeros Auxilios Psicológicos elaborada por el Programa Integra - PNUD (2022) subraya la importancia de adaptar el lenguaje, los tiempos y los procedimientos de intervención cuando se trabaja con niñas, niños o adolescentes, así como de garantizar espacios seguros y acompañamiento continuo.

Un ámbito de creciente relevancia es el de los procesos migratorios y el desplazamiento forzado, donde los PAP se aplican como parte de estrategias de atención integral a personas en situación de movilidad humana. En estos casos, la intervención debe estar profundamente arraigada en principios de derechos humanos, interculturalidad y enfoque de género. El profesional que brinda los PAP debe tener la sensibilidad y formación necesarias para reconocer las múltiples vulnerabilidades que confluyen en estos contextos, así como para identificar signos de afectación emocional que requieran derivación o atención especializada.

Por otro lado, los PAP también tienen cabida en el entorno educativo universitario, particularmente en programas de formación en salud mental. La evidencia señala que incluir entrenamiento en Primeros Auxilios Psicológicos en los planes de estudio contribuye a que los futuros profesionales desarrollen competencias prácticas, sentido ético y habilidades relacionales necesarias para intervenir en crisis (Caballero Arguello, 2024). Esta formación también actúa como factor protector frente al desgaste emocional propio del ejercicio profesional en contextos de emergencia, ya que permite al estudiante comprender sus propios límites, identificar signos de afectación y acudir oportunamente a apoyo institucional.

El ámbito laboral también ha sido identificado como espacio potencial de aplicación. Situaciones como accidentes en el trabajo, despidos masivos, violencia laboral o eventos traumáticos compartidos pueden generar crisis individuales o colectivas que demandan intervención. Si bien los PAP en este entorno deben estar articulados a protocolos organizacionales y políticas de salud ocupacional, su incorporación puede contribuir significativamente a la atención del impacto emocional inmediato, favoreciendo la recuperación del clima laboral y el restablecimiento de las funciones.

En todos estos espacios, la intervención con PAP debe respetar ciertos criterios fundamentales: el consentimiento informado, la confidencialidad, la adaptación cultural y el reconocimiento de los propios límites profesionales.



Además, es esencial que los PAP no sean aplicados de forma aislada, sino como parte de una red de atención y cuidado que incluya mecanismos de seguimiento, derivación y acompañamiento posterior. Como señalan Cortés y Figueroa (2017), los PAP no son un fin en sí mismos, sino una puerta de entrada humanizada al proceso de recuperación que puede continuar en otros niveles de atención según el caso.

La capacidad de reconocer cuándo, dónde y cómo intervenir con PAP es una competencia crítica para el psicólogo clínico en formación. Esto no solo requiere conocimiento teórico, sino también habilidades de observación, juicio ético y sensibilidad contextual. La comprensión de los distintos ámbitos de aplicación permite al futuro profesional actuar con pertinencia, eficacia y respeto por la dignidad de las personas que atraviesan un momento de crisis.

Pregunta para reflexionar:

¿Cuáles son las ventajas y desafíos de aplicar PAP en contextos comunitarios o educativos?

2.6. Competencias del profesional que aplica Primeros Auxilios Psicológicos

La aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) requiere más que el conocimiento teórico de modelos de intervención o el dominio técnico de procedimientos estructurados. Su implementación efectiva depende en gran medida de las competencias personales, interpersonales y éticas del profesional, así como de su capacidad para actuar con sensibilidad, criterio y responsabilidad frente al sufrimiento humano agudo. Estas competencias deben ser desarrolladas durante la formación universitaria y fortalecidas a lo largo del ejercicio profesional, especialmente en contextos de alta exigencia emocional o emergencia.

Entre las competencias más relevantes se encuentra, en primer lugar, la capacidad de establecer una relación empática y no invasiva. El profesional debe ser capaz de generar un vínculo seguro en condiciones adversas, mostrando respeto, disponibilidad emocional y aceptación incondicional. Como señala Parada Torres (2009), esta competencia implica una actitud de presencia genuina que facilite el acompañamiento activo, sin imponer soluciones ni desvalorizar el relato del otro.

En segundo lugar, se requiere una sólida escucha activa, entendida como la disposición plena para atender a la persona en crisis, captar no solo lo que dice sino cómo lo dice, y responder de forma comprensiva, sin interrupciones ni juicios. La escucha activa es una herramienta de intervención en sí misma, ya que permite contener emocionalmente, clarificar necesidades y validar el sufrimiento expresado (Cortés y Figueroa, 2017).

Otra competencia esencial es la capacidad de regulación emocional, tanto propia como facilitada en el otro. El profesional que brinda PAP debe estar en condiciones de mantener la calma, sostener la intensidad emocional del momento y evitar respuestas impulsivas, reactivas o sobrecargadas. Esta autorregulación también le permite aplicar adecuadamente técnicas de estabilización, como la respiración consciente o el acompañamiento verbal pausado, contribuyendo al descenso del nivel de activación fisiológica de la persona afectada (Figueroa et al., 2022).

Además, es imprescindible la competencia para identificar necesidades prioritarias y distinguir entre aquellas que pueden ser atendidas en el marco del PAP y las que requieren derivación a niveles superiores de atención. Esto exige habilidades de observación, análisis rápido de contexto, juicio ético y conocimiento de las rutas de atención disponibles. Según la Guía de Primeros Auxilios Psicológicos del PNUD (2022), el profesional debe actuar como un

“puente humanizado” entre la crisis y los servicios adecuados, sin generar dependencia ni revictimización.

A estas competencias técnicas y actitudinales se suma la capacidad de comunicar de forma clara, respetuosa y adaptada al contexto. El lenguaje utilizado debe ser comprensible, empático y culturalmente pertinente, especialmente cuando se trabaja con poblaciones diversas, como personas migrantes, niños, adultos mayores o personas con discapacidad. La comunicación efectiva es fundamental para brindar orientación, educar sobre reacciones normales ante el trauma y transmitir seguridad en momentos de incertidumbre (Gómez Villalpando, 2023).

Asimismo, el profesional debe contar con criterio ético para actuar dentro de sus límites. Aplicar PAP no implica realizar diagnósticos clínicos ni intervenir terapéuticamente en profundidad. Requiere, por el contrario, reconocer hasta dónde llega el rol de intervención inicial, cuándo corresponde derivar, y cómo hacerlo sin romper el vínculo ni dejar a la persona sin recursos. En este sentido, como advierte Caballero Arguello (2024), una intervención que sobrepasa el campo de los PAP sin los conocimientos adecuados puede causar más daño que beneficio.

Por otro lado, el profesional que brinda PAP debe haber desarrollado también competencias para el cuidado de sí mismo. Intervenir en crisis implica exponerse emocionalmente, y si no se cuenta con estrategias de autocuidado y supervisión, existe riesgo de desgaste, fatiga por compasión o sobreinvolucramiento. El autocuidado no es un acto egoísta, sino una responsabilidad profesional que garantiza la sostenibilidad de la ayuda brindada y la protección de la salud mental del interviniente.

A modo de cierre, las competencias del profesional que aplica Primeros Auxilios Psicológicos integran conocimientos técnicos, habilidades relacionales, regulación emocional, sensibilidad cultural y compromiso ético. Estas no se improvisan en el momento de la emergencia, sino que deben ser parte de una formación rigurosa, continua y reflexiva. La calidad del apoyo ofrecido en los primeros momentos tras una crisis no depende únicamente del protocolo seguido, sino sobre todo de la calidad humana y profesional de quien acompaña.

- **Consejo profesional:**

Antes de intervenir en una crisis, asegúrate de realizar una pausa breve para conectar contigo mismo: respirar profundo, reconocer tus emociones y recordar tus límites profesionales.

– **Pregunta para reflexionar**

¿Qué riesgos éticos o personales podrían surgir si un profesional aplica PAP en crisis sin haber desarrollado habilidades de autorregulación emocional?

2.7. Consideraciones éticas y culturales en la intervención

Toda intervención en crisis, por breve y puntual que sea, conlleva una serie de responsabilidades éticas que el profesional debe asumir con claridad y compromiso. En el caso específico de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), estas consideraciones adquieren especial relevancia por el contexto de alta vulnerabilidad en el que se aplican y por el hecho de que suelen ser la primera forma de contacto con un dispositivo de ayuda emocional. Por tanto, no se trata únicamente de aplicar técnicas con eficacia, sino de hacerlo desde un posicionamiento ético que respete la dignidad, la diversidad y la autonomía de cada persona.

Uno de los principios fundamentales es el respeto a la autodeterminación de la persona en crisis. El profesional que interviene no debe imponer su ayuda, sino ofrecerla, asegurándose de que la persona acepte voluntariamente ser acompañada. Tal como lo señalan las guías elaboradas por organismos internacionales como el Comité Permanente entre Organismos (IASC, 2007) y el PNUD (2022), el consentimiento informado –aunque en estos contextos se exprese de forma verbal o implícita– debe estar presente como manifestación del respeto por la autonomía y la capacidad de decisión, incluso en situaciones de crisis.

Igualmente, importante es la confidencialidad, que debe ser preservada en la medida en que la situación lo permita, especialmente si la intervención ocurre en espacios colectivos, como albergues, hospitales o comunidades. El profesional debe proteger la privacidad de la información compartida durante el encuentro, y explicar claramente los límites de esa confidencialidad en caso de riesgos vitales o de seguridad para la persona o terceros (Roberts, 2005).

Otro aspecto ético clave es el principio de no daño. Esto implica evitar intervenciones que puedan resultar invasivas, revictimizantes o que expongan a la persona a un sufrimiento innecesario. En este sentido, es éticamente inaceptable forzar el relato de lo ocurrido, indagar detalles traumáticos sin justificación clínica, o emitir juicios sobre la forma en que la persona reacciona ante la crisis. Como advierte Parada Torres (2009), una intervención inadecuada –por bien intencionada que sea– puede agravar el malestar emocional y obstaculizar la recuperación.

La sensibilidad cultural es otra dimensión inseparable de la intervención ética. El profesional debe reconocer que el sufrimiento se vive, se expresa y se afronta de formas diferentes según los marcos culturales, religiosos, lingüísticos y comunitarios de cada persona o grupo. Slaikeu (1996) plantea que la eficacia de la intervención en crisis depende, en gran medida, de la capacidad del interviniente para comprender el significado que la crisis tiene en el contexto específico del individuo y su entorno. Esto requiere una actitud abierta, libre de estereotipos, y una disposición a adaptar el lenguaje, los ejemplos y los gestos a los códigos culturales del otro.

Desde esta perspectiva, la intervención con PAP debe promover la equidad, garantizando que todas las personas afectadas tengan acceso a ayuda oportuna, sin discriminación por género, edad, etnia, orientación sexual, discapacidad o condición migratoria. El modelo propuesto en la Guía de Primeros Auxilios Psicológicos de Integra (PNUD, 2022) establece que la atención debe priorizar a las personas en mayor situación de riesgo o exclusión, sin caer en una visión asistencialista, sino reforzando sus capacidades y respetando sus decisiones.

Por otro lado, la ética profesional exige actuar dentro de los límites del rol. El personal que brinda PAP debe reconocer cuándo una situación excede su competencia y proceder a derivar de manera responsable. Actuar fuera del ámbito de preparación, intentar resolver situaciones clínicas complejas con herramientas básicas, o prolongar la intervención más allá del contexto inicial, constituye una forma de intervención irresponsable que puede comprometer el bienestar de la persona y el profesional.

Asimismo, resulta fundamental señalar que, es importante señalar que el propio profesional debe ser consciente de sus emociones, valores y límites. La ética en la intervención también incluye el autocuidado, la supervisión, y la capacidad de reconocer cuándo se necesita apoyo o reposo. Una persona emocionalmente desbordada o sobreexpuesta difícilmente podrá ofrecer contención efectiva a quien atraviesa una crisis.

Considerando lo anterior, los Primeros Auxilios Psicológicos deben implementarse desde una ética del respeto, la prudencia y la responsabilidad. La intervención oportuna, aunque breve, debe estar guiada por principios sólidos que garanticen que el alivio que se busca brindar no reproduzca desigualdades, no invada los procesos personales, y no sustituya el protagonismo de quienes enfrentan la adversidad. Solo desde este enfoque ético y culturalmente sensible es posible construir una ayuda verdaderamente humanizada.

- **Glosario**

Autodeterminación: principio ético que reconoce el derecho de toda persona a tomar decisiones libres e informadas sobre su propia vida, incluso en contextos de crisis.

- **Pregunta para reflexionar**

¿Cómo actuarías si una persona en crisis se niega a recibir ayuda psicológica en un contexto comunitario, pero los familiares insisten en que debe ser intervenida?

2.8. Obstáculos comunes y errores frecuentes

Si bien los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) han demostrado ser una herramienta útil y efectiva para intervenir en crisis de manera inmediata, su implementación en la práctica enfrenta una serie de obstáculos operativos, actitudinales y contextuales. Identificar estos desafíos, así como los errores frecuentes que pueden presentarse en su aplicación, resulta fundamental para fortalecer la calidad de las intervenciones y evitar efectos contraproducentes sobre las personas en situación de vulnerabilidad.

Uno de los obstáculos más frecuentes es la aplicación mecánica del protocolo, sin la comprensión profunda del sentido de cada uno de sus componentes. Tal como advierte Parada Torres (2009), algunos intervinientes tienden a ejecutar los pasos de forma rígida, como si se tratara de una lista de chequeo, descuidando la escucha activa, la validación emocional o la adaptación al ritmo y necesidades de la persona atendida. Esto puede producir una experiencia de desconexión o superficialidad en el vínculo, desvirtuando el objetivo humanizante de los PAP.

Otro error común es forzar el relato o invadir la intimidad emocional de la persona, bajo la idea errónea de que verbalizar lo sucedido es siempre beneficioso. En contextos de crisis aguda, muchas personas no están listas para hablar, o no desean hacerlo, y es fundamental respetar esa decisión. Insistir en que relaten lo ocurrido puede provocar retraumatización o generar mayor confusión. La Guía de Primeros Auxilios Psicológicos de Integra (PNUD, 2022) enfatiza que uno de los principios rectores del acompañamiento es no presionar, sino ofrecer una presencia empática y disponible.

También se ha identificado como error la ausencia de derivación adecuada cuando se detectan señales de afectación grave. Algunos profesionales, especialmente aquellos con poca experiencia, intentan resolver la situación por sí mismos, incluso cuando la persona requiere atención especializada. Esta

actuación fuera del rol no solo es ineficaz, sino que puede poner en riesgo el bienestar de quien solicita ayuda. Slaikou (1996) subraya que una de las competencias esenciales del interviniente es reconocer sus propios límites y derivar de manera ética y oportuna.

En cuanto a los obstáculos estructurales, uno de los más relevantes es la falta de preparación del entorno institucional o comunitario para sostener la intervención. En muchos casos, el profesional aplica los PAP de forma aislada, sin el respaldo de un sistema de derivación, seguimiento o redes de apoyo. Esto impide que la ayuda ofrecida tenga continuidad, y puede dejar a la persona en un estado de mayor vulnerabilidad. Como plantea Roberts (2005), los PAP deben ser parte de una estrategia más amplia de intervención en crisis, no un recurso improvisado o desvinculado del sistema de salud mental.

Desde la perspectiva de la formación profesional, estudios recientes han mostrado que existe un déficit en el entrenamiento práctico y en la supervisión posterior a la capacitación. Gómez Villalpando (2023) señala que muchos estudiantes o profesionales recién formados no han desarrollado aún las habilidades necesarias para aplicar PAP en escenarios reales, lo que puede traducirse en inseguridad, sobreinvolucramiento o negligencia. La exposición a la crisis sin preparación adecuada también incrementa el riesgo de desgaste emocional y fatiga por compasión.

Por otro lado, algunos obstáculos se relacionan con aspectos actitudinales del profesional. Entre ellos, destacan la falta de sensibilidad cultural, la tendencia a minimizar el sufrimiento del otro (“hay cosas peores”, “esto ya pasará”), o la adopción de una actitud paternalista que anula la autonomía de la persona atendida. Estas actitudes, aunque a menudo inconscientes, pueden erosionar la confianza en el vínculo y hacer que la persona rechace la ayuda ofrecida.

De igual importancia es reconocer que, uno de los errores más frecuentes –y menos reconocidos– es descuidar el autocuidado del interviniente. En escenarios de alta carga emocional, el profesional puede exponerse a una sobrecarga afectiva si no cuenta con espacios de descarga, supervisión o acompañamiento. Como señala la guía del PNUD (2022), cuidar al que cuida es una condición indispensable para una intervención ética y sostenible.

En suma, los obstáculos y errores en la aplicación de los PAP no siempre provienen de la falta de voluntad, sino de la ausencia de formación adecuada, la presión institucional, la desarticulación entre actores o la falta de autoconocimiento profesional. Reconocer estos puntos críticos es un paso fundamental para consolidar una práctica responsable, empática y

técnicamente sólida, que contribuya realmente al alivio del sufrimiento humano en situaciones de crisis.

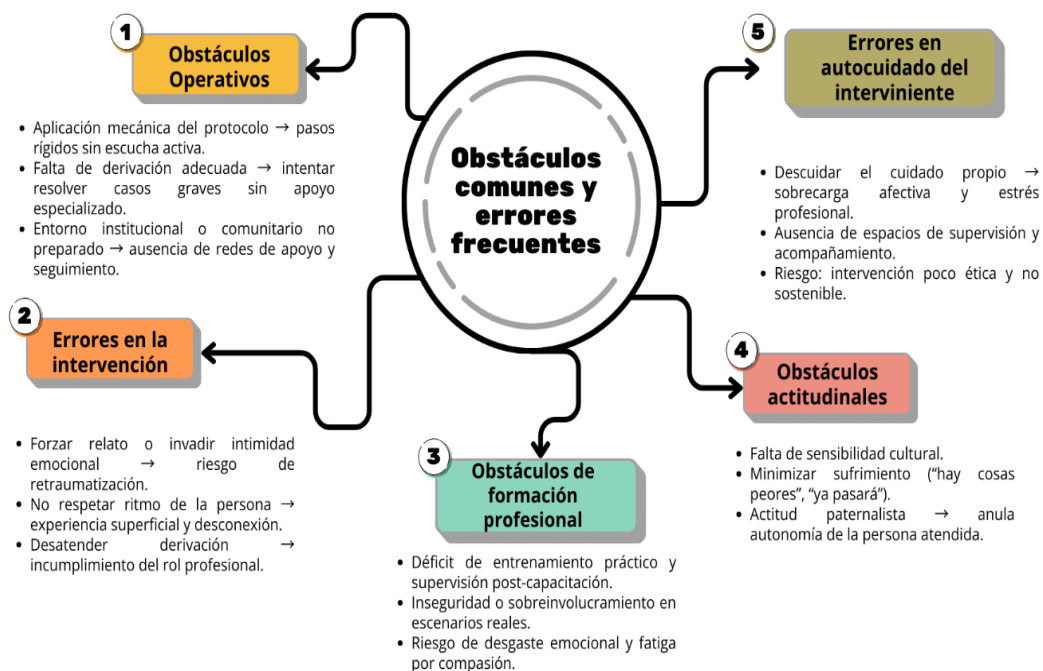
- **Nota destacada:**

Uno de los errores más frecuentes es aplicar los PAP como una lista de chequeo rígida. Lo fundamental es sostener la actitud empática, no solo seguir los pasos.

- **Glosario:**

Fatiga por compasión: agotamiento emocional que puede experimentar el profesional tras una exposición prolongada al sufrimiento ajeno sin espacios de autocuidado.

Elementos de cierre- Capítulo 2



Resumen de ideas clave

Este capítulo ha abordado los principios, modelos y aplicaciones fundamentales de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) como respuesta inmediata ante situaciones de crisis. Se han definido sus características distintivas, su diferencia frente a otras intervenciones clínicas, y la importancia

de su aplicación ética y culturalmente sensible. Asimismo, se analizaron modelos reconocidos como el ABCDE, el modelo de Slaikeu y el enfoque RAPID, los cuales permiten estructurar la intervención desde la acogida inicial hasta la educación y derivación. El capítulo también incluyó consideraciones clave sobre las competencias del profesional, obstáculos comunes en la aplicación de los PAP, y principios rectores para una intervención eficaz en escenarios individuales y comunitarios. Estos conocimientos son esenciales para el desarrollo de habilidades clínicas en contextos de emergencia y forman parte de la formación integral del psicólogo clínico.

- **Autoevaluación**

1. Explique los principios fundamentales que orientan la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos según el enfoque del IASC (2007).
2. Compare dos modelos de PAP estudiados y señale una ventaja y una limitación de cada uno.
3. Analice la importancia de la sensibilidad cultural en la aplicación de PAP en comunidades afectadas por un desastre natural.
4. Verdadero o falso: Los Primeros Auxilios Psicológicos deben ser aplicados únicamente por profesionales con formación en psicoterapia.
()
5. Describa al menos tres errores comunes al aplicar PAP y explique cómo evitarlos desde una práctica ética y responsable.

- **Actividad de aplicación**

Caso: En un albergue temporal, se encuentran varias personas desplazadas por una erupción volcánica reciente. Una de ellas, Marta (32 años), no ha dormido en dos días, presenta llanto frecuente y se niega a hablar con otras personas. Otra persona, Luis (47 años), muestra irritabilidad, dificultad para concentrarse y ansiedad marcada por la incertidumbre del futuro.

- **Preguntas para el análisis:**

1. ¿Qué tipo de reacciones psicológicas presentan Marta y Luis?
2. ¿Qué fases de algún modelo de PAP serían prioritarias en este contexto?
3. ¿Qué aspectos éticos y culturales deben considerarse en la atención de ambos casos?

- **Tarea autónoma**

Elabore una guía breve (máx. 2 páginas) dirigida a voluntarios comunitarios que deban brindar Primeros Auxilios Psicológicos en un albergue tras un evento crítico. La guía debe contener los principios básicos de actuación,

Intervención psicológica en crisis y emergencia: fundamentos y aplicaciones prácticas

errores a evitar, y pautas para derivar a profesionales de salud mental. Utilice al menos una fuente bibliográfica académica actualizada y redacte con lenguaje claro y técnico.

Referencias bibliográficas

- Bisson, J. I., y Lewis, C. (2014). Systematic review of psychological first aid. Cardiff University. <https://www.researchgate.net/publication/265069490>
- Caballero Arguello, M. C. (2024). Formación en primeros auxilios psicológicos en estudiantes de la carrera de Psicología. *Revista Científica de la UNP*, 8(3), 3345-3349. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11561
- Cavaiola, A. A., y Colford, J. E. (2018). *Crisis intervention: A practical guide*. SAGE Publications.
- Inter-Agency Standing Committee - IASC. (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. IASC. <https://interagencystandingcommittee.org>
- Cortés Montenegro, P., y Figueroa Cabello, R. (2017). *Manual ABCDE para la aplicación de primeros auxilios psicológicos en crisis individuales y colectivas*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Everly, G. S., y Mitchell, J. T. (2016). *Critical incident stress management (CISM): A practical review*. International Critical Incident Stress Foundation.
- Figueroa, R. A., Cortés, P. F., Marín, H., Vergés, A., Gillibrand, R., y Repetto, P. (2022). The ABCDE psychological first aid intervention decreases early PTSD symptoms but does not prevent it: Results of a randomized-controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 1-12. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2026025>
- Gómez Villalpando, A. (2023). Psicoeducación y primeros auxilios psicológicos. *Revista de Estudios Clínicos e Investigación Psicológica*, 13(26), 73-90. <https://doi.org/10.56342/recip.vol13.n26.2023.19>
- James, R. K., y Gilliland, B. E. (2016). *Crisis intervention strategies (8th ed.)*. Cengage Learning.
- Ni, C. F., Lundblad, R., Dykeman, C., Bolante, R., y Łabuński, W. (2023). Content analysis of psychological first aid training manuals via topic modelling. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 91, 103589. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2023.103589>

Intervención psicológica en crisis y emergencia: fundamentos y aplicaciones
prácticas

- Parada Torres, E. (2009). *Psicología y emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia* (2.ª ed.). Desclée de Brouwer.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. (2022). *Guía de primeros auxilios psicológicos a personas en situación de movilidad humana*. Programa Integra - Unión Europea. https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-01/Guia%20de%20Primeros%20Auxilios%20Psicologicos_Integra.pdf
- Roberts, A. R. (2005). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Slaikeu, K. A. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación* (2.ª ed.). Editorial El Manual Moderno.
- Wang, L., Norman, I., Xiao, T., Li, Y., y Leamy, M. (2021). Psychological first aid training: A scoping review of its application, outcomes and implementation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4594. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094594>
- Yeager, K. R., y Roberts, A. R. (Eds.). (2015). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (4th ed.). Oxford University Press.

CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA CONDUCTA SUICIDA

- **Elementos de apertura del capítulo**

“El suicidio es prevenible. Una de las formas más efectivas de reducir el estigma y alentar a las personas a buscar ayuda es hablar abiertamente sobre el suicidio.”

– Organización Mundial de la Salud (2025)

Lucas, un joven de 22 años, es encontrado por un compañero de residencia llorando en el baño, con una botella de pastillas vacía y mensajes en su celular que decían: **“No quiero seguir viviendo, esto duele demasiado”**. De inmediato, el personal del albergue universitario activa el protocolo de emergencia y llaman al ECU 911. Mientras llega el equipo de socorro, una psicóloga del centro de atención psicológica del campus es contactada para brindar apoyo inicial. Lucas está consciente, pero desorientado, con lenguaje incoherente y signos de angustia intensa. La profesional debe intervenir de forma inmediata para contener, evaluar el riesgo vital y garantizar su seguridad.

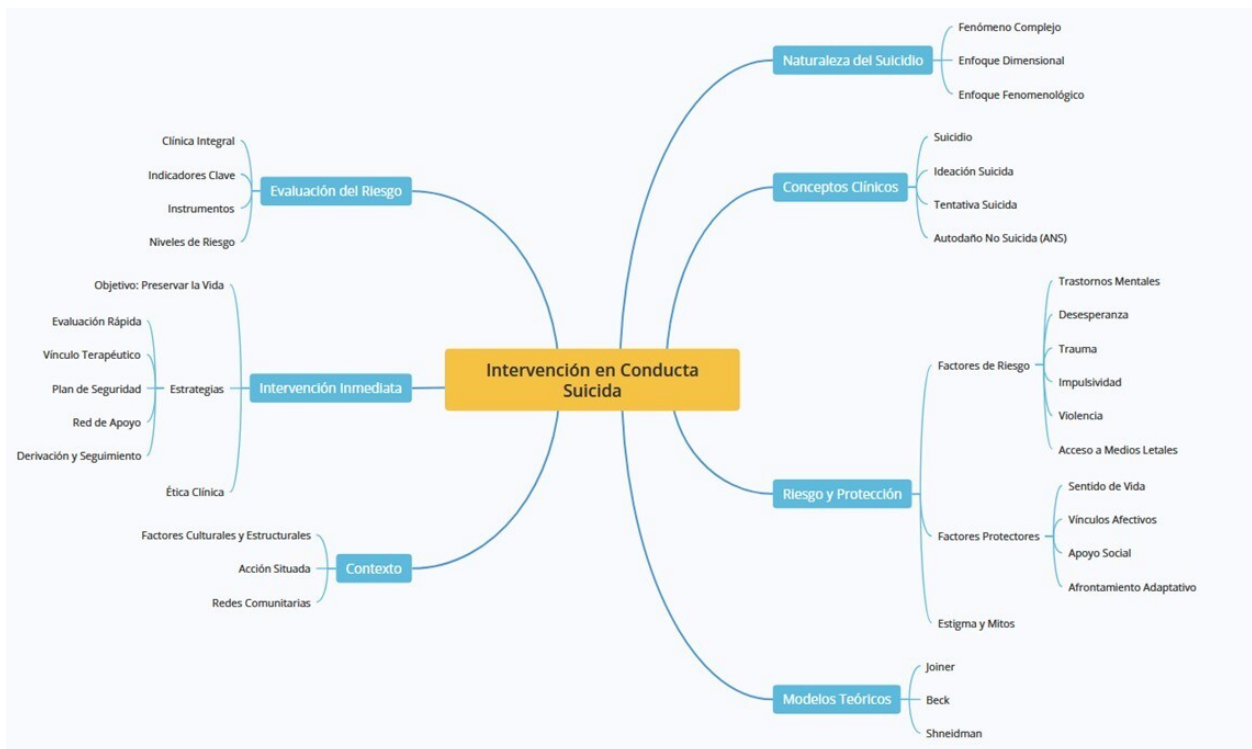


Figura 1. Mapa conceptual del capítulo: Intervención en la conducta suicida

Fuente: Elaboración propia.

- **Objetivos de aprendizaje del capítulo**

Al finalizar el capítulo, se espera que el lector sea capaz de:

1. Reconocer los factores de riesgo y señales de alerta asociadas a la conducta suicida en contextos de crisis.
2. Aplicar estrategias de evaluación rápida y efectiva del riesgo suicida en situaciones de emergencia.
3. Describir y analizar modelos de intervención psicológica inmediata ante amenazas suicidas.
4. Establecer acciones de primeros auxilios psicológicos dirigidas a personas en riesgo suicida inminente.
5. Valorar la importancia de la ética profesional y la sensibilidad cultural en la intervención ante crisis suicidas.

- **Preguntas para guiar la lectura**

- ¿Cómo debe actuar un psicólogo clínico ante una persona que manifiesta intención suicida en un contexto de emergencia?
- ¿Qué elementos clínicos y éticos deben considerarse al intervenir en una situación de amenaza suicida inminente?
- ¿Qué estrategias permiten brindar una primera respuesta psicológica efectiva y segura en casos de conducta suicida?

Introducción a la conducta suicida

La conducta suicida constituye una de las expresiones más alarmantes del sufrimiento humano no expresado o mal comprendido. No es simplemente un acto aislado, sino el desenlace visible de un proceso muchas veces silenciado, cargado de angustia, desesperanza y sensación de no tener alternativas viables. Desde la intervención psicológica en crisis, el suicidio se comprende como un fenómeno complejo, multidimensional, profundamente influido por variables individuales, familiares, comunitarias y culturales. Su abordaje requiere sensibilidad, competencia clínica y una comprensión integral que supere el reduccionismo diagnóstico o moralizante.

3.1.1 Definiciones clínicas fundamentales:

Para intervenir de manera adecuada, el psicólogo clínico debe manejar con precisión las siguientes definiciones operativas, que delimitan el campo de acción:

- Suicidio: acto deliberado y autoinfligido con resultado letal, realizado con la intención consciente de morir. Lejos de ser un impulso momentáneo, suele ser el resultado de un proceso acumulativo de dolor psíquico, que va generando la percepción de que la muerte es la única vía de solución (Rocamora Bonilla, 2014; Núñez et al., 2024).
- Ideación suicida: presencia de pensamientos sobre la propia muerte, con distintos grados de elaboración. Puede manifestarse como deseos pasivos de desaparecer (“ojalá no despertara”) o como planificación activa del acto suicida (“he pensado cómo hacerlo”). La ideación puede fluctuar, intensificarse en situaciones críticas y no siempre es verbalizada espontáneamente (Antuña-Cambor et al., 2025).
- Tentativa de suicidio: acción autoinfligida realizada con la intención de morir, que no culmina en la muerte. Es el más fuerte predictor clínico de suicidio consumado y suele estar presente en historias clínicas previas de personas fallecidas por esta causa (Vásquez et al., 2021).
- Autolesión no suicida (ANS): conducta de dañarse físicamente sin intención de morir, generalmente como estrategia de regulación emocional. Aunque su finalidad no es letal, la ANS se considera un marcador de vulnerabilidad y riesgo, especialmente en adolescentes (Hernández Bello et al., 2023).

Este conjunto de definiciones permite establecer una línea continua de gravedad y urgencia, útil para la evaluación del riesgo y la planificación de intervenciones oportunas.

3.2. Perspectiva dimensional y fenomenológica

La conducta suicida, desde un enfoque contemporáneo, no puede comprenderse únicamente como un acto aislado, patológico o irracional. En cambio, se conceptualiza como un fenómeno dimensional y fenomenológico, lo cual implica dos perspectivas complementarias que enriquecen el abordaje clínico y psicosocial.

3.2.1 Perspectiva dimensional: un continuo de gravedad.

La perspectiva dimensional entiende la conducta suicida como un proceso que puede variar en intensidad, intencionalidad y letalidad. En lugar de clasificaciones rígidas o dicotómicas, esta visión propone un continuo que va desde pensamientos de muerte hasta el suicidio consumado, incluyendo en el trayecto diversos niveles de ideación suicida (pasiva o activa), planificación, preparación, tentativas y autolesiones no suicidas (Al-Halabí y Fonseca-

Pedrero, 2023). Esta progresión no es necesariamente lineal ni irreversible, pero sí acumulativa en cuanto al riesgo.

La ideación suicida, por ejemplo, puede aparecer de forma intermitente, pero su presencia persistente se asocia con una mayor probabilidad de transitar hacia la planificación y el intento. Asimismo, la autolesión no suicida, aunque no implica deseo de morir, puede escalar hacia conductas con mayor letalidad si no es adecuadamente comprendida e intervenida (Espada Sánchez et al., 2023).

Esta visión dimensional permite realizar evaluaciones más ajustadas al riesgo real, evitando tanto la minimización como la patologización innecesaria. Además, orienta al profesional hacia una intervención proporcional al nivel de afectación, ajustada a las necesidades subjetivas del paciente y a sus recursos disponibles.

3.2.2. Perspectiva fenomenológica: comprender desde la vivencia

La fenomenología, por su parte, invita a una comprensión profunda del significado que la conducta suicida tiene para quien la protagoniza. Desde este enfoque, el suicidio no se reduce a una categoría diagnóstica, sino que se interpreta como una expresión extrema del malestar psíquico, muchas veces vivido como inefable, solitario e incomprensido (Rocamora Bonilla, 2014).

El núcleo fenomenológico del suicidio radica en la experiencia subjetiva de quiebre del sentido vital, desesperanza radical y disociación del proyecto de vida. Como señalan Al-Halabí y Fonseca-Pedrero (2023), muchas personas que contemplan el suicidio no desean morir, sino dejar de sufrir o escapar de una vivencia que consideran insostenible. En este contexto, la intervención debe centrarse no solo en prevenir el acto, sino en reconstruir sentido, validar el sufrimiento y restaurar el vínculo con la vida y con otros.

Este enfoque también contempla aspectos existenciales del suicidio, tales como la percepción de pérdida de valor personal, inutilidad o desconexión social, que a menudo no son visibles desde enfoques puramente clínicos. En palabras de Rocamora Bonilla (2014), el suicidio se puede entender como un "grito no escuchado", un acto que intenta comunicar lo que no ha encontrado palabras.

3.3. Implicaciones clínicas

Adoptar una mirada dimensional y fenomenológica tiene consecuencias directas para la práctica clínica:

- Mejora la detección precoz de señales de riesgo, al reconocer la variedad y progresión de manifestaciones.
- Favorece un abordaje más empático, menos estigmatizante, que valida la experiencia sin reducirla al diagnóstico.
- Promueve intervenciones personalizadas y centradas en el significado del sufrimiento, en lugar de protocolos rígidos.
- Exige al profesional una actitud de escucha activa, comprensión y acompañamiento auténtico, más allá de la simple aplicación de técnicas.

Este doble enfoque constituye una herramienta fundamental para la intervención psicológica en crisis suicidas, ya que permite actuar tanto desde la evaluación del riesgo como desde la comprensión del dolor.

3.3.1 Magnitud del problema: cifras globales y nacionales

El suicidio es una de las principales causas de muerte a nivel mundial y representa un desafío significativo para la salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año más de 700.000 personas mueren por suicidio, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. En 2019, esta cifra representó aproximadamente el 1% de todas las muertes a nivel global (OMS, 2021). Además, el suicidio fue la tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años en 2021 (OMS, 2024).

3.3.2. Cifras en Ecuador

En Ecuador, el suicidio también constituye un problema de salud pública. En 2023, se registraron 1.106 suicidios consumados, de los cuales el 74,41% correspondieron a hombres y el 25,41% a mujeres (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023). La tasa de suicidios en el país fue de 6,23 por cada 100.000 habitantes en 2023, mostrando una ligera disminución respecto al año anterior (El Comercio, 2024). Particularmente preocupante es la situación entre los adolescentes. En 2019, el suicidio fue la principal causa de muerte en el grupo de 10 a 14 años y la segunda en el grupo de 15 a 19 años (Ministerio de Educación del Ecuador, 2023). Durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 en 2020, se registraron 97 suicidios en adolescentes de entre 10 a 19 años en el país (Guarnizo Chávez y Romero Heredia, 2021). Estas cifras reflejan la urgencia de implementar estrategias efectivas de prevención y atención en salud mental, especialmente dirigidas a los grupos más vulnerable.

3.4. Factores de riesgo y factores protectores

Comprender la conducta suicida requiere analizarla como un fenómeno multicausal, donde intervienen elementos personales, relacionales, sociales y culturales. La identificación de factores de riesgo **y** factores protectores resulta fundamental para el diseño de estrategias preventivas e intervenciones efectivas en salud mental, particularmente cuando se trabaja en escenarios de crisis.

3.4.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle ideación suicida o ejecute conductas autolesivas. Estos pueden agruparse en categorías individuales, familiares, sociales y contextuales.

Desde el plano individual, los trastornos mentales –como depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad y consumo de sustancias– se encuentran entre los factores más relevantes. La Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida señala que “el 90-95 % de los suicidios se relacionan con trastornos mentales” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 21).

A ello se suman características como desesperanza persistente, impulsividad, historial de intentos previos, experiencias traumáticas en la infancia y enfermedades crónicas o dolor físico insoportable.

En adolescentes y jóvenes, un metaanálisis reciente señala como factores críticos la baja autoestima, el bullying, la disfunción familiar, el abuso sexual y el aislamiento emocional (Gómez et al., 2022).

En el ámbito social, la pobreza, el desempleo, la migración forzada, la discriminación por identidad de género u orientación sexual, y la violencia intrafamiliar se reconocen como elementos que agravan el riesgo suicida (Ministerio de Educación del Ecuador, 2023). La accesibilidad a medios letales, como pesticidas o armas de fuego, también incrementa el riesgo, especialmente en entornos rurales.

Un aspecto no menor es el “efecto Werther”, es decir, el riesgo de suicidio inducido por la exposición sensacionalista a noticias de suicidio en medios de comunicación o redes sociales. Por ello, organismos internacionales recomiendan protocolos de comunicación responsable y centrada en la prevención (OMS, 2021).

– **Consejo profesional:**

Ante la duda, siempre prioriza la seguridad del paciente. Cuando el riesgo no puede descartarse con certeza, actúa como si fuera alto. La prevención es preferible al error clínico.

3.4.2. Factores protectores

En contraposición, los factores protectores son aquellos recursos personales o del entorno que amortiguan el impacto del riesgo y fortalecen la resiliencia ante el sufrimiento psicológico.

En lo individual, la presencia de sentido de vida, esperanza, capacidad de resolución de problemas y manejo emocional adaptativo se asocia con menor probabilidad de conductas suicidas (Rocamora Bonilla, 2014). También se ha observado que el hecho de tener hijos, mantener vínculos afectivos sólidos o participar en actividades con sentido comunitario puede generar un efecto protector (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

A nivel relacional, las redes de apoyo familiar, escolar y comunitario constituyen una barrera potente contra la ideación suicida. Espacios educativos seguros, programas de salud mental accesibles, acompañamiento terapéutico y contextos de inclusión social promueven una base de sostén fundamental para personas vulnerables (Gómez et al., 2022; Ministerio de Educación del Ecuador, 2023).

Tal como lo señala Rocamora Bonilla (2014), “la conducta suicida se produce cuando los factores de riesgo superan a los factores protectores que posee el individuo” (p. 96). Esta afirmación invita a intervenir no solo para reducir riesgos, sino también para fortalecer activamente los recursos personales y colectivos.

– **Pregunta para reflexionar:**

¿Por qué crees que hablar abiertamente sobre el suicidio puede ser una estrategia preventiva en lugar de un factor de riesgo?

3.5.1 Estigma y mitos frecuentes sobre el suicidio

La conducta suicida no solo es una realidad clínica compleja, sino también un fenómeno social fuertemente influido por creencias culturales, prejuicios históricos y distorsiones cognitivas compartidas. En muchos contextos, el suicidio sigue siendo un tema tabú, envuelto en silencio, miedo y estigmatización. Esta carga social, lejos de ser inocua, tiene efectos adversos

significativos sobre la prevención, detección temprana y abordaje adecuado de los casos en riesgo.

El estigma asociado al suicidio puede expresarse de múltiples formas: desde la culpabilización de la persona que ha intentado quitarse la vida, hasta la minimización o invalidación del sufrimiento que subyace a su conducta. A nivel comunitario, este estigma puede implicar aislamiento, rechazo social y dificultades para acceder a servicios de salud mental, especialmente en poblaciones jóvenes, rurales o con escasa alfabetización emocional (Rocamora Bonilla, 2014).

La literatura especializada destaca que el estigma también opera dentro del sistema de salud. Profesionales insuficientemente capacitados, actitudes moralizantes o el temor a intervenciones legales pueden obstaculizar una atención empática y eficaz (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2010). Asimismo, familiares o cuidadores pueden experimentar lo que se conoce como "estigma secundario", es decir, ser objeto de juicios sociales por el intento o suicidio consumado de un ser querido.

Una revisión reciente sobre población adolescente identificó que, si bien existe un conocimiento general aceptable sobre el suicidio, persisten mitos perjudiciales que pueden dificultar la detección e intervención oportuna (Ormart et al., 2024). Entre los mitos más comunes se encuentran:

- "Quien lo dice, no lo hace": la evidencia muestra que muchas personas que intentan o consuman suicidio habían manifestado verbalmente su deseo de morir (Rocamora Bonilla, 2014).
- "Hablar del suicidio puede inducir a cometerlo": por el contrario, abrir espacios seguros de diálogo suele tener un efecto protector, facilitando la expresión emocional y la búsqueda de ayuda (Ormart et al., 2024).
- "El suicidio es un acto egoísta o cobarde": esta afirmación desconoce la vivencia interna de desesperación, distorsión cognitiva y dolor psíquico que suele preceder a la conducta suicida (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023).
- "Solo las personas con trastornos mentales graves se suicidan": si bien los trastornos mentales son un factor de riesgo importante, el suicidio también puede darse en ausencia de diagnósticos clínicos previos, especialmente en contextos de crisis situacionales agudas.

Combatir estos mitos requiere una estrategia pedagógica, comunicacional y clínica que incluya la educación comunitaria, la formación especializada del personal de salud y la promoción de una cultura de salud mental libre de juicios y prejuicios. Como sugiere la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Ministerio de Sanidad español (2010), es fundamental que los profesionales actúen desde la comprensión empática, evitando frases o actitudes que refuercen el estigma, como cuestionar el valor moral del acto o minimizar el sufrimiento del paciente.

Desde una perspectiva preventiva, la desmitificación del suicidio es una herramienta crucial para romper el silencio que rodea esta problemática y facilitar tanto la ayuda como la recuperación. El rol del psicólogo clínico en contextos de crisis incluye, entonces, no solo la intervención terapéutica directa, sino también la tarea psicoeducativa de corregir creencias erróneas que perpetúan el riesgo.

– **Consejo profesional:**

Desmitificar ideas erróneas sobre el suicidio es un acto clínico y preventivo. Como profesional, nunca dudes en preguntar con claridad y respeto si una persona piensa en morir. La evidencia demuestra que preguntar salva vidas.

3.5.2 Modelos explicativos contemporáneos de la conducta suicida

El abordaje clínico y preventivo del suicidio exige una comprensión teórica que dé cuenta de su complejidad multicausal y de la singularidad del sufrimiento subjetivo que le subyace. En este sentido, la psicología contemporánea ha desarrollado diversos modelos explicativos que permiten identificar rutas hacia la ideación y la conducta suicida, así como orientar intervenciones pertinentes desde los contextos clínico y comunitario. A continuación, se presentan tres de los enfoques más reconocidos y sostenidos empíricamente: el modelo interpersonal del suicidio (IPTS), el modelo cognitivo de Beck y el modelo del suicidio como proceso, cada uno con sus aportes y limitaciones.

- **La Teoría Interpersonal del Suicidio (IPTS)**

Propuesta por Thomas Joiner, la Interpersonal Psychological Theory of Suicide (IPTS) plantea que la conducta suicida emerge cuando confluyen dos estados psicológicos: la carga percibida (perceived burdensomeness) y la pérdida o frustración del sentido de pertenencia (thwarted belongingness). Para que la persona pase de la ideación suicida a un intento letal, se requiere una tercera condición: la capacidad adquirida para el suicidio, entendida como la habituación al dolor físico y a la idea de morir (Castro-Osorio et al., 2022).

En un estudio con estudiantes de medicina en Colombia, se encontró que los predictores más robustos de ideación suicida eran la depresión y la carga percibida. Estos resultados apoyan empíricamente el modelo de Joiner en contextos latinoamericanos, y sugieren que la percepción de ser una carga, sumada a un déficit de vínculos significativos, configura un terreno fértil para la emergencia del deseo de morir (Castro-Osorio, Maldonado-Avenidaño y Cardona-Gómez, 2022).

- **Modelo Cognitivo de Beck**

Desde una perspectiva cognitiva, Aaron T. Beck propuso que la conducta suicida está fuertemente relacionada con la presencia de esquemas negativos autorreferenciales, distorsiones cognitivas y un patrón de pensamiento caracterizado por desesperanza y rigidez (Toro, 2013). Este enfoque, conocido como la tríada cognitiva, sostiene que las personas con riesgo suicida interpretan su mundo, a sí mismas y al futuro de manera desvalorizante, lo que conduce a un estado de desesperanza que potencia la ideación suicida.

Este modelo ha sido la base para el desarrollo de intervenciones cognitivas breves orientadas a modificar las creencias disfuncionales, favorecer el afrontamiento activo y fortalecer la adherencia al tratamiento, especialmente en población adolescente y adulta con antecedentes depresivos (Toro, 2013).

- **Modelo del suicidio como proceso**

Desde una perspectiva fenomenológica, algunos autores han planteado que el suicidio no debe entenderse como un evento aislado, sino como un proceso dinámico que evoluciona a lo largo del tiempo, influido por la interacción entre experiencias traumáticas, factores socioculturales, estilos de afrontamiento y eventos actuales estresantes (Gómez Chamorro, 2021).

Este modelo enfatiza la gradualidad del fenómeno, visibilizando las fases que pueden ir desde la ideación pasiva hasta la planeación y el intento suicida. El suicidio se concibe aquí como la expresión final de un sufrimiento psíquico

que no ha encontrado otras vías de simbolización ni contención. Tal mirada permite afinar el análisis clínico y diseñar intervenciones preventivas que se ajusten a cada momento del proceso suicida.

En conjunto, estos modelos contribuyen a desentrañar la arquitectura interna del sufrimiento suicida desde perspectivas complementarias. Mientras el modelo interpersonal destaca el vacío relacional y la autopercepción como carga; el modelo cognitivo remite al sistema de creencias disfuncionales y la desesperanza; y el enfoque procesual, a la evolución temporal del malestar emocional. Su integración en la formación de profesionales clínicos permite un abordaje más profundo, ético y humano de la conducta suicida.

Tabla 1. Comparación entre modelos explicativos de la conducta suicida

Modelo	Elemento central	Aporte clínico	Limitación principal
Modelo interpersonal (Joiner)	Pérdida de pertenencia + carga	Detecta factores psicosociales	No incorpora aspectos neurobiológicos
Modelo cognitivo (Beck)	Desesperanza y distorsiones	Útil en psicoterapia post-crisis	Requiere mayor introspección del paciente
Modelo procesual (Shneidman)	Psicache o dolor psíquico	Profundiza en sufrimiento subjetivo	Difícil de aplicar en urgencias

Fuente: Elaboración propia con base en Joiner (2005), Beck et al. (1985), Shneidman (1993).

– **Definiciones Pregunta para reflexionar:**

¿Qué modelo explicativo consideras que ofrece mayor utilidad clínica en situaciones de crisis aguda? Justifica tu elección con base en su aplicabilidad.

3.5.3 Evaluación del riesgo suicida

La evaluación del riesgo suicida es una competencia clínica crítica que forma parte esencial del quehacer del psicólogo en situaciones de emergencia. Esta tarea no puede ser abordada como un simple proceso diagnóstico, sino que debe concebirse como un acto terapéutico, ético y preventivo, cuyo propósito es identificar oportunamente señales de alarma, estimar el nivel de peligrosidad y tomar decisiones clínicas que garanticen la protección de la vida y el bienestar de la persona en crisis.

Evaluar el riesgo no implica predecir con certeza un suicidio, sino detectar indicios de vulnerabilidad que, en interacción con factores personales, sociales y contextuales, aumentan la probabilidad de una conducta autolesiva. Esta evaluación se sustenta en el juicio clínico informado, derivado de una entrevista empática y estructurada, y se complementa con el uso de escalas validadas que facilitan la organización de la información y permiten el seguimiento del riesgo en el tiempo (Ministerio de Sanidad, 2012; Rangel-Garzón et al., 2015).

Para que esta evaluación sea realmente eficaz, debe integrar dimensiones subjetivas y objetivas. Es decir, no basta con verificar la presencia o ausencia de ideación suicida; es necesario explorar la experiencia emocional del consultante, la intensidad del sufrimiento, la pérdida de sentido vital, el grado de desesperanza, la percepción de carga hacia los demás, así como las condiciones del entorno que pueden precipitar o mitigar el riesgo (Rocamora Bonilla, 2014; Moreno-Aguirre et al., 2022).

En este contexto, la evaluación adquiere valor no solo como técnica, sino como una instancia de contención, escucha y acompañamiento clínico. El profesional no debe limitarse a "medir" el riesgo, sino propiciar un espacio donde la persona se sienta validada, comprendida y orientada, lo cual constituye, en sí mismo, un acto preventivo.

Además, este proceso demanda una actitud profesional activa y responsable: se debe intervenir con sensibilidad, evitando tanto la negligencia como la sobreactuación. El enfoque debe ser equilibrado: ni subestimar señales sutiles, ni sobredimensionar indicadores aislados. La experiencia clínica, el trabajo interdisciplinario y el uso de protocolos institucionales fortalecen la capacidad de respuesta del psicólogo ante estos escenarios de alto impacto emocional (Sánchez Alegre, 2020; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022).

En suma, la evaluación del riesgo suicida no puede reducirse a un acto técnico, sino que debe abordarse como una práctica ética e integral que exige competencia profesional, sensibilidad humana y una comprensión profunda del sufrimiento psíquico que subyace a toda conducta suicida.

- **Evaluación clínica: más allá de los síntomas**

La evaluación clínica del riesgo suicida comienza con la entrevista psicológica, que constituye el eje central del proceso diagnóstico y la puerta de entrada a

una intervención efectiva. Más allá de recabar datos, esta entrevista es un acto profundamente humano: supone el encuentro entre una persona en crisis y un profesional cuya tarea no es solo observar, sino acoger y contener. Desde una perspectiva ética y terapéutica, este momento inicial exige crear un espacio de escucha respetuosa, validación emocional y ausencia de juicio, condiciones fundamentales para que emerja la narrativa de dolor que, muchas veces, ha permanecido silenciada por miedo, vergüenza o desesperanza.

El suicidio, como fenómeno psíquico, suele estar rodeado de estigmas, silencios y mitos sociales que dificultan su abordaje clínico. Rocamora Bonilla (2014) subraya que muchas personas con ideación suicida no comunican su intención por temor a ser incomprendidas o reprendidas, por lo que el papel del terapeuta consiste en ofrecer un entorno seguro que favorezca la expresión emocional sin presión ni coerción. Este contexto de confianza es indispensable, ya que el acto mismo de hablar sobre el suicidio no incrementa el riesgo, sino que permite aliviar tensiones, clarificar pensamientos y movilizar recursos internos y externos.

La entrevista clínica debe desarrollarse con orden, pero también con flexibilidad empática. Se recomienda iniciar con preguntas abiertas, que permitan explorar libremente el estado emocional de la persona, y luego avanzar hacia áreas más sensibles, como la ideación suicida. La literatura especializada coincide en que ciertos indicadores deben ser explorados de forma sistemática, entre ellos:

- **Presencia de ideación suicida:** tanto pasiva (“quisiera no despertar”) como activa (“pienso en quitarme la vida”), indagando su frecuencia, intensidad, duración y nivel de urgencia.
- **Existencia de un plan:** grado de elaboración, acceso a medios letales, lugar y momento pensados, lo que permite estimar la capacidad para ejecutar la conducta.
- **Nivel de desesperanza o desregulación emocional:** sentimientos de vacío, percepción de que el dolor es interminable, alteraciones del sueño, agitación emocional o desbordamiento afectivo.
- **Antecedentes personales y familiares de suicidio o autolesiones:** los intentos previos son el predictor más confiable de futuras conductas suicidas (Ministerio de Sanidad, 2012), y la historia familiar aporta información sobre posibles factores de aprendizaje o vulnerabilidad genética.

- **Rasgos de impulsividad o presencia de comorbilidad psiquiátrica:** especialmente depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos de personalidad o abuso de sustancias.
- **Factores protectores:** apoyo familiar, vínculos significativos, metas personales, creencias religiosas o espirituales, sentido de responsabilidad hacia otras personas.

Estos componentes deben ser explorados con sensibilidad, respetando el ritmo del consultante. No se trata de seguir un cuestionario cerrado, sino de facilitar un diálogo clínico en el que la persona pueda desplegar sus pensamientos sin temor. En este sentido, la actitud del profesional es tan relevante como la técnica que emplea: una mirada cálida, una escucha activa y un silencio oportuno pueden ser tan terapéuticos como una intervención estructurada.

Además, es importante recordar que la verbalización de pensamientos suicidas no debe ser interpretada automáticamente como un signo de gravedad clínica, sino como una oportunidad de intervención. Diversos estudios han demostrado que muchas personas que atraviesan ideación suicida no desean morir, sino poner fin a su sufrimiento, y que el hecho de sentirse escuchadas puede disminuir significativamente la urgencia de sus pensamientos (Sánchez Alegre, 2020; Moreno-Aguirre et al., 2022). Por ello, el vínculo que se establece en la entrevista no solo informa el diagnóstico, sino que actúa en sí mismo como una forma de intervención inicial.

Finalmente, el registro clínico de esta entrevista debe ser detallado, claro y orientado a la toma de decisiones clínicas. Debe incluir una descripción cualitativa del estado emocional de la persona, los hallazgos clave de la evaluación, el nivel de riesgo estimado y las decisiones terapéuticas adoptadas, garantizando siempre el principio de confidencialidad, salvo en los casos en los que la vida del paciente esté en peligro y sea necesario activar redes de protección.

3.6. Herramientas psicométricas complementarias

Si bien la entrevista clínica constituye el eje fundamental de la evaluación del riesgo suicida, los instrumentos psicométricos ofrecen una valiosa fuente de información estructurada y objetivable, que permite detectar, seguir y cuantificar la evolución del riesgo a lo largo del tiempo. Estas herramientas no sustituyen el juicio clínico, pero lo enriquecen y contribuyen a tomar decisiones

informadas y replicables, especialmente en contextos de urgencia o en equipos interdisciplinarios.

A continuación, se describen algunos de los instrumentos más utilizados en la práctica clínica, seleccionados por su respaldo empírico y su aplicabilidad en población adolescente y adulta:

- **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (ERSP)**

Diseñada por Plutchik y Van Praag (1989), esta escala explora dimensiones clave como la ideación suicida, intentos previos, desesperanza, impulsividad y consumo de sustancias. Ha sido adaptada en contextos latinoamericanos, demostrando buena consistencia interna y utilidad como herramienta de tamizaje en adolescentes. En Colombia, la versión adaptada mostró una alta fiabilidad (alfa de Cronbach = .89) y una sensibilidad significativa para discriminar entre niveles de riesgo suicida (Suárez-Colorado et al., 2022).

- **Escala de Ideación Suicida de Beck (Beck Scale for Suicide Ideation, BSI)**

Esta escala evalúa la presencia, frecuencia, intensidad y control percibido sobre pensamientos suicidas. Consta de 21 ítems autoadministrados y ha demostrado ser sensible a los cambios clínicos, por lo que es especialmente útil para valorar la evolución del riesgo durante el tratamiento. Es considerada una de las herramientas más utilizadas y validadas en el ámbito clínico, tanto para población general como en entornos hospitalarios (Guía de práctica clínica, 2020).

- **Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS)**

La desesperanza ha sido reconocida como un predictor sólido de conducta suicida. La BHS mide expectativas negativas hacia el futuro mediante 20 ítems de respuesta dicotómica. Diversos estudios reportan que una puntuación mayor a 9 está asociada a mayor probabilidad de intento o suicidio consumado, aunque se recomienda interpretar los resultados con precaución debido a su baja especificidad (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2020)

- **SAD PERSONS Scale**

Esta herramienta mnemotécnica fue desarrollada por Patterson et al. (1983) para facilitar la evaluación rápida del riesgo suicida en contextos de emergencia. Evalúa 10 factores: Sexo, Edad, Depresión, Intentos previos, Consumo de alcohol, Pérdida de juicio racional, Apoyo social escaso, Plan

suicida, Falta de pareja y Enfermedad física. El puntaje total clasifica el riesgo como bajo, moderado o alto, lo que orienta la necesidad de seguimiento o derivación urgente (Manual de Psicología de la Conducta Suicida, 2020).

Importante: Estas herramientas deben ser empleadas por profesionales capacitados, con un criterio ético y contextual. Sus resultados requieren interpretación clínica cuidadosa, considerando el estado emocional del paciente, la dinámica familiar, los factores socioculturales y la disponibilidad de recursos.

- **Conclusión didáctica**

El uso de escalas estandarizadas facilita una evaluación más completa del riesgo suicida, favorece la toma de decisiones basadas en evidencia y permite documentar con mayor rigor el proceso clínico. Para estudiantes de psicología, familiarizarse con estas herramientas no solo fortalece sus competencias técnicas, sino también su capacidad para intervenir éticamente en situaciones de alto riesgo.

3.6.1. Categorización del riesgo y toma de decisiones

Una vez recopilada e integrada la información proveniente de la entrevista clínica, la observación directa y, cuando corresponda, las herramientas psicométricas, el profesional debe realizar una categorización del riesgo suicida. Esta clasificación orienta las acciones inmediatas, el nivel de contención requerido y la intensidad del acompañamiento terapéutico. No se trata únicamente de etiquetar una situación, sino de adoptar decisiones fundamentadas que permitan preservar la vida, evitar daños y ofrecer respuestas clínicas proporcionales a la gravedad del caso.

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su 11.^a revisión (CIE-11) destaca que la evaluación del riesgo suicida debe comprender no solo la existencia de ideación o planes suicidas, sino también factores funcionales como el nivel de sufrimiento subjetivo, el sentimiento de desesperanza, la percepción de carga hacia los demás y la capacidad de pedir ayuda (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Esta mirada integral amplía el alcance de la evaluación clínica tradicional, invitando a considerar el riesgo como un fenómeno complejo y multidimensional.

La literatura clínica y los protocolos institucionales recomiendan una categorización del riesgo en tres niveles: bajo, moderado y alto. Esta distinción se basa en variables como la presencia e intensidad de la ideación suicida, la existencia de un plan, el acceso a medios letales, el nivel de desesperanza, la

presencia de factores protectores y el juicio clínico del profesional interviniente (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica, 2010).

Nivel de riesgo	Indicadores clínicos frecuentes	Recomendaciones generales
Bajo	Ideación pasiva, sin plan concreto, emocionalidad estable, buena red de apoyo, sin antecedentes de intentos recientes.	Seguimiento ambulatorio, fortalecimiento de factores protectores, elaboración de plan de seguridad básico, orientación familiar.
Moderado	Ideación activa con plan poco estructurado, malestar emocional significativo, escasa red de apoyo, posible comorbilidad psiquiátrica.	Supervisión clínica frecuente, intervención individual y familiar, psicoeducación intensiva, diseño de plan de seguridad detallado, evaluación para posible derivación.
Alto	Plan suicida claro y detallado, acceso a medios, antecedentes de intentos recientes, desesperanza intensa, aislamiento social.	Derivación inmediata a servicios especializados, restricción activa de medios, activación de protocolo de emergencia, posible hospitalización voluntaria o involuntaria.

Este enfoque coincide con los *Lineamientos operativos para la atención a personas con intención y/o intentos suicidas* del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2021), en los que se plantea que el abordaje del riesgo debe ser flexible, centrado en la persona, y considerar tanto los factores clínicos como las condiciones sociales que puedan aumentar su vulnerabilidad. El documento enfatiza, además, la necesidad de realizar una evaluación continua, ya que el riesgo puede fluctuar rápidamente en función de los cambios contextuales.

Esta categorización no debe asumirse de forma rígida, sino como una guía dinámica, que debe actualizarse según la evolución clínica del paciente y las condiciones de su entorno. Las decisiones terapéuticas deben quedar registradas con claridad en la historia clínica, junto con los factores considerados para justificar la intervención elegida.

Es importante subrayar que el nivel de riesgo no se determina exclusivamente por la presencia de ideación suicida, sino por su combinación con otros elementos, como la impulsividad, la pérdida de juicio, el aislamiento, el acceso a medios letales y la percepción subjetiva de sufrimiento insoportable. Por ello, la categorización requiere tanto de conocimiento técnico como de sensibilidad clínica.

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública (2022) ha establecido lineamientos específicos para el ingreso hospitalario, el egreso seguro y la derivación interinstitucional en pacientes con conducta suicida. Estos criterios contemplan no solo los factores clínicos, sino también condiciones sociales y estructurales que pueden aumentar la vulnerabilidad, como el abandono familiar, la pobreza extrema o la violencia estructural.

En definitiva, categorizar el riesgo es un acto clínico y preventivo, que permite al profesional actuar de forma ética, oportuna y proporcional al nivel de amenaza, siempre con el objetivo prioritario de proteger la vida y dignificar el sufrimiento de la persona en crisis.

Las decisiones clínicas tomadas durante la categorización del riesgo deben quedar claramente registradas en la historia clínica del paciente, especificando el nivel de riesgo, los factores considerados y las intervenciones propuestas. Asimismo, siempre que sea posible y adecuado, dichas decisiones deben ser comunicadas con claridad tanto al paciente como a su red de apoyo más cercana, con respeto por su autonomía y conforme a los protocolos institucionales vigentes. Esta transparencia fortalece la continuidad asistencial y previene malentendidos en la atención.

– **Pregunta para reflexionar:**

¿Qué consecuencias éticas y clínicas podrían derivarse de una subestimación del riesgo suicida en la entrevista de emergencia?

3.6.2. Principios éticos en la intervención en crisis suicida

La intervención en crisis suicida plantea desafíos éticos complejos que deben ser abordados con claridad, sensibilidad profesional y profundo compromiso con la dignidad humana. El sufrimiento psíquico que experimenta una persona en riesgo suicida exige al profesional de la salud mental un accionar ético que combine la protección del derecho a la vida con el respeto por la autonomía, la confidencialidad y la justicia en el acceso a los servicios de salud.

- **El respeto a la vida como principio rector**

Uno de los principios éticos fundamentales en la atención de conductas suicidas es el compromiso con la preservación de la vida. Como señalan Turiño y Castro (2003), el suicidio representa uno de los dilemas más delicados para la medicina contemporánea, ya que confronta el valor intrínseco de la vida con el sufrimiento subjetivo del paciente. Desde una perspectiva ética, la protección de la vida debe prevalecer como principio no negociable, lo cual justifica la activación de protocolos de intervención incluso si la persona manifiesta ambivalencia sobre su voluntad de vivir.

Este principio se articula también con el de no maleficencia, es decir, evitar todo acto u omisión que pueda incrementar el daño. La omisión de intervención ante señales claras de riesgo suicida podría constituir una negligencia ética y profesional.

- **Aliviar el sufrimiento sin fomentar la muerte**

El principio de beneficencia, entendido como la obligación de actuar en beneficio del paciente, cobra una dimensión especial en la atención a personas con ideación suicida. Turiño y Castro (2003) plantean que el alivio del sufrimiento es un imperativo ético, pero advierten que esto no implica en ningún caso facilitar o justificar el suicidio asistido, el cual se encuentra fuera del marco de la ética clínica, especialmente en contextos jurídicos donde esta práctica no está permitida.

El abordaje ético exige, por tanto, un compromiso con el bienestar psíquico, la reducción del malestar emocional agudo, y el fortalecimiento de los factores protectores, como el vínculo social, la esperanza y el sentido de propósito vital (Rocamora Bonilla, 2014).

- **Respeto por la autonomía en condiciones de vulnerabilidad**

Si bien la autonomía es un principio ético central en la práctica psicológica, su aplicación en contextos de crisis suicida requiere matices. La conducta suicida no siempre es expresión de una voluntad libre e informada, sino que, como reconocen Turiño y Castro (2003), muchas veces responde a una alteración aguda de los mecanismos adaptativos, influida por el dolor emocional, la desesperanza o trastornos mentales. En este sentido, la voluntariedad del acto suicida se encuentra comprometida, lo que justifica que el profesional actúe de forma protectora, incluso si esto implica medidas excepcionales como la ruptura del secreto profesional.

El Código Deontológico del Psicólogo (Consejo General de COP, 2010) establece que la confidencialidad puede y debe ser levantada cuando hay riesgo inminente para la vida del paciente o de terceros, siempre dejando constancia del criterio clínico que justifica dicha acción. Asimismo, el Meta-Código de Ética de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (1995) sostiene que la responsabilidad del psicólogo es ante todo preservar la integridad y seguridad del individuo.

- **Justicia y equidad en la atención**

El principio de justicia ética exige garantizar que toda persona en riesgo suicida tenga acceso a intervenciones psicológicas inmediatas y apropiadas, sin discriminación por edad, género, condición económica o lugar de residencia. Este principio es particularmente relevante en contextos donde las inequidades estructurales limitan el acceso a servicios de salud mental, como reconocen el Ministerio de Inclusión Económica y Social (2022) y el Ministerio de Educación (2022) en sus protocolos y guías de prevención.

Los profesionales están llamados a actuar como agentes de equidad, articulando recursos comunitarios, promoviendo la inclusión y luchando contra el estigma que muchas veces impide que las personas busquen ayuda o que las instituciones respondan con diligencia.

- **Responsabilidad profesional y compromiso social**

Como plantea Rocamora Bonilla (2014), intervenir en crisis suicida no es solo un acto clínico, sino también un acto profundamente ético y social, pues involucra el cuidado de una vida en su momento más vulnerable. Esto requiere una postura profesional basada en la competencia, la actualización continua, el autocuidado emocional del terapeuta y la disposición a actuar con humanidad, firmeza y empatía.

- **Pregunta para reflexionar:**

¿Cuáles podrían ser los riesgos de intervenir de manera directiva o impositiva en un caso de tentativa suicida reciente?

- **Nota destacada:**

La confidencialidad en contextos suicidas no es absoluta. Cuando existe riesgo vital, el deber de proteger la vida se impone sobre la reserva profesional. Este principio debe explicarse claramente al paciente.

3.6.3. Estrategias de intervención psicológica inmediata

Las intervenciones psicológicas inmediatas ante una conducta suicida tienen como propósito contener la crisis, preservar la vida, disminuir el sufrimiento emocional agudo y establecer condiciones mínimas de seguridad para la persona en riesgo. Estas acciones se implementan en un lapso corto posterior a la identificación del riesgo y pueden ejecutarse en diversos contextos: centros de salud, escuelas, domicilios, espacios comunitarios e incluso en escenarios prehospitalarios.

A diferencia de otras formas de abordaje terapéutico, la intervención psicológica inmediata no persigue un proceso de cambio profundo ni la elaboración de conflictos, sino que se enfoca en estabilizar a la persona, reducir el riesgo de autolesión y orientar hacia los recursos de apoyo. Por ello, requiere de técnicas y actitudes específicas, así como de una comprensión clara del riesgo suicida y del contexto del evento.

3.7. Principios fundamentales

La intervención psicológica inmediata ante una conducta suicida debe estar guiada por principios éticos, técnicos y humanitarios que aseguren una respuesta eficaz, oportuna y respetuosa hacia la persona en crisis. Estos principios no solo orientan la conducta profesional, sino que constituyen el fundamento para establecer un vínculo terapéutico que favorezca la estabilización emocional y la toma de decisiones seguras.

Uno de los pilares fundamentales es el establecimiento de una actitud empática y libre de juicios. Tal como señala el Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias (2018), la primera tarea del profesional es escuchar con atención y sin prejuicios, validando los sentimientos del individuo, sin minimizar ni cuestionar la gravedad de su experiencia subjetiva. Este principio no es solo ético, sino también técnico, ya que la validación emocional reduce la percepción de incompreensión, una de las variables asociadas al riesgo suicida.

Otro principio esencial es el de la contención emocional en un marco de calma y estructura. Weber et al. (2017) afirman que la presencia del profesional debe transmitir serenidad y seguridad, lo cual es especialmente relevante en contextos donde la persona puede encontrarse desorganizada, desesperada o hiperactivada emocionalmente. En este sentido, el profesional actúa como un "ancla" que ayuda a modular la intensidad emocional y facilitar la verbalización de pensamientos y sentimientos.

La intervención debe también regirse por el principio de acción focalizada y orientada al aquí y ahora. Dado que se trata de una situación crítica, no es el momento de explorar antecedentes históricos profundos, sino de intervenir sobre lo urgente, asegurando la protección de la vida y reduciendo el malestar psicológico inmediato (Pedreira, 2019). Esto incluye la evaluación rápida del riesgo, la activación de redes de apoyo y la construcción de un plan de seguridad básico.

Asimismo, se debe tener presente el principio de individualización del abordaje. La conducta suicida no obedece a una única causa ni responde de la misma forma en todas las personas. Como advierte Fonseca y Pérez (2020), cada caso implica una configuración distinta de factores psicosociales, culturales, familiares y personales, por lo que la intervención debe adaptarse a las características particulares del sujeto, su entorno y sus recursos personales.

En línea con esto, otro principio rector es la protección de la dignidad y la autonomía del individuo, incluso en estados de crisis. Aunque el riesgo vital pueda justificar medidas excepcionales (como la ruptura del secreto profesional), estas deben realizarse dentro del marco ético establecido y con el menor nivel de coerción posible. La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (1995) y el Código Deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2010) advierten que el profesional debe actuar para preservar la vida, pero respetando la confidencialidad, salvo cuando esté en juego la integridad del propio paciente o de terceros.

Finalmente, la intervención inmediata debe entenderse como parte de un proceso integral, y no como un hecho aislado. Como indican Masatoshi et al. (2019), las acciones iniciales deben ir seguidas de un acompañamiento continuo y estructurado, donde el vínculo terapéutico establecido en la emergencia puede ser clave para sostener el tratamiento a largo plazo y prevenir recaídas.

Estos principios ofrecen al profesional un marco de acción coherente, sensible y técnicamente fundamentado, que le permite intervenir con eficacia y humanidad en uno de los escenarios más complejos de la psicología clínica.

- **Estrategias recomendadas**

Las estrategias de intervención psicológica inmediata ante una conducta suicida deben ser eficaces, éticas, culturalmente sensibles y orientadas a la protección de la vida. Dado que se actúa en un contexto de urgencia, estas estrategias deben aplicarse de forma organizada y adaptable según el nivel de riesgo, la edad, la red de apoyo disponible y el estado emocional de la

persona. A continuación, se describen las acciones recomendadas por la literatura especializada y los protocolos institucionales vigentes.

- **Evaluación rápida del riesgo**

El primer paso consiste en identificar con prontitud el nivel de riesgo suicida, distinguiendo entre riesgo bajo, moderado y alto. Esta evaluación debe considerar la presencia de ideación activa, la existencia de un plan específico, el acceso a medios letales, intentos previos, factores de desesperanza y consumo de sustancias, así como el juicio clínico del profesional (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2022; Rocamora Bonilla, 2014). Para ello, puede utilizarse una entrevista semiestructurada o escalas clínicas de apoyo, sin perder de vista el contexto y la narrativa personal del consultante.

- **Establecimiento de una relación terapéutica inmediata**

Aunque el tiempo es limitado, el establecimiento de un vínculo de confianza es esencial. El profesional debe presentarse de forma clara, mostrar disponibilidad emocional, utilizar un lenguaje directo y transmitir respeto incondicional. Alejandro Rocamora (2014) subraya la importancia de “acoger” al consultante como primer paso terapéutico, es decir, brindar un espacio seguro donde se escuche con atención activa, sin interrumpir ni juzgar. La validación de emociones como el miedo, la ira o la tristeza puede reducir significativamente la intensidad del malestar.

- **Contención emocional y estabilización**

En la mayoría de los casos, la persona en crisis presenta un alto nivel de activación emocional, confusión cognitiva o pensamientos repetitivos. Por tanto, es necesario aplicar técnicas breves de contención emocional como la respiración consciente, la reorientación verbal, la focalización en el presente o el grounding sensorial (James y Gilliland, 2016; Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias, 2018). Estas acciones ayudan a recuperar el control subjetivo y favorecen la organización del pensamiento.

- **Construcción de un plan de seguridad**

Una estrategia fundamental es la elaboración conjunta de un plan de seguridad básico, que incluye compromisos verbales o escritos de no autolesión en el corto plazo, identificación de señales de alerta, personas de confianza a contactar, lugares seguros, y actividades distractoras o reconfortantes. El Protocolo del Ministerio de Educación (2022) enfatiza que este plan debe ser práctico, entendible y revisable, y que nunca sustituye la evaluación clínica ni el seguimiento profesional.

- **Activación de la red de apoyo**

El entorno familiar, social y comunitario constituye un factor protector clave. Siempre que sea posible, se debe incluir a una persona significativa en el proceso inmediato: padres, pareja, amigos o docentes, en función del contexto. La Guía metodológica del MIES (2022) recomienda orientar a las familias sobre cómo sostener emocionalmente al afectado, brindar escucha sin juicio y mantener vigilancia no intrusiva. En entornos escolares o institucionales, es necesario articular el trabajo con otros profesionales y autoridades para implementar medidas de protección.

- **Derivación especializada y seguimiento**

Toda intervención inmediata debe garantizar continuidad. Si se trata de un caso de riesgo alto o de intento suicida reciente, se debe derivar de forma urgente a servicios de salud mental con atención psiquiátrica. En niveles moderados o bajos de riesgo, se establece un cronograma de atención psicológica individual, con seguimiento telefónico o presencial. Según Masatoshi et al. (2019), el contacto postcrisis es una medida eficaz para disminuir la probabilidad de recaídas. La derivación debe incluir una retroalimentación clara a la persona y, si corresponde, a su red de apoyo.

- **Documentación ética y comunicación responsable**

Finalmente, es indispensable registrar cuidadosamente la información recabada durante la intervención, siguiendo los principios del secreto profesional, pero también considerando la posibilidad de ruptura del mismo si existe un riesgo inminente para la vida. El Código Deontológico del Psicólogo (2010) y el Meta-Código de Ética de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (1995) son referentes en esta materia.

Estas estrategias, cuando se aplican en conjunto y desde una perspectiva integradora, permiten no solo reducir el riesgo inmediato, sino también generar condiciones mínimas para una intervención terapéutica más profunda, protegiendo la vida como valor supremo y reconociendo la dignidad de la persona en situación de crisis.

3.8. Consideraciones contextuales

Toda intervención psicológica inmediata ante una conducta suicida debe situarse dentro de un marco contextual que considere las características individuales, socioculturales e institucionales del caso. Ignorar el entorno en el que vive y actúa la persona en crisis puede dar lugar a intervenciones

ineficaces o incluso contraproducentes. Por tanto, es fundamental que el profesional analice el contexto como parte activa de la intervención.

- **Contexto sociocultural y cosmovisiones sobre el suicidio**

Las representaciones sociales del suicidio varían significativamente entre culturas, grupos sociales y comunidades. En algunos entornos, el suicidio se percibe como un acto de debilidad o pecado, mientras que en otros puede estar asociado a valores de honor, sacrificio o desesperanza colectiva (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Estas interpretaciones influyen directamente en el nivel de estigmatización, la disposición a buscar ayuda y la respuesta que la comunidad ofrece al individuo en riesgo.

Rocamora Bonilla (2014) advierte que la vivencia suicida debe ser comprendida desde una perspectiva fenomenológica, considerando la experiencia subjetiva del individuo y sus significados vitales. Una misma conducta puede tener sentidos distintos dependiendo de factores como la religión, el origen étnico, el género o la historia familiar. Por ello, el profesional debe mostrar sensibilidad cultural y evitar imponer una interpretación unívoca de los motivos o reacciones del paciente.

- **Condiciones estructurales y acceso a servicios**

En muchos países latinoamericanos, incluyendo Ecuador, existen limitaciones estructurales que condicionan la atención oportuna del riesgo suicida. Estas barreras incluyen la escasa cobertura de salud mental, la centralización de servicios especializados, la falta de personal capacitado y el estigma institucional hacia los trastornos psicológicos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Como consecuencia, muchas personas en situación de crisis no acceden a ayuda profesional en el momento que más la necesitan.

El Protocolo de actuación frente a situaciones de suicidio e intentos autolíticos del Ministerio de Educación del Ecuador (2022) reconoce que en comunidades rurales o marginadas es necesario articular estrategias comunitarias y reforzar el rol preventivo de actores locales (docentes, promotores, líderes comunitarios), brindando capacitación básica en detección y respuesta inicial.

- **Edad, género y condición de vulnerabilidad**

El contexto vital del individuo –etapa del ciclo de vida, género, orientación sexual, pertenencia a minorías o situación de movilidad humana– también influye en los factores de riesgo, las manifestaciones de la crisis y la respuesta esperada. La Guía metodológica para la prevención del suicidio del MIES (2022) subraya que los adolescentes y jóvenes, especialmente aquellos que

enfrentan violencia intrafamiliar, discriminación o abandono, pueden presentar una mayor vulnerabilidad, requiriendo estrategias diferenciadas de abordaje.

Asimismo, los hombres suelen presentar tasas más altas de suicidio consumado, mientras que las mujeres tienen mayor prevalencia de intentos autolíticos no letales, lo cual exige considerar enfoques diferenciados según género, evitando estereotipos que invisibilicen el sufrimiento emocional (OPS, 2021).

- **Contexto comunitario y redes de soporte**

En situaciones de riesgo suicida, el entorno comunitario puede convertirse en una fuente crítica de apoyo o, por el contrario, en un factor de riesgo adicional. La intervención inmediata no debe limitarse a lo individual, sino que debe considerar las dinámicas del grupo primario al que pertenece la persona, como la familia, los vecinos, líderes locales, docentes, compañeros y referentes culturales.

La Guía metodológica para la prevención del suicidio del MIES (2022) subraya que la acción comunitaria no solo es útil en la prevención, sino también en la contención posterior a la crisis. En contextos donde los recursos institucionales son limitados, los actores comunitarios –bien formados y articulados– pueden brindar un soporte psicosocial sostenido, promoviendo redes de cuidado que disminuyen el aislamiento.

Por otra parte, Rocamora Bonilla (2014) insiste en que la intervención debe considerar las “fuerzas protectoras del entorno” y no únicamente los factores de riesgo. Identificar a una persona significativa en la comunidad que pueda sostener emocionalmente al consultante –un docente, vecino, líder espiritual o incluso un par– puede marcar la diferencia entre una intervención eficaz y una desvinculada del contexto real del sujeto.

En zonas rurales o de difícil acceso, como lo reconoce el Protocolo del Ministerio de Educación (2022), la activación de redes locales de vigilancia comunitaria y el fortalecimiento de la corresponsabilidad entre escuela, familia y servicios de salud, son claves para la respuesta oportuna. Esto también implica sensibilizar a la comunidad sobre la conducta suicida, desmontar estigmas y facilitar el acceso a rutas de atención sin temor a la discriminación.

En definitiva, el trabajo colaborativo con la comunidad no solo potencia los efectos de la intervención inmediata, sino que favorece procesos de acompañamiento sostenido y sentido de pertenencia, dos factores fundamentales para prevenir recaídas y fortalecer el deseo de vivir.

- **Consejo profesional:**

En crisis suicidas, el objetivo no es “resolver” el problema, sino mantener a la persona viva el tiempo suficiente para que el sufrimiento pueda disminuir y se activen nuevas redes de sentido.

Elementos de cierre- Capítulo 3

B. Resumen

La conducta suicida representa una de las expresiones más críticas del sufrimiento psíquico humano y constituye un desafío clínico, ético y social para la psicología de emergencias. Este capítulo abordó su comprensión desde una perspectiva fenomenológica y dimensional, permitiendo al lector interpretar el suicidio no solo como una conducta aislada, sino como el desenlace de un proceso complejo, progresivo y frecuentemente silenciado.

Se presentaron definiciones clínicas clave como ideación suicida, tentativa, suicidio consumado y autolesión no suicida. Asimismo, se destacaron factores de riesgo y protección, junto con el análisis de cifras epidemiológicas globales y locales, que muestran la magnitud del problema, especialmente en población adolescente.

El capítulo profundizó en modelos teóricos contemporáneos (interpersonal, cognitivo y procesual), que permiten comprender los distintos factores que confluyen en el surgimiento de la conducta suicida. También se desarrollaron estrategias de evaluación clínica y categorización del riesgo, así como el uso complementario de instrumentos psicométricos.

En cuanto a la intervención inmediata, se detallaron principios técnicos y éticos fundamentales, junto con estrategias concretas para estabilizar al paciente y activar redes de apoyo. Se subrayó la importancia del respeto por la vida, la empatía, la contención emocional y la acción clínicamente proporcionada al nivel de riesgo. Finalmente, se consideraron factores contextuales clave para una intervención culturalmente sensible y ajustada a la realidad del paciente.

- **Autoevaluación formativa**

(Seleccione la respuesta correcta)

1. ¿Cuál de los siguientes elementos forma parte de la Teoría Interpersonal del Suicidio de Joiner?

- A. Esquemas negativos y desesperanza
- B. Proceso dinámico de malestar psíquico
- C. Pérdida del sentido de pertenencia
- D. Trastornos mentales graves

2. Una diferencia clave entre ideación suicida y autolesión no suicida es:

- A. La ideación ocurre solo en adultos.
- B. La autolesión no tiene motivación emocional.
- C. La ideación implica deseo de morir; la ANS no.
- D. Ambas implican planificación del acto.

3. ¿Qué nivel de riesgo se categoriza cuando hay ideación activa, plan poco estructurado y malestar emocional significativo?

- A. Bajo
- B. Moderado
- C. Alto
- D. Muy alto

4. ¿Cuál es una herramienta psicométrica para evaluar desesperanza asociada a riesgo suicida?

- A. ERSP
- B. BHS
- C. BDI
- D. DSM-5

5. ¿Qué principio ético permite levantar la confidencialidad en caso de riesgo vital?

- A. Autonomía
- B. Justicia
- C. No maleficencia
- D. Confidencialidad condicionada

- **Actividad de aplicación práctica**

Caso clínico breve:

Gabriela, una joven de 19 años, fue llevada por su madre al centro de salud tras haber manifestado: "No le encuentro sentido a nada, estoy harta de fingir que estoy bien". En consulta, Gabriela admite que ha pensado en quitarse la vida, pero que no tiene un plan. Ha tenido episodios de autolesión (cortes superficiales en muñecas), presenta síntomas de ansiedad y llanto frecuente. Vive con su madre, no tiene contacto con su padre, y ha sido víctima de ciberacoso escolar. No acepta asistencia psiquiátrica, pero accede a continuar en seguimiento psicológico.

- **Indicaciones para el estudiante:**

1. Identifique el nivel de riesgo suicida según los indicadores clínicos presentes.
2. Describa tres acciones inmediatas que debería implementar el psicólogo interviniente.
3. Señale dos factores de riesgo y dos factores protectores potenciales.
4. Explique brevemente el modelo teórico que mejor se ajusta al caso y por qué.

- **Glosario**

Término	Definición breve
Ideación suicida	Pensamientos sobre la propia muerte, con o sin intención de actuar.
Autolesión no suicida	Daño físico autoinfligido sin intención letal, generalmente como forma de regulación emocional.
Desesperanza	Estado afectivo negativo caracterizado por visión pesimista del futuro.
Plan suicida	Estructuración consciente del método, tiempo y lugar para una conducta suicida.
Carga percibida	Creencia subjetiva de ser un peso para los demás, relacionada con la ideación suicida.

Categorización del riesgo	Clasificación del nivel de peligro vital según criterios clínicos y contextuales.
Contención emocional	Estrategia terapéutica breve para reducir la intensidad emocional en crisis.
Evaluación clínica	Proceso de entrevista diagnóstica para comprender el riesgo suicida de forma integral.
Intervención inmediata	Acciones psicológicas breves para estabilizar y proteger a una persona en crisis.
Estigma	Juicio o prejuicio social que impide abordar abiertamente temas como el suicidio.

Referencias bibliográficas

- Alejandro Rocamora Bonilla. (2014). Intervención en crisis en las conductas suicidas. Desclée de Brouwer.
- Al-Halabí, S., y Fonseca-Pedrero, E. (Coords.). (2023). Manual de psicología de la conducta suicida. Ediciones Pirámide.
- Antuña-Cambor, C., Rodríguez-Díaz, F. J., y Rabito-Alcón, M. F. (2025). Depressive symptoms and suicide risk: A moderate mediation. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 16(1), 10-15. <https://doi.org/10.70478/rips.2025.16.02>
- Castro-Osorio, R., Maldonado-Avenidaño, N., y Cardona-Gómez, P. (2022). Propuesta de un modelo de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Colombia: un estudio de simulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51(1), 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.09.001>.
- Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. (2018). Guía para la actuación del profesional de la psicología en emergencias y catástrofes. <https://www.cop-asturias.org>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2010). Código Deontológico del Psicólogo.
- El Comercio. (2024, 10 de septiembre). Hablar sobre lo que sientes puede ayudar a prevenir suicidios. <https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador/hablar-sientes-ayuda-prevenir-suicidio-dia-internacional.html>
- Espada Sánchez, J. P., Piqueras Rodríguez, J. A., Soto-Sanz, V., y Morales Sabuco, A. (2023). Conducta suicida y autolesiones en la infancia y la adolescencia. En S. Al-Halabí y E. Fonseca-Pedrero (Coords.), *Manual de psicología de la conducta suicida* (pp. 111-135). Ediciones Pirámide.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (1995). Meta-Código de Ética.
- Fonseca, M., y Pérez, J. (2020). Conducta suicida: conceptualización y abordaje clínico. *Revista de Psicología y Salud Mental*, 4(1), 33-48.
- Gómez Chamorro, A. (2021). La conducta suicida como proceso. *Mutatis Mutandis: Revista Internacional de Filosofía*, (16), 119-128. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5205198>.

- Gómez, M. E., Ramírez, J., y Perea, A. (2022). Factores de riesgo y protección para la ideación e intento de suicidio en adolescentes y jóvenes latinoamericanos: Revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psicología*, 31(2), 45-60. <https://doi.org/10.15446/rcp.v31n2.98341>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2010). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <https://portal.guiasalud.es>
- Guarnizo Chávez, A. J., y Romero Heredia, N. A. (2021). Estadística epidemiológica del suicidio adolescente durante confinamiento por pandemia de Covid-19 en Ecuador. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(4), 819-825. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i4.3984>
- Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. (2020). Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_561_conducta_suicida_compl.pdf
- Hernández Bello, L. S., de la Hoz Restrepo, F., y Ríos Paternina, A. M. (2023). *Factores de riesgo y protección para la ideación e intento de suicidio en adolescentes y jóvenes latinoamericanos: Revisión sistemática*. [Artículo en edición].
- James, R. K., y Gilliland, B. E. (2016). *Crisis intervention strategies* (8.ª ed.). Cengage Learning.
- Masatoshi, I., Okada, T., y Takahashi, Y. (2019). Continuity of care in suicide prevention: Impact of assertive contact and follow-up. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(6), 321-329. <https://doi.org/10.1111/pcn.12898>
- Ministerio de Educación del Ecuador. (2022). *Protocolo de actuación frente a situaciones de suicidio e intentos autolíticos detectados en el Sistema Nacional de Educación*. Quito: Dirección Nacional de Educación para la Democracia y el Buen Vivir.
- Ministerio de Educación del Ecuador. (2023). *Situaciones de suicidio e intentos autolíticos*. <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2023/11/situaciones-de-suicidios.df>

Intervención psicológica en crisis y emergencia: fundamentos y aplicaciones
prácticas

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2022). *Guía metodológica para prevención del suicidio*. Quito, Ecuador: Dirección de Prevención de Vulnerabilidad de Derechos. <https://www.inclusion.gob.ec>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). **Lineamientos operativos para la atención a personas con intención y/o intentos suicidas en establecimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador**. Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). **Manual operativo para la gestión de casos de riesgo suicida**. Dirección Nacional de Gestión de la Calidad.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). **Criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio (v.3)**. Unidad de Gestión de la Calidad en Salud Mental, Red Integral de Salud Quito Sur.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). **Fortalecimiento de la salud mental comunitaria**. <https://www.salud.gob.ec>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). **Guía técnica para la atención del intento autolítico y conducta suicida**.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). **Candlelight 'una luz de esperanza' por la prevención del suicidio, en Quito**. <https://www.salud.gob.ec/candlelight-una-luz-de-esperanza-por-la-prevencion-del-suicidio-en-quito/>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023a). **Informe Candlelight 2023: Datos de suicidio en Ecuador**. <https://www.salud.gob.ec>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Guías de Práctica Clínica en el SNS. <https://portal.guiasalud.es>

Moreno-Aguirre, A. M., Ramos-Casallas, M., y Rodríguez-Padilla, M. (2022). **Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en adolescentes colombianos**. *Revista de Psicología*, 40(1), 1-11. <https://doi.org/10.14349/ripe.2022.v40.n1.1>

Organización Mundial de la Salud. (2014). **Prevención del suicidio: Un imperativo global**. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

- Organización Mundial de la Salud. (2021, 17 de junio). Una de cada 100 muertes es por suicidio. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Clasificación Internacional de Enfermedades 11.ª Revisión - Guía de referencia clínica (Versión 2023-01). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240060005>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Hoja informativa sobre el suicidio. <https://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (2024, 10 de septiembre). Día Mundial de la Prevención del Suicidio 2024: cambiando la narrativa. <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2024-dia-mundial-prevencion-suicidio-2024-cambiando-narrativa>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Suicidio en las Américas: políticas, programas y prácticas. <https://www.paho.org/es/temas/suicidio>
- Ormart, E., Stagno, V., y Díaz Cano, L. (2024). Mitos y conocimiento sobre el suicidio adolescente. *Revista de Psicología*, 23(2), 37-56. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe177>
- Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., y Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24(4), 343-349.
- Pedreira, J. L. (2019). *Prevención e intervención en conducta suicida: Guía para profesionales de la salud mental*. Editorial Síntesis.
- Plutchik, R., y Van Praag, H. M. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology y Biological Psychiatry*, 13(Suppl), S23-S34.
- Rangel Villafaña, J. N., y Jurado Cárdenas, S. (2022). Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud*, 32(1), 39-48. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
- Rangel-Garzón, C. X., Suárez-Beltrán, M. F., y Escobar-Córdoba, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 707-716.
- Rocamora Bonilla, A. (2014). *Intervención en crisis en las conductas suicidas* (2.ª ed.). Desclée de Brouwer.

- Sánchez Alegre, C. (2020). ¿Hablamos del suicidio? Editorial Desclee de Brouwer.
- Suárez-Colorado, Y., Hurtado-Parrado, C., y Rodríguez-Burbano, A. M. (2022). Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de riesgo suicida Plutchik en adolescentes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(2), 145-156.
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 7(1), 93-102. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297226904010>.
- Turiño Pedraja, J. A., y Castro Perdomo, F. E. (2003). Conducta suicida en niños y adolescentes: aspectos éticos y morales. Hospital Pediátrico Eduardo Agramonte Piña. *Revista Cubana de Salud Mental*.
- Vásquez, J., Moreno, A., y Hidalgo, L. (2021). Mitos y conocimiento sobre el suicidio adolescente. *Revista Chilena de Salud Mental*, 17(1), 28-35.
- Weber, B., Sánchez, J., y Reinoso, M. (2017). Psicología de urgencias: herramientas para la intervención inmediata. *Revista Latinoamericana de Psicología Clínica*, 15(2), 112-123.

CAPÍTULO 4. AUTOCUIDADO DEL INTERVINIENTE

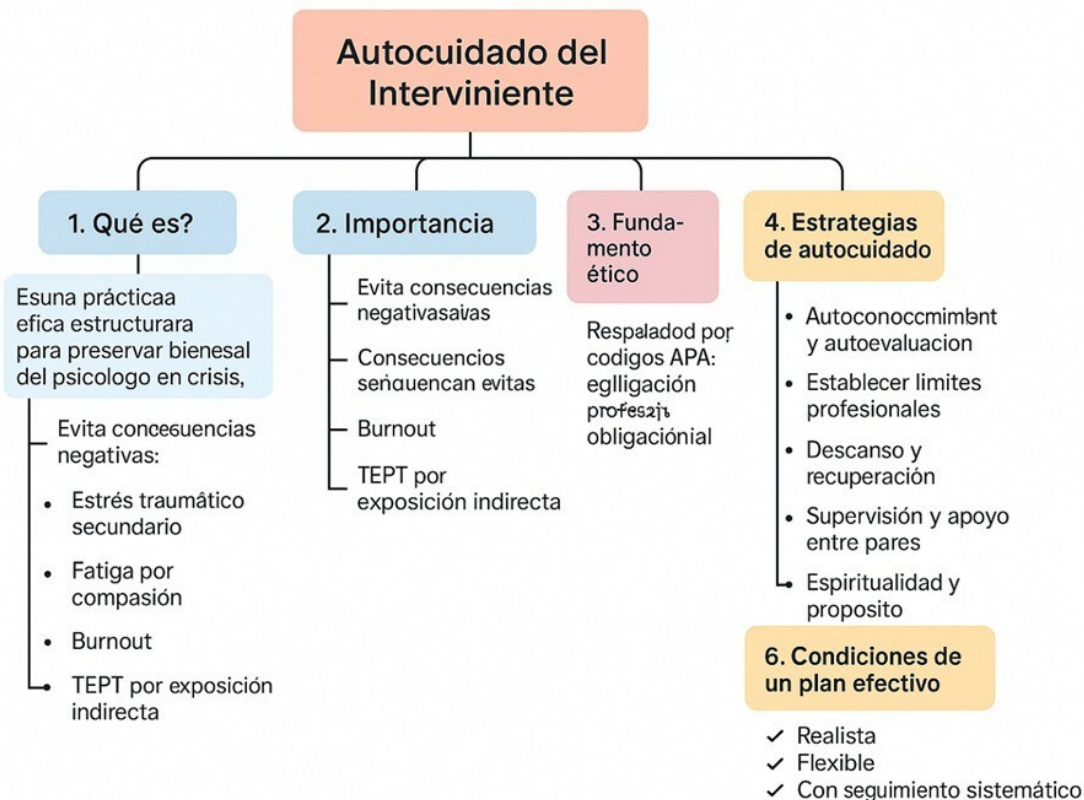
Elementos de apertura

El autocuidado es una responsabilidad esencial para los profesionales de la salud, fundamental para garantizar una atención de calidad y preservar el bienestar tanto del paciente como del proveedor.

– Organización Panamericana de la Salud (2023)

Carla es una psicóloga clínica que forma parte de un equipo de intervención en crisis desplegado tras un deslizamiento de tierra que afectó a varias comunidades. Durante días ha brindado apoyo emocional a personas que han perdido sus hogares, familiares o estabilidad emocional. Aunque al inicio se sentía motivada por su vocación, ha comenzado a experimentar agotamiento físico, irritabilidad constante, insomnio y una sensación de desconexión emocional. Ha evitado hablar con su familia sobre su trabajo y le cuesta encontrar motivación para nuevas actividades. Carla no ha considerado que estos síntomas podrían estar relacionados con su rol como interviniente.

Figura 1. Mapa conceptual del autocuidado del interviniente



Nota. Elaboración propia basada en Norcross y Guy (2007), Rothschild (2021) y Cruz Roja Ecuatoriana (2024).

- **Reflexión inicial:**

¿Cuántos profesionales, motivados por su vocación de ayuda, descuidan su propio bienestar emocional?

¿Qué implicaciones psíquicas puede tener acompañar el sufrimiento humano sin establecer límites saludables ni aplicar estrategias de autocuidado?

- **Objetivos de aprendizaje del capítulo**

Al finalizar este capítulo, el estudiante será capaz de:

- Explicar la importancia del autocuidado como una práctica profesional esencial en contextos de crisis y emergencia.
- Identificar los principales riesgos psicológicos que enfrentan los intervinientes, como el estrés traumático secundario, la fatiga por compasión y el burnout.
- Reconocer factores protectores y estrategias de autocuidado personal y profesional.
- Elaborar un plan personal de autocuidado que incluya dimensiones emocionales, físicas, sociales y espirituales.

Preguntas para guiar la lectura

1. ¿Qué se entiende por autocuidado del interviniente y cuál es su relevancia en contextos de crisis?
2. ¿Cuáles son los principales riesgos psicoemocionales que enfrentan los profesionales que intervienen en situaciones de emergencia?
3. ¿Qué estrategias pueden aplicarse para prevenir el desgaste profesional en quienes brindan apoyo psicológico en crisis?
4. ¿Por qué el autocuidado constituye una responsabilidad ética dentro del ejercicio profesional en psicología?
5. ¿Qué componentes debe incluir un plan personal de autocuidado efectivo y sostenible?
6. ¿Qué componentes debe tener un plan de autocuidado efectivo y sostenible?

4.1 Introducción al autocuidado del interviniente

4.1.1 Definición de autocuidado profesional

En el contexto de la intervención psicológica en crisis y emergencia, el autocuidado profesional se define como el conjunto de prácticas conscientes, sistemáticas y sostenibles que los profesionales de ayuda –psicólogos, trabajadores sociales, personal de salud, entre otros– adoptan para preservar su bienestar físico, emocional, cognitivo y relacional, con el fin de mantener su efectividad terapéutica y prevenir el deterioro psicosocial asociado a su labor.

El autocuidado no se limita a acciones puntuales o de bienestar general, sino que constituye un componente estructural y ético del ejercicio profesional. Implica reconocer que la exposición constante a situaciones traumáticas y a altos niveles de sufrimiento humano puede generar consecuencias negativas para el interviniente, tales como estrés traumático secundario, fatiga por compasión y síndrome de burnout (Rothschild, 2021; Cruz Roja Ecuatoriana, 2024).

Desde esta perspectiva, el autocuidado se considera una estrategia preventiva esencial, que permite no solo sostener la salud mental del profesional, sino también asegurar un acompañamiento eficaz, ético y empático a las personas afectadas por emergencias. Tal como señala la Guía de Cuidado y Autocuidado al Interviniente de la Cruz Roja Ecuatoriana (2024), el autocuidado debe contemplarse en todas las fases del ciclo de respuesta: antes, durante y después de la intervención, a través de acciones cotidianas, organización de factores protectores, apoyo entre pares, reflexión y técnicas específicas de cuidado.

Por su parte, Vargas Machado y Vargas Sepúlveda (2023) destacan que el autocuidado en el personal de primera línea depende no solo del conocimiento de estrategias, sino también de competencias como la adaptabilidad, la capacidad reflexiva y el aprendizaje activo, que permiten responder adecuadamente a contextos cambiantes y de alta demanda emocional.

En la práctica clínica, adoptar un enfoque de autocuidado profesional significa desarrollar habilidades de autorregulación emocional, establecer límites claros, cultivar redes de apoyo, buscar supervisión clínica periódica y diseñar planes personalizados que consideren las propias vulnerabilidades y fortalezas. Como afirma Rothschild (2021), cuidarse a sí mismo no es un acto egoísta, sino una condición indispensable para sostener el compromiso con los demás sin comprometer la propia salud.

4.1.2 Relevancia del autocuidado en contextos de emergencia y crisis

Los contextos de emergencia, catástrofes o crisis humanitarias suponen escenarios de elevada complejidad emocional para los profesionales que intervienen. Psicólogos, personal sanitario, rescatistas, fuerzas del orden y otros actores de primera línea están expuestos no solo a demandas técnicas y operativas intensas, sino también a una carga emocional constante, derivada del contacto directo con el sufrimiento, el dolor y la desorganización social. Esta exposición reiterada puede afectar significativamente su salud mental y su capacidad de respuesta si no se aplican estrategias adecuadas de autocuidado.

La evidencia empírica ha mostrado que los intervinientes en crisis presentan una alta prevalencia de alteraciones psicológicas, tales como síntomas de estrés postraumático (PTSD), ansiedad, depresión y desgaste por empatía, incluso en mayores proporciones que la población general (Alshahrani et al., 2022). En especial, los trabajadores de servicios de emergencia médica, bomberos y psicólogos que intervienen en situaciones críticas enfrentan un riesgo elevado de desarrollar trastornos por estrés traumático secundario, debido a la exposición indirecta pero continua a eventos traumáticos (Tessier et al., 2022).

Esta situación se agrava cuando las organizaciones no reconocen explícitamente las condiciones de riesgo psicosocial en las que operan sus equipos. Como destaca Enrique Parada Torres (2009), en su análisis sobre el estrés en profesiones de socorro, la falta de preparación psicológica y de medidas preventivas institucionalizadas contribuye a la vulnerabilidad emocional de los profesionales, deteriorando su desempeño y bienestar.

Desde un enfoque organizacional y preventivo, diversos estudios coinciden en que el autocuidado no solo es una responsabilidad individual, sino también una obligación ética e institucional. Las estrategias efectivas de autocuidado y apoyo mutuo entre pares contribuyen a reducir el estigma asociado a las dificultades emocionales en estas profesiones, y fomentan una cultura de salud mental proactiva (Protocol for the Implementation and Evaluation of Text Messaging, 2022; Vargas Machado y Vargas Sepúlveda, 2023).

Por tanto, la inclusión sistemática del autocuidado como parte de la formación, supervisión y cultura organizacional en escenarios de crisis no solo fortalece la resiliencia individual, sino que optimiza la sostenibilidad de los servicios de atención en situaciones críticas, donde el recurso humano representa el eje central de la respuesta psicosocial.

4.1.3 Marco ético del autocuidado en psicología

En la práctica de la psicología, especialmente en escenarios de crisis y emergencia, el autocuidado profesional no es una opción personal o un acto voluntario de bienestar, sino una obligación ética que garantiza el ejercicio responsable de la profesión y la protección de los usuarios del servicio.

Los códigos deontológicos y las guías de buenas prácticas reconocen que el profesional de la salud mental, al estar expuesto a altos niveles de estrés, puede ver afectada su capacidad de juicio, empatía y eficacia clínica si no gestiona adecuadamente su salud integral. En este sentido, el autocuidado no solo protege al terapeuta, sino también al paciente, quien tiene derecho a recibir una atención ética, competente y emocionalmente disponible.

El Código Ético del Psicólogo de la American Psychological Association (APA, 2017) establece de manera explícita, en el principio A (Beneficencia y no maleficencia), que los psicólogos deben “tener en cuenta el bienestar de los individuos con quienes trabajan profesionalmente” y, para ello, deben “estar atentos a los propios estados físicos y mentales y a los posibles efectos negativos que estos puedan tener sobre el trabajo profesional” (sección 2.06).

En esa misma línea, el Código Deontológico del Psicólogo Español (Colegio Oficial de Psicólogos, 2011) señala en su artículo 5 que el psicólogo debe “abstenerse de ejercer su actividad profesional cuando existan circunstancias personales que puedan afectar de forma significativa a su competencia o imparcialidad”. Esta disposición aplica directamente a los casos en que el desgaste emocional, el burnout o el estrés secundario puedan comprometer la calidad del servicio.

Desde la perspectiva de la psicología de emergencias, Enrique Parada Torres (2009) advierte que los intervinientes deben ser entrenados no solo en técnicas de intervención, sino también en prácticas de autocuidado y supervisión, ya que la sobreexposición a eventos traumáticos sin una adecuada gestión emocional puede conducir a errores clínicos, retraumatización de las víctimas o abandono profesional.

Adicionalmente, la literatura internacional en salud mental y catástrofes coincide en que la promoción institucional del autocuidado –a través de espacios de supervisión, rotación de funciones, acompañamiento y prevención del desgaste– debe ser parte de los protocolos éticos organizacionales, especialmente en contextos de alta exposición al sufrimiento humano (Obuobi-Donkor et al., 2022).

En suma, el autocuidado ético implica reconocer que el bienestar del profesional no es un fin individualista, sino una condición para ejercer la psicología de forma ética, efectiva y sostenible, particularmente en entornos donde se interviene con personas en situaciones de vulnerabilidad extrema.

– **¿Qué es el autocuidado ético en psicología?**

El autocuidado ético es la práctica profesional consciente mediante la cual el psicólogo cuida activamente de su bienestar físico, emocional, cognitivo y relacional, reconociendo que su estado personal incide directamente en la calidad de la atención que brinda. Esta práctica se fundamenta en principios deontológicos que exigen al profesional abstenerse de intervenir cuando sus condiciones personales puedan comprometer la competencia, la objetividad o el bienestar de las personas atendidas (American Psychological Association, 2017; Consejo General de la Psicología de España, 2015; Parada Torres, 2009).

– **Pregunta de reflexión**

¿Qué implicaciones éticas puede tener brindar atención psicológica sin haber identificado ni atendido los propios signos de desgaste profesional?

4.2. Riesgos psicoemocionales del trabajo en crisis

4.2.1 Estrés traumático secundario

El estrés traumático secundario (ETS) es uno de los principales riesgos psicoemocionales que enfrentan los profesionales de la salud mental, trabajadores sociales, personal sanitario y de rescate que intervienen de manera recurrente en contextos de crisis, violencia, desastres o catástrofes. Este fenómeno se define como el conjunto de síntomas similares al trastorno de estrés postraumático (TEPT) que se desarrollan a raíz de la exposición indirecta a las experiencias traumáticas de otras personas, particularmente en escenarios donde se presta ayuda emocional, médica o social (Figley, 1995; Rothschild, 2021).

El ETS se diferencia del trauma primario en que el profesional no ha vivido directamente el evento traumático, sino que se ve afectado por la escucha activa, la empatía prolongada y la implicación emocional con personas que han experimentado situaciones devastadoras. Esta cercanía emocional genera, con el tiempo, una absorción de parte del dolor o sufrimiento del otro, activando respuestas fisiológicas y cognitivas similares a las que presenta una víctima directa del trauma (Bride, 2007).

Entre los síntomas más frecuentes del ETS se encuentran:

- Intrusiones (imágenes mentales, pesadillas relacionadas con los relatos escuchados).
- Evitación (resistencia a escuchar más testimonios o asistir al lugar de trabajo).
- Hiperactivación (insomnio, irritabilidad, hipervigilancia).
- Cambios negativos en el estado de ánimo y la cognición (culpa, desesperanza, desconexión emocional).

Varios estudios han documentado la alta prevalencia del ETS en profesionales que intervienen en emergencias. Por ejemplo, Alshahrani et al. (2022), en una revisión sistemática, hallaron que el personal de primera respuesta presenta tasas significativamente más altas de síntomas de estrés postraumático, depresión y ansiedad en comparación con la población general. Esta situación compromete no solo la salud mental del profesional, sino también la calidad de los servicios que presta, pudiendo conducir al deterioro de la alianza terapéutica, errores clínicos y abandono profesional prematuro (Parada Torres, 2009).

El desarrollo del ETS también está relacionado con factores de vulnerabilidad individuales, como la historia personal de trauma, el nivel de empatía, la sobrecarga laboral o la falta de redes de apoyo. Asimismo, la ausencia de espacios de supervisión clínica, programas institucionales de contención o estrategias sistemáticas de autocuidado agravan la sintomatología y prolongan sus efectos (Rothschild, 2021; Cruz Roja Ecuatoriana, 2024).

Reconocer los signos tempranos del estrés traumático secundario resulta fundamental para activar mecanismos de prevención y mitigación. La psicoeducación, la supervisión, el fortalecimiento de las competencias de autorregulación emocional y la práctica constante de autocuidado profesional son intervenciones clave que permiten proteger al interviniente y sostener su capacidad de respuesta ante situaciones de sufrimiento extremo.

4.2.2 Fatiga por compasión

La fatiga por compasión es un fenómeno psicológico que afecta a profesionales de ayuda expuestos de manera constante a la narrativa del sufrimiento humano. Se refiere a un agotamiento emocional profundo y progresivo que surge como consecuencia de la empatía prolongada hacia personas que han experimentado situaciones traumáticas o de alta vulnerabilidad. Este concepto fue introducido por Charles Figley (1995) como parte de lo que denominó "costes del cuidado", diferenciándolo del burnout

por su rápida instalación y por su vínculo específico con la compasión y la empatía.

A diferencia del estrés traumático secundario, que se asocia con la exposición indirecta a eventos traumáticos, la fatiga por compasión se relaciona principalmente con el proceso empático: es decir, con el esfuerzo emocional sostenido que implica ponerse en el lugar del otro una y otra vez, en contextos de alta demanda emocional. Es común en psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, personal médico, rescatistas y voluntarios humanitarios (Rothschild, 2021).

Las manifestaciones clínicas de la fatiga por compasión incluyen:

- Desconexión emocional y pérdida de empatía.
- Desgaste profesional, cinismo y despersonalización.
- Alteraciones del sueño, irritabilidad, y síntomas somáticos inespecíficos.
- Sentimientos de impotencia, desesperanza y desmotivación laboral.

La investigación empírica ha mostrado que la fatiga por compasión puede deteriorar la calidad del servicio prestado, limitar la capacidad de vinculación terapéutica y aumentar el riesgo de abandono profesional. Alshahrani et al. (2022) advierten que los profesionales que presentan este cuadro tienden a mostrar mayores niveles de burnout y trastornos depresivos, particularmente en escenarios de emergencia, atención a víctimas de violencia o desastres naturales.

Un factor central en el desarrollo de la fatiga por compasión es la ausencia de una cultura institucional del autocuidado. Cuando los profesionales no cuentan con espacios de supervisión clínica, apoyo entre pares, entrenamiento en límites empáticos o tiempos de recuperación adecuados, el riesgo de fatiga emocional se incrementa significativamente (Obuobi-Donkor et al., 2022). Asimismo, como señala Parada Torres (2009), en el ámbito de la psicología de emergencias, esta fatiga no debe interpretarse como una señal de debilidad profesional, sino como un indicador de que se ha estado profundamente comprometido con el sufrimiento humano.

Frente a este fenómeno, se propone un abordaje preventivo centrado en tres niveles:

1. **Individual:** desarrollo de habilidades de regulación emocional, establecimiento de límites, y práctica de autocuidado personal.
2. **Interpersonal:** fortalecimiento del apoyo social, supervisión entre pares y participación en redes de contención emocional.

3. **Organizacional:** inclusión de políticas de cuidado del personal, rotación de funciones, pausas activas y acceso a servicios de salud mental.

Reconocer la fatiga por compasión como un fenómeno real, frecuente y prevenible, constituye un paso esencial para sostener la salud emocional de los profesionales y garantizar la continuidad ética y efectiva de su labor en contextos de crisis.

4.2.3 Burnout

El síndrome de burnout, también conocido como síndrome de desgaste ocupacional, es una alteración psicológica caracterizada por un estado persistente de agotamiento emocional, despersonalización y disminución del rendimiento laboral. Este fenómeno afecta principalmente a profesionales que ejercen su labor en contextos de alta demanda interpersonal y emocional, como es el caso de los trabajadores de la salud, la educación, la intervención psicosocial y la atención en crisis.

El burnout fue descrito inicialmente por Freudenberger en 1974 y posteriormente operacionalizado por Maslach y Jackson (1981) a través del Maslach Burnout Inventory (MBI), instrumento que permitió identificar tres dimensiones esenciales del síndrome:

1. Agotamiento emocional: sensación de sobrecarga afectiva y pérdida de energía frente al trabajo.
2. Despersonalización: respuestas cínicas, frías o distantes hacia los beneficiarios del servicio.
3. Reducción de la realización personal: percepción de ineficacia, frustración y bajo logro profesional.

En el caso específico de los profesionales que intervienen en contextos de emergencia y crisis, el burnout puede desarrollarse como consecuencia de la exposición prolongada al sufrimiento ajeno, la toma de decisiones en escenarios complejos, la falta de reconocimiento institucional y la sobrecarga de tareas (Parada Torres, 2009; Vargas Machado y Vargas Sepúlveda, 2023).

El burnout no solo afecta el bienestar del profesional, sino que también compromete la calidad del servicio, incrementa los errores clínicos, deteriora las relaciones laborales y se asocia con un mayor ausentismo, rotación de personal y abandono de la profesión. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), el burnout ha sido incorporado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un fenómeno ocupacional

vinculado al estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido gestionado con éxito.

Estudios recientes han reportado prevalencias elevadas de burnout en personal de primera línea. Por ejemplo, en su revisión sistemática, Alshahrani et al. (2022) encontraron que el burnout, junto con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático, es una condición frecuente en cuerpos de rescate, servicios de salud y psicólogos de emergencia, particularmente en situaciones postdesastre o en contextos de violencia masiva.

Desde una perspectiva preventiva, es fundamental identificar los factores de riesgo y de protección asociados al burnout. Entre los factores de riesgo se encuentran: jornadas extensas sin pausas, ambientes organizacionales rígidos, falta de supervisión clínica, ambigüedad en los roles y escasa autonomía profesional. En contraste, los factores protectores incluyen: autocuidado regular, espacios de apoyo entre colegas, entrenamiento en autorregulación emocional, liderazgo empático y estrategias organizacionales centradas en el bienestar del equipo (Rothschild, 2021; Cruz Roja Ecuatoriana, 2024).

El abordaje del burnout exige una respuesta multidimensional. En el plano individual, se recomienda el fortalecimiento de competencias como la resiliencia, el mindfulness y la gestión del tiempo. A nivel institucional, se requieren políticas de salud ocupacional, programas de detección temprana, acceso a atención psicológica y promoción del autocuidado profesional como una responsabilidad ética y organizacional compartida.

4.2.4 Trastorno de estrés postraumático vinculado a la exposición indirecta

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una alteración psicológica que puede desarrollarse no solo por la exposición directa a un evento traumático, sino también como consecuencia de la exposición indirecta, particularmente cuando esta ocurre de forma repetida y en el marco de la actividad profesional. Esta forma de manifestación ha sido reconocida oficialmente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), el cual incluye como criterio diagnóstico la exposición indirecta a detalles traumáticos intensos a través de narraciones, testimonios o acompañamiento terapéutico (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Profesionales como psicólogos clínicos, trabajadores sociales, paramédicos, personal de emergencias, policías y rescatistas están especialmente expuestos a este tipo de riesgo, debido a la naturaleza de su labor, que les exige una implicación empática y constante con personas que han vivido experiencias traumáticas graves. En estos casos, el TEPT no se origina por haber vivido en

carne propia el suceso traumático, sino por haber sido testigo reiterado de su relato, imágenes o consecuencias, especialmente cuando estas situaciones implican violencia, sufrimiento extremo, muerte o vulneración de derechos humanos (Figley, 1995; Rothschild, 2021).

Los síntomas del TEPT vinculado a la exposición indirecta son equivalentes a los del trauma directo. Incluyen:

- Reexperimentación (imágenes, recuerdos intrusivos o pesadillas vinculadas al relato de los pacientes).
- Evitación (rechazo a entornos, personas o tareas asociadas a la experiencia relatada).
- Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (culpa, distorsión de creencias, desconexión emocional).
- Hiperactivación (hipervigilancia, sobresaltos, irritabilidad o insomnio).

La investigación científica ha demostrado que la exposición acumulativa a eventos traumáticos ajenos puede generar consecuencias neurobiológicas y emocionales similares a las del trauma vivido en primera persona (Tessier et al., 2022). De hecho, estudios en personal de salud mental y de emergencias indican una prevalencia significativa de síntomas de TEPT entre quienes trabajan directamente con víctimas de trauma, incluso cuando no han sido ellos mismos afectados de manera directa (Bride, 2007; Alshahrani et al., 2022).

Este fenómeno también ha sido denominado traumatización vicaria, y se diferencia del estrés traumático secundario por la intensidad, persistencia y funcionalidad clínica de los síntomas, que cumplen criterios diagnósticos completos del TEPT. La traumatización vicaria representa una forma profunda de alteración de las creencias personales del profesional acerca de la seguridad, la justicia, la humanidad o el sentido del trabajo, siendo particularmente devastadora si no se reconoce y trata oportunamente (Rothschild, 2021).

Desde una perspectiva ética y preventiva, resulta fundamental que las instituciones promuevan la identificación temprana y el abordaje clínico de estos síntomas, ofrezcan espacios de supervisión profesional y prioricen estrategias organizacionales que reconozcan el impacto emocional de la labor en crisis. Asimismo, es clave que los propios profesionales desarrollen conciencia sobre este riesgo, mantengan prácticas de autocuidado, y busquen ayuda especializada cuando aparezcan señales de alerta.

Tabla 1

Comparación entre el estrés normal y el estrés traumático secundario

Dimensión	Estrés normal	Estrés traumático secundario
Origen del malestar	Demandas cotidianas o sobrecarga.	Exposición indirecta a relatos traumáticos.
Síntomas emocionales	Ansiedad leve, irritabilidad.	Tristeza, desesperanza, entumecimiento afectivo.
Síntomas cognitivos	Dificultad para concentrarse.	Imágenes intrusivas, pensamientos catastróficos.
Síntomas físicos	Cansancio, insomnio leve.	Insomnio persistente, hipervigilancia, somatización.
Vínculo con el trabajo	Mejora con descanso o cambio de tareas.	Se intensifica con la práctica clínica continua.
Duración esperada	Transitorio.	Prolongado si no se interviene.
Prevención y manejo	Higiene del sueño, pausas activas, actividades recreativas.	Supervisión clínica, autocuidado estructurado, contención.

Nota. Elaboración propia basada en Figley (1995), Bride (2007), Rothschild (2021) y Cruz Roja Ecuatoriana (2024).

Glosario

- Burnout: Síndrome de desgaste ocupacional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional. Común en profesionales de ayuda en contextos de alta demanda (Maslach y Jackson, 1981).
- Trauma vicario: Cambios profundos y persistentes en la visión del mundo y la identidad profesional, derivados de la exposición empática al trauma de otros. Se relaciona con el TEPT por exposición indirecta (Rothschild, 2021; APA, 2013).
- Fatiga por compasión: Agotamiento emocional que aparece tras involucrarse profundamente en el sufrimiento de los demás. Afecta la empatía, la motivación y el sentido del trabajo (Figley, 1995).

4.3. Factores protectores y estrategias de autocuidado

4.3.1 Autoconocimiento y autoevaluación continua

El autoconocimiento y la autoevaluación continua constituyen pilares fundamentales del autocuidado profesional en contextos de crisis. Ambas capacidades permiten al interviniente identificar precozmente señales de deterioro emocional, tomar decisiones informadas respecto a su bienestar y ejercer su rol de manera ética, consciente y sostenible.

El autoconocimiento se refiere al proceso reflexivo mediante el cual el profesional reconoce sus propias emociones, pensamientos, límites, fortalezas y vulnerabilidades, especialmente en relación con su ejercicio clínico. En contextos de alta exposición al sufrimiento humano, como ocurre durante la intervención en crisis, el autoconocimiento facilita una gestión emocional más efectiva, reduce el riesgo de reacciones impulsivas o desreguladas y promueve un desempeño más empático y centrado (Rothschild, 2021).

Por su parte, la autoevaluación continua implica monitorear de manera sistemática y deliberada el propio estado físico, emocional y cognitivo, así como la calidad del servicio que se brinda. Este proceso no se limita a la introspección ocasional, sino que requiere herramientas prácticas como registros emocionales, supervisiones clínicas regulares, diarios reflexivos, cuestionarios de bienestar profesional o evaluaciones de riesgo psicosocial. Como señala la Cruz Roja Ecuatoriana (2024), la autoevaluación debe formar parte del ciclo permanente de cuidado antes, durante y después de la intervención.

El desarrollo de estas competencias protege al interviniente de fenómenos como la despersonalización, el activismo clínico improductivo o la normalización del malestar, todos ellos factores de riesgo para el desgaste profesional. Además, el autoconocimiento permite establecer límites saludables en la relación de ayuda, evitando la sobreimplicación emocional o el salvataje terapéutico, que deterioran tanto la salud del profesional como el vínculo con la persona atendida (Figley, 1995; APA, 2017).

Desde una perspectiva formativa, promover el autoconocimiento y la autoevaluación continua en los futuros psicólogos requiere incorporar en la formación universitaria espacios de reflexión supervisada, entrenamiento en competencias emocionales, y el desarrollo de planes personales de autocuidado como parte de la responsabilidad ética del ejercicio profesional (Norcross y Guy, 2007; Vargas Machado y Vargas Sepúlveda, 2023).

Estos elementos no solo actúan como factores protectores frente al estrés traumático secundario, el burnout o la fatiga por compasión, sino que refuerzan el sentido de agencia, coherencia y propósito del profesional, aspectos clave para sostener su vocación en escenarios de alta demanda emocional.

4.3.2 Establecimiento de límites profesionales

El establecimiento de límites profesionales es una estrategia esencial de autocuidado psicológico y un componente ético de la práctica clínica responsable, especialmente en escenarios de crisis y emergencia. Estos límites se refieren a los marcos conductuales, relacionales y emocionales que el profesional define y sostiene para garantizar una interacción terapéutica saludable, prevenir el desgaste emocional y proteger tanto al usuario como a sí mismo.

En contextos de alta demanda emocional, como la atención a víctimas de catástrofes, violencia o pérdida, el psicólogo puede sentirse inclinado a sobreinvolucrarse, a responder fuera de los horarios establecidos, o a asumir responsabilidades que exceden su rol clínico. Estas conductas, si bien motivadas por la empatía o la vocación de servicio, pueden conducir a fronteras difusas que deterioran la objetividad, aumentan la vulnerabilidad emocional del interviniente y pueden comprometer la alianza terapéutica (Norcross y Guy, 2007; APA, 2017).

El mantenimiento de límites saludables implica tanto decisiones estructurales –como definir tiempos, espacios, medios de contacto y alcances de la intervención– como decisiones emocionales y cognitivas, relacionadas con no asumir como propias las emociones del consultante, evitar relaciones duales, y reconocer cuándo una situación desborda la capacidad de respuesta del profesional.

Establecer límites no significa indiferencia, sino ejercer una empatía regulada, en la que el profesional se mantiene presente sin sobreidentificarse con el sufrimiento del otro. Rothschild (2021) enfatiza que una de las principales causas de la fatiga por compasión es la ausencia de límites claros entre lo que el terapeuta escucha y lo que asume como carga emocional propia. Esta falta de separación funcional puede derivar en despersonalización, hiperresponsabilidad y eventual burnout.

Además, la ausencia de límites favorece el desarrollo de dinámicas de dependencia terapéutica o de transferencia mal contenida, especialmente en contextos de vulnerabilidad extrema. Esto puede conducir a situaciones

éticamente riesgosas o incluso revictimizantes si no son abordadas con supervisión y formación adecuada (American Psychological Association, 2017; Parada Torres, 2009).

Desde una perspectiva formativa, la adquisición de habilidades para establecer límites debe comenzar durante la formación universitaria, incluyendo simulaciones clínicas, análisis de casos, revisión de códigos éticos y participación en espacios de reflexión guiada. Este aprendizaje permite al futuro profesional anticipar y manejar situaciones límites sin deteriorar su integridad ni la del proceso terapéutico (Cruz Roja Ecuatoriana, 2024; Vargas Machado y Vargas Sepúlveda, 2023).

En suma, el establecimiento de límites no solo protege al profesional frente a los efectos del estrés traumático secundario y la sobrecarga emocional, sino que actúa como un recurso estructural para sostener la calidad ética y clínica del acompañamiento psicológico, asegurando intervenciones responsables, sostenibles y respetuosas del bienestar de todas las partes implicadas.

4.3.3 Rutinas de recuperación y descanso

El trabajo en contextos de crisis y emergencia expone a los profesionales de la salud mental a altos niveles de desgaste físico y emocional, por lo que la implementación de rutinas de recuperación y descanso constituye una estrategia indispensable de autocuidado. Estas rutinas no solo permiten restaurar el equilibrio psicofisiológico tras situaciones de tensión intensa, sino que previenen la cronificación del estrés y favorecen la sostenibilidad del ejercicio clínico.

La recuperación se entiende como el proceso mediante el cual el organismo y la mente reconectan con estados de reposo, regulación emocional y restauración cognitiva, interrumpiendo los efectos acumulativos del estrés crónico. Este proceso es especialmente necesario en profesionales que, como los intervinientes en crisis, enfrentan múltiples demandas simultáneas, exposición a sufrimiento humano y toma de decisiones en condiciones de incertidumbre (Cruz Roja Ecuatoriana, 2024).

Entre las rutinas de recuperación más recomendadas se encuentran:

- Descanso estructurado (sueño de calidad, pausas activas, microdescansos en la jornada laboral).
- Desconexión psicológica del rol profesional, a través de límites horarios, cuidado del tiempo libre y actividades no vinculadas con el trabajo.

- Prácticas de autorregulación emocional, como el mindfulness, la respiración consciente o la relajación muscular progresiva.
- Ejercicio físico regular, que contribuye a metabolizar el estrés acumulado y mejora la función cerebral.
- Recuperación social, mediante la interacción con redes afectivas no profesionales, que brinden apoyo emocional sin carga terapéutica.

Según Norcross y Guy (2007), una de las causas más frecuentes del deterioro profesional en psicólogos clínicos es la negligencia hacia el descanso reparador, muchas veces justificada por el compromiso con los consultantes o por entornos laborales que sobrevaloran la productividad en detrimento del cuidado personal. Esta lógica, sin embargo, resulta contraproducente, pues el agotamiento reduce la eficacia clínica, distorsiona el juicio profesional y afecta la capacidad de establecer relaciones empáticas y sostenidas.

La evidencia empírica respalda la relación entre rutinas de descanso adecuadas y menor incidencia de burnout, fatiga por compasión y estrés traumático secundario. En una revisión sistemática, Alshahrani et al. (2022) encontraron que los programas de intervención psicológica que integraban componentes de descanso, psicoeducación sobre el estrés y técnicas de autorregulación presentaban mayor eficacia en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en personal de primera línea.

Además, Rothschild (2021) insiste en que los profesionales del cuidado deben considerar las prácticas de descanso como una responsabilidad profesional, no como un privilegio opcional. Reconocer el descanso como parte integral del rol permite no solo sostener la salud del interviniente, sino también modelar, de manera coherente, el cuidado como valor en la relación terapéutica.

Por lo tanto, integrar rutinas de recuperación y descanso en la vida cotidiana del profesional de la salud mental no es un lujo ni un acto de indulgencia, sino una estrategia preventiva basada en la evidencia y un compromiso ético con la calidad del servicio ofrecido.

4.3.4 Supervisión clínica y apoyo entre pares

La supervisión clínica y el apoyo entre pares constituyen mecanismos esenciales de autocuidado profesional en el ejercicio de la psicología, particularmente en contextos de alta carga emocional como la intervención en crisis. Ambos recursos funcionan como espacios de contención, reflexión y aprendizaje, donde el profesional puede revisar sus intervenciones, procesar

emociones derivadas del trabajo terapéutico y fortalecer su criterio clínico, reduciendo así el riesgo de desgaste y desregulación emocional.

La supervisión clínica es una práctica formal mediante la cual un profesional con mayor experiencia o formación acompaña, orienta y retroalimenta el trabajo de otro profesional o estudiante en formación. Esta práctica, además de promover la mejora continua, permite identificar signos tempranos de estrés traumático secundario, burnout o sobreimplicación emocional, brindando herramientas para abordarlos de manera ética y eficaz (Norcross y Guy, 2007). En entornos de emergencia, la supervisión no solo tiene valor formativo, sino también preventivo, ya que ayuda a restaurar la claridad clínica y reduce la sensación de aislamiento frente a decisiones difíciles.

Por su parte, el apoyo entre pares se refiere al acompañamiento horizontal que se genera entre colegas que comparten funciones, niveles de responsabilidad o contextos laborales. Este tipo de apoyo puede adoptar formas estructuradas (como grupos de intervisión o sesiones de análisis de caso) o informales (espacios de conversación, escucha activa, desahogo emocional), y cumple una función clave en la validación emocional, la normalización del malestar y la creación de un clima laboral saludable (Cruz Roja Ecuatoriana, 2024).

La literatura científica respalda ampliamente la eficacia de ambos mecanismos como factores protectores del bienestar psicológico en profesionales expuestos a situaciones traumáticas de manera reiterada. En su revisión sistemática, Alshahrani et al. (2022) identificaron que los programas de intervención más efectivos en personal de primera respuesta eran aquellos que incluían espacios de supervisión y reflexión clínica sistemática, más allá del tratamiento sintomático de la ansiedad o el estrés.

Asimismo, Rothschild (2021) advierte que uno de los riesgos más frecuentes en contextos de crisis es que los profesionales internalicen la idea de autosuficiencia, evitando compartir su carga emocional por temor a ser percibidos como débiles o incompetentes. Este aislamiento puede incrementar la vulnerabilidad emocional y obstaculizar la búsqueda oportuna de ayuda. Por ello, fomentar culturas organizacionales donde la supervisión y el apoyo mutuo sean prácticas institucionalizadas es clave para sostener la salud mental del equipo técnico.

Desde la formación universitaria, es importante que los futuros profesionales se entrenen en habilidades de supervisión e intervisión, desarrollando la capacidad de recibir retroalimentación con apertura y de brindar apoyo empático y profesional a sus pares. Estos espacios no solo mejoran la competencia clínica, sino que fortalecen el sentido de pertenencia y reducen

la carga subjetiva del acompañamiento terapéutico en escenarios críticos (Parada Torres, 2009; Vargas Machado y Vargas Sepúlveda, 2023).

En suma, tanto la supervisión clínica como el apoyo entre pares deben concebirse como prácticas continuas, estructuradas y culturalmente promovidas, que no solo apuntan al desarrollo profesional, sino que actúan como recursos de protección emocional frente al sufrimiento ajeno y las exigencias inherentes al ejercicio psicológico en crisis.

4.3.5 Espiritualidad y sentido de propósito

En el contexto del autocuidado del interviniente en crisis, la espiritualidad y el sentido de propósito se configuran como factores protectores de profunda relevancia, pues contribuyen a sostener la motivación, la resiliencia y la salud mental del profesional ante el sufrimiento ajeno y la complejidad emocional de su labor. A diferencia de prácticas meramente técnicas, estos factores apuntan a la dimensión existencial del cuidado: aquella que otorga sentido, dirección y coherencia al acto de acompañar.

La espiritualidad, entendida más allá de cualquier dogma religioso, alude a la vivencia de una conexión significativa con algo mayor que uno mismo: ya sea la humanidad, la naturaleza, la trascendencia o los valores profundos. Esta dimensión permite al profesional integrar el dolor y la incertidumbre dentro de un marco de comprensión que otorga sentido al sufrimiento y favorece la compasión sin desbordamiento emocional (Pargament, 2007). En los contextos de crisis, donde la muerte, la pérdida y la impotencia son frecuentes, la espiritualidad puede convertirse en un recurso interno que ayuda al profesional a mantener la esperanza sin negar la realidad.

Por su parte, el sentido de propósito profesional se refiere a la percepción de que el trabajo realizado tiene un valor significativo, más allá de las dificultades inherentes. Según Frankl (2004), el ser humano puede enfrentar condiciones extremas cuando logra atribuir sentido a lo que vive. Esta idea, aplicada al ámbito de la psicología de emergencias, implica que el interviniente que comprende el impacto de su labor y se vincula con un propósito ético y humano, es menos propenso a desarrollar burnout, desesperanza o cinismo profesional.

Diversos estudios respaldan la importancia de estos factores como componentes del bienestar y la prevención del desgaste. Un análisis de Vargas Machado y Vargas Sepúlveda (2023) en personal de primera línea evidenció que quienes reportaban altos niveles de conexión con valores trascendentes o vocacionales presentaban menores índices de ansiedad, desesperanza y

síntomas de fatiga por compasión, en comparación con quienes concebían su labor únicamente como una obligación laboral. De forma similar, Rothschild (2021) subraya que el profesional que cuida de otros necesita también nutrir el significado de su práctica, y que esa nutrición no proviene solo del reconocimiento externo, sino del reconocimiento interno de por qué hace lo que hace.

La integración de la espiritualidad y el propósito puede expresarse en prácticas personales como la meditación, la escritura reflexiva, la conexión con comunidades de sentido o la formulación de compromisos éticos personales. En la dimensión profesional, puede traducirse en espacios de supervisión que incluyan la reflexión sobre el “para qué” de la intervención, más allá del “cómo” técnico.

Incluir esta dimensión en el plan de autocuidado no implica abandonar la objetividad clínica, sino reconocer que el trabajo psicológico es también un ejercicio humano, profundamente vinculado al sentido de vida del profesional. En ese marco, cultivar la espiritualidad y el propósito no es solo legítimo, sino necesario para sostener el compromiso, la compasión y la integridad en escenarios de sufrimiento extremo.

4.3.6 Autoevaluación del nivel actual de autocuidado

A continuación, reflexiona y responde de manera honesta a cada una de las siguientes preguntas. Estas te ayudarán a identificar fortalezas, áreas de mejora y patrones personales en el ejercicio del autocuidado.

1. ¿Reconozco fácilmente cuándo estoy emocionalmente agotado o estresado?
2. ¿Cuáles son las señales tempranas que me alertan de un posible desgaste profesional?
3. ¿He establecido límites claros entre mi vida personal y académica/laboral?
4. ¿Dedico tiempo con regularidad a actividades que me brindan placer, descanso o renovación?
5. ¿Mantengo rutinas de sueño y alimentación saludables?
6. ¿Cuento con redes de apoyo o espacios donde pueda expresar mis emociones de forma segura?
7. ¿Solicito ayuda o supervisión cuando enfrento situaciones emocionalmente desbordantes?
8. ¿Tengo claridad sobre el sentido de mi elección profesional y lo que me motiva a continuar?

9. ¿Estoy implementando actualmente alguna estrategia estructurada de autocuidado?
10. ¿Qué tipo de cambios estoy dispuesto/a a hacer para mejorar mi bienestar psicológico?

Estas preguntas están inspiradas en las propuestas de Norcross y Guy (2007), Rothschild (2021) y en los lineamientos de autocuidado profesional propuestos por la Cruz Roja Ecuatoriana (2024).

4.3.7 Consejos destacados para implementar cambios sostenibles

Para que el autocuidado sea verdaderamente efectivo, debe integrarse como una práctica cotidiana y sostenida en el tiempo, no como una respuesta reactiva al malestar. A continuación, se presentan algunas recomendaciones clave para iniciar o fortalecer tu plan personal de autocuidado:

- a) Comienza por lo pequeño y concreto.
No necesitas transformarlo todo de inmediato. Inicia con una acción realista, como establecer una hora fija de desconexión digital diaria o practicar respiración consciente cinco minutos al día.
- b)** Identifica y protege tus espacios de recuperación.
Reserva tiempos innegociables en tu agenda para descanso, recreación o contacto con tus redes afectivas. El descanso es un derecho, no una recompensa.
- c) Practica la autoobservación sin juicio.
El autocuidado comienza con el reconocimiento de tus límites, emociones y necesidades, sin culpas ni exigencias perfeccionistas.
- d) Fortalece tus redes de apoyo.
Rodéate de personas con quienes puedas hablar abierta y sinceramente sobre tu experiencia emocional. El apoyo entre pares y la supervisión enriquecen y sostienen.
- e) Vuelve al propósito.
Reconectar con el sentido profundo de tu elección profesional –aquello que te mueve– fortalece tu resiliencia en momentos de desgaste.
- f)** Formaliza tu plan de autocuidado.
Escríbelo, revísalo mensualmente y ajústalo. Incluir dimensiones física, emocional, cognitiva, social y espiritual te permitirá un abordaje más integral.

Estas recomendaciones están fundamentadas en propuestas de Norcross y Guy (2007), Rothschild (2021), Pargament (2007) y en prácticas de formación en salud mental promovidas por instituciones como la Cruz Roja Ecuatoriana (2024) y la APA (2017).

4.4. Plan personal de autocuidado

4.4.1 Dimensiones clave: física, emocional, social, cognitiva y espiritual

El diseño de un plan personal de autocuidado efectivo y sostenible requiere un abordaje integral que considere al ser humano como una unidad biopsicosocial y espiritual. Esta perspectiva reconoce que el bienestar del profesional no depende de una única acción aislada, sino de un equilibrio dinámico entre múltiples dimensiones interrelacionadas que sostienen su salud global y su capacidad para ejercer su rol clínico de manera ética y competente (Norcross y Guy, 2007; Rothschild, 2021).

A continuación, se describen las cinco dimensiones clave que deben considerarse en la elaboración de un plan de autocuidado para intervinientes en crisis:

1. Dimensión física

El cuidado del cuerpo es el fundamento del bienestar general. La salud física afecta directamente la capacidad de concentración, la estabilidad emocional y la respuesta al estrés. En contextos de emergencia, donde las demandas son intensas y el descanso es limitado, es fundamental establecer rutinas que incluyan:

- Sueño reparador (7-8 horas por noche).
- Alimentación equilibrada y regular.
- Actividad física moderada (al menos 3 veces por semana).
- Hidratación adecuada.
- Pausas activas durante la jornada.

La literatura muestra que el déficit crónico de sueño y la falta de ejercicio incrementan la vulnerabilidad al burnout y a la reactividad emocional (Alshahrani et al., 2022; Cruz Roja Ecuatoriana, 2024).

2. Dimensión emocional

El contacto continuo con el sufrimiento ajeno puede generar una sobrecarga emocional progresiva si no se gestiona de forma adecuada. El autocuidado emocional implica:

- Reconocimiento y validación de las propias emociones.
- Regulación emocional a través de técnicas como mindfulness, escritura reflexiva o respiración consciente.
- Expresión emocional segura (terapia, supervisión, apoyo entre pares).

- Evitar la supresión o el afrontamiento evitativo, que se asocian con mayor malestar a largo plazo (Rothschild, 2021).

Cultivar la conciencia emocional permite al profesional sostener la empatía sin sobreinvolucrarse ni desbordarse afectivamente.

3. Dimensión social

La conexión interpersonal cumple una función protectora fundamental frente al estrés. El aislamiento social, frecuente en profesionales que se perciben como autosuficientes o en equipos sobrecargados, puede agravar el desgaste. El autocuidado social incluye:

- Mantener relaciones afectivas positivas fuera del contexto laboral.
- Participar en espacios de supervisión e intervisión.
- Compartir experiencias con colegas en un marco de respeto y contención.
- Pedir ayuda cuando sea necesario.

Como señalan Norcross y Guy (2007), la red de apoyo es uno de los predictores más importantes de bienestar profesional sostenido en psicoterapeutas y personal de ayuda.

4. Dimensión cognitiva

La sobreexposición a información dolorosa o repetitiva puede afectar la claridad de pensamiento y favorecer distorsiones cognitivas como la desesperanza o la hiperresponsabilidad. El autocuidado cognitivo incluye:

- Mantener un aprendizaje continuo con límites (evitar la sobrecarga).
- Distinguir entre hechos, interpretaciones y creencias disfuncionales.
- Promover una narrativa interna compasiva y flexible.
- Evitar la rumiación y el pensamiento catastrófico.

Rothschild (2021) destaca la importancia de cuidar el “diálogo interno” del profesional, como un recurso central para sostener el equilibrio psíquico ante el sufrimiento ajeno.

5. Dimensión espiritual

La espiritualidad, entendida como la conexión con un propósito vital o con valores trascendentes, constituye una fuente poderosa de sentido y resiliencia. Esta dimensión no implica necesariamente una práctica religiosa, sino un

vínculo con aquello que otorga significado profundo a la vida y a la profesión. Puede incluir:

- Reflexión sobre el sentido del trabajo clínico.
- Prácticas como la meditación, la contemplación o el servicio desinteresado.
- Conexión con valores personales (compasión, justicia, equidad).
- Participación en comunidades de sentido o redes con visión ética compartida.

Pargament (2007) y Frankl (2004) coinciden en que una vida con sentido es un factor protector frente al sufrimiento, la desesperanza y el vacío existencial.

En definitiva, un plan personal de autocuidado que incluya estas cinco dimensiones no solo fortalece la salud integral del profesional, sino que también incrementa su eficacia clínica, su sentido de agencia y su capacidad para sostener la compasión en el tiempo. En el contexto de la intervención en crisis, donde el impacto emocional es intenso y acumulativo, este tipo de planificación se convierte en una estrategia ética, preventiva y necesaria.

4.4.2 Elementos para un plan efectivo: realismo, flexibilidad, seguimiento

La eficacia de un plan personal de autocuidado no depende únicamente de su buena intención o de la cantidad de acciones propuestas, sino de su viabilidad, adaptabilidad y continuidad. Es frecuente que profesionales comprometidos con su labor generen propuestas extensas de autocuidado que, por falta de planificación estratégica, terminan siendo insostenibles. Para evitar esto, es necesario que el plan se fundamente en tres elementos clave: realismo, flexibilidad y seguimiento sistemático.

- Realismo: adaptarse a las posibilidades concretas

Un plan de autocuidado realista es aquel que reconoce las condiciones objetivas, los recursos disponibles y los límites personales y contextuales del profesional. Esto implica:

- Establecer metas alcanzables en tiempos razonables.
- Priorizar actividades que realmente se puedan sostener en la rutina diaria.
- Evitar idealizaciones o compromisos excesivos que generen frustración.

Norcross y Guy (2007) advierten que uno de los errores más comunes entre terapeutas es asumir que el autocuidado debe ser exhaustivo y perfecto, lo cual termina generando más presión que alivio. En su lugar, proponen iniciar con acciones mínimas pero significativas, como pausas breves, respiración consciente o límites horarios, e ir ampliando el plan progresivamente.

- **Flexibilidad:** adaptarse al cambio sin abandonar el propósito

Un plan efectivo debe contemplar la posibilidad de ajustes en función de los cambios personales, emocionales o contextuales que surjan. La rigidez puede volver al plan un conjunto de obligaciones que contradicen su propósito original. Por eso, es fundamental que el profesional se permita:

- Reformular objetivos según las circunstancias.
- Cambiar estrategias que no estén funcionando sin percibirlo como un fracaso.
- Integrar nuevas prácticas si así lo demanda su bienestar.

Rothschild (2021) enfatiza que el autocuidado debe ser concebido como un proceso vivo, no como un conjunto fijo de normas. Esta perspectiva flexible promueve la autocompasión y reduce la autoexigencia desmedida, dos factores protectores frente al burnout y la fatiga por compasión.

- **Seguimiento:** evaluar la eficacia y sostener el compromiso

Un plan sin seguimiento tiende a diluirse con el tiempo. Por ello, el autocuidado debe incluir estrategias de monitoreo personal, que permitan evaluar periódicamente su implementación, identificar barreras y reforzar logros. Algunas herramientas útiles para ello son:

- Diarios de autocuidado o registros breves.
- Autoevaluaciones mensuales del nivel de bienestar.
- Revisión semestral del plan con acompañamiento de un supervisor o mentor.
- Indicadores simples (por ejemplo: "¿cuántas veces dormí bien esta semana?").

La Cruz Roja Ecuatoriana (2024) recomienda incluir un componente de retroalimentación dentro del plan, en el que el profesional pueda visualizar su progreso, reconocer estancamientos sin juicio y reajustar su estrategia. Además, esta práctica fortalece la conciencia de agencia personal, fundamental para sostener el compromiso con el cuidado de sí mismo.

En síntesis, un plan personal de autocuidado efectivo y sostenible debe ser realista en sus metas, flexible en su aplicación y sistemático en su seguimiento. Estos tres elementos no solo aseguran que las estrategias propuestas se mantengan en el tiempo, sino que transforman el autocuidado en una práctica consciente, ética y profesionalmente responsable. Para el interviniente en crisis, esta planificación no es un accesorio, sino un recurso estructural que sostiene su capacidad de ayudar sin quebrarse en el intento.

4.4.3. Ejemplo de plan semanal de autocuidado

El diseño de un plan de autocuidado no debe concebirse como un listado idealizado de hábitos inalcanzables, sino como una herramienta concreta, flexible y personalizada que facilite el equilibrio entre las distintas dimensiones del bienestar profesional. A continuación, se presenta un modelo de plan semanal de autocuidado, elaborado en base a las cinco dimensiones clave abordadas previamente (Norcross y Guy, 2007; Cruz Roja Ecuatoriana, 2024; Rothschild, 2021). Este ejemplo puede adaptarse a las necesidades, tiempos y contexto de cada persona, considerando los principios de realismo, flexibilidad y seguimiento continuo.

Tabla 1
Plan semanal de autocuidado - Modelo orientativo

Día	Dimensión física	Dimensión emocional	Dimensión social	Dimensión cognitiva	Dimensión espiritual
Lunes	Caminata matutina 30 min	Respiración consciente (5 min) antes de atender casos	Conversar con un compañero de clase	Lectura breve de un tema de interés clínico	Reflexión escrita: "¿Qué sentido tuvo mi día?"
Martes	Preparar comida saludable y balanceada	Identificar y registrar emociones durante la jornada	Enviar mensaje afectuoso a un familiar	Tomar apuntes reflexivos en clase	Escuchar música significativa al final del día
Miércoles	Dormir mínimo 7 horas (sin pantallas)	Técnica de relajación muscular	Asistir a grupo de estudio	Revisar caso clínico con mirada	Lectura personal con

	30 min antes)	progresiva (10 min)		autocompasiva	contenido inspirador
Jueves	Sesión de estiramiento o yoga en casa (15-20 min)	Registro de pensamientos automáticos ante el estrés	Llamada con amigo/a fuera del ámbito académico	Diario reflexivo sobre límites profesionales	Oración, meditación o contemplación (según creencia)
Viernes	Actividad recreativa: caminata, bicicleta, baile	Espacio terapéutico o supervisión (si aplica)	Reunión social o pausa con colegas sin hablar de trabajo	Repaso positivo de logros semanales	Visualización positiva del propósito profesional
Sábado	No actividades físicas exigentes, descanso consciente	Validar emociones y necesidades actuales	Actividad familiar significativa	No revisión académica (descanso cognitivo)	Visita a espacio simbólico, espiritual o natural
Domingo	Dormir hasta recuperación total (sin alarma)	Escribir una carta de gratitud (real o simbólica)	Almuerzo en compañía de seres queridos	Planificación flexible de la semana siguiente	Reflexión: "¿Qué me sostiene en esta vocación?"

Nota. Elaboración propia basada en Norcross y Guy (2007), Rothschild (2021), Cruz Roja Ecuatoriana (2024) y Pargament (2007).

4.4.4. Consideraciones para la implementación

- Este modelo es solo una guía de referencia. Cada estudiante o profesional debe personalizar su plan según su estilo de vida, valores, tiempo disponible y necesidades individuales.
- Se sugiere revisar el plan semanal o quincenalmente y registrar su cumplimiento en un cuaderno o aplicación móvil.

- Es fundamental que el plan no se convierta en una carga. Si genera estrés o frustración, debe ajustarse con autocompasión y sin juicio.
- Las actividades propuestas no deben entenderse como tareas obligatorias, sino como actos deliberados de cuidado personal que pueden fortalecer la salud emocional, prevenir el desgaste y mantener la motivación profesional.

El abordaje integral de las cinco dimensiones y la planificación de acciones específicas están sustentados en la literatura contemporánea sobre autocuidado clínico, prevención del burnout y formación saludable del terapeuta. Norcross y Guy (2007) proponen que el autocuidado se entrene desde etapas tempranas de la formación como parte del desarrollo profesional ético. Rothschild (2021) y Pargament (2007) enfatizan la importancia de incorporar prácticas que reconecten al profesional con sus valores y propósito, evitando la mecanización de la intervención clínica. La Cruz Roja Ecuatoriana (2024), por su parte, insiste en que los planes de autocuidado deben ser sistemáticos, revisables y aplicables en el contexto operativo real de los equipos de respuesta.

4.4.5. Recurso pedagógico interno

4.4.6. Plantilla editable de plan personal de autocuidado

A continuación, se presenta una plantilla orientadora para que cada estudiante diseñe su propio plan personal de autocuidado, considerando las dimensiones física, emocional, cognitiva, social y espiritual. Esta herramienta busca promover la integración de hábitos sostenibles y alineados con las necesidades individuales y contextuales del futuro psicólogo clínico.

Instrucciones:

Reflexiona sobre tu semana tipo y completa esta plantilla con acciones concretas, realistas y adaptadas a tu vida académica y personal. Revisa tu plan al menos una vez al mes y ajústalo según tus niveles de energía, estado emocional y carga de trabajo.

Tabla 2

Plantilla de plan personal de autocuidado

Dimensión	Objetivo personal de cuidado	Acciones específicas	Frecuencia	Indicador de cumplimiento
Física	Ejemplo: Mejorar descanso y energía	Acostarme antes de las 23h / hacer caminata 3x por semana	Diaria / 3 veces semana	Registro en diario / nivel de energía matutina
Emocional	Reconocer y gestionar mis emociones frente al estrés académico	Escribir emociones 2 veces por semana / práctica de mindfulness	2 veces por semana	Sensación de claridad emocional
Cognitiva	Reducir pensamientos rumiantes y automáticos negativos	Diario de pensamientos / técnica de reencuadre	3 veces por semana	Nivel de concentración en estudio
Social	Mantener relaciones significativas fuera del entorno académico	Hablar con amistades / almuerzo con familia	1 vez por semana	Sensación de conexión / apoyo emocional
Espiritual	Reforzar el sentido de mi elección profesional y conexión trascendente	Reflexión escrita semanal / meditación guiada	1 vez por semana	Claridad del propósito / motivación sostenida

Nota. Elaboración propia basada en Norcross y Guy (2007), Rothschild (2021) y Cruz Roja Ecuatoriana (2024).

Pregunta de reflexión

¿Cómo integrar hábitos de autocuidado sin que se perciban como una carga más?

Elementos de cierre

Resumen del capítulo

El presente capítulo ha abordado el autocuidado del interviniente en crisis como una competencia profesional esencial en la práctica clínica contemporánea. A partir del análisis de riesgos psicoemocionales como el estrés traumático secundario, la fatiga por compasión, el burnout y el trastorno de estrés postraumático por exposición indirecta, se evidenció que el acompañamiento a personas en situaciones de sufrimiento extremo no solo demanda habilidades técnicas y empáticas, sino también prácticas conscientes de protección personal.

Lejos de ser un aspecto opcional o complementario, el autocuidado debe concebirse como una responsabilidad ética y profesional, tal como lo establecen los principios deontológicos de la American Psychological Association (APA, 2017). Cuidarse a sí mismo no implica egoísmo, sino reconocer que la calidad del vínculo terapéutico y la eficacia de las intervenciones dependen directamente del estado físico, emocional y cognitivo del profesional (Norcross y Guy, 2007).

Asimismo, se reconoció que los riesgos inherentes a la intervención en crisis pueden prevenirse y mitigarse si se adoptan estrategias eficaces de autocuidado. Estas incluyen el desarrollo del autoconocimiento, la regulación emocional, el establecimiento de límites, la inclusión de rutinas de descanso, la participación en espacios de supervisión clínica y el cultivo del sentido de propósito. Estas acciones no deben implementarse de forma aislada, sino integradas en un plan estructurado, realista y sostenible (Rothschild, 2021; Cruz Roja Ecuatoriana, 2024).

El diseño de un plan personal de autocuidado, que contemple dimensiones físicas, emocionales, cognitivas, sociales y espirituales, incrementa significativamente la calidad de vida del interviniente y la efectividad de su práctica clínica. Más aún, fortalece la resiliencia profesional, la capacidad de sostener la compasión en escenarios de sufrimiento y el compromiso ético con los usuarios y consigo mismo.

Por último, se propusieron recursos pedagógicos prácticos como plantillas de planificación, ejemplos de rutinas semanales y preguntas de autorreflexión

que buscan fomentar una actitud activa y consciente frente al cuidado de sí. Porque en el campo de la psicología clínica –y especialmente en la intervención en crisis– la salud del profesional es también una forma de intervención.

- **Preguntas de autoevaluación / revisión**

Estas preguntas buscan promover la reflexión crítica sobre los contenidos del capítulo y facilitar la integración de conocimientos teóricos y aplicados. Se recomienda responder de manera argumentada y utilizando ejemplos clínicos o personales cuando sea pertinente.

¿Cuáles son al menos tres consecuencias psicológicas, clínicas o éticas de no aplicar el autocuidado en contextos de crisis?

Pista de orientación: Considera los efectos del estrés sostenido, la empatía desregulada o la sobreexposición al sufrimiento humano. Puedes apoyarte en conceptos como burnout, despersonalización o errores clínicos derivados del agotamiento emocional (Norcross y Guy, 2007; Rothschild, 2021).

¿Qué diferencias conceptuales y clínicas existen entre el estrés agudo y el estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental?

Pista de orientación: Reflexiona sobre el origen de cada uno (directo vs. indirecto), la intensidad, duración y manifestaciones clínicas. El estrés agudo puede ser adaptativo si es transitorio, mientras que el estrés traumático secundario tiene características similares al TEPT, pero deriva de la exposición empática a traumas ajenos (APA, 2013; Figley, 1995).

¿Por qué el autocuidado debe ser considerado una responsabilidad ética en la práctica de la psicología clínica?

Pista de orientación: Puedes apoyarte en el Código Ético de la APA (2017) y en la noción de que el bienestar del profesional influye directamente en la calidad de la atención brindada. Reflexiona también sobre la obligación de prevenir daños al consultante y a uno mismo.

Describe brevemente un ejemplo concreto de una práctica de autocuidado en cada una de las siguientes dimensiones: física, emocional, cognitiva, social y espiritual.

Pista de orientación: Elige acciones que hayas aprendido en este capítulo, y vincúlalas con su impacto preventivo o restaurativo. Por ejemplo: caminatas, supervisión clínica, meditación, contacto con amistades, o relectura del propósito profesional (Cruz Roja Ecuatoriana, 2024).

¿Qué condiciones debe cumplir un plan personal de autocuidado para ser realista, flexible y sostenible en el tiempo?

Pista de orientación: Revisa el subapartado que desarrolla los tres elementos clave: realismo, flexibilidad y seguimiento. Reflexiona sobre posibles barreras (tiempo, motivación, contexto institucional) y cómo podrías superarlas para mantener tu compromiso con el autocuidado.

- **Actividad de aplicación**

Estas actividades están diseñadas para favorecer la transferencia práctica de los conocimientos adquiridos en el capítulo, promoviendo tanto la autorreflexión como el análisis clínico ético.

- **Actividad individual**

Elabora un plan de autocuidado semanal que sea realista, sostenible y adaptado a tus hábitos actuales, considerando las cinco dimensiones abordadas en este capítulo: física, emocional, cognitiva, social y espiritual.

Sugerencia: Puedes utilizar como guía la plantilla editable propuesta en la sección 4.4. Asegúrate de definir objetivos claros, acciones específicas, frecuencia y estrategias de seguimiento.

- **Actividad grupal**

Analicen en grupo un caso clínico en el que el interviniente no haya aplicado estrategias de autocuidado adecuadas. Reflexionen sobre:

- ¿Qué señales de desgaste o afectación emocional presentó?
- ¿Qué consecuencias clínicas, éticas o relacionales se generaron?
- ¿Qué prácticas de autocuidado podrían haberse implementado para prevenir ese desenlace?

Sugerencia: Relacionen el análisis con los riesgos psicoemocionales estudiados en la sección 4.2 (burnout, fatiga por compasión, estrés traumático secundario) y con los principios éticos del cuidado de sí.

- **Fundamentación**

Estas actividades responden a la necesidad de formar psicólogos clínicos con conciencia crítica, compromiso ético y capacidad de autorregulación emocional, tal como lo plantean autores como Norcross y Guy (2007), Rothschild (2021) y las directrices de la Cruz Roja Ecuatoriana (2024). El trabajo con casos y planes personales permite integrar el conocimiento

teórico con la práctica real, en coherencia con los objetivos formativos del séptimo semestre.

- **Glosario**

1. **Autocuidado**

Conjunto de prácticas conscientes, estructuradas y sostenidas que el profesional realiza para preservar su salud física, emocional, cognitiva, social y espiritual en el ejercicio clínico. Es una responsabilidad ética, no un privilegio, y forma parte del compromiso del psicólogo con la calidad del servicio que brinda (Norcross y Guy, 2007; APA, 2017).

2. **Burnout**

Síndrome de desgaste ocupacional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el contexto laboral. Afecta la calidad de la atención psicológica y se asocia con abandono profesional, errores clínicos y deterioro del vínculo terapéutico (Maslach y Jackson, 1981).

3. **Fatiga por compasión**

Estado de agotamiento emocional y pérdida de empatía que surge tras la exposición constante al sufrimiento ajeno, particularmente cuando no se dispone de estrategias adecuadas de autocuidado y regulación emocional. Se diferencia del burnout por su vínculo directo con la compasión empática (Figley, 1995; Rothschild, 2021).

4. **Supervisión clínica**

Proceso estructurado mediante el cual un profesional con mayor experiencia acompaña, orienta y evalúa el ejercicio clínico de otro, promoviendo el desarrollo ético, técnico y emocional del interviniente. Es un recurso clave de autocuidado profesional, prevención del desgaste y fortalecimiento de la práctica reflexiva (Cruz Roja Ecuatoriana, 2024; Norcross y Guy, 2007).

5. **Trauma vicario**

Transformación interna profunda del profesional como resultado de la exposición empática y reiterada al trauma de otros. Afecta la visión del mundo, la autoconfianza clínica y la percepción de seguridad, y puede generar síntomas similares al trastorno de estrés postraumático (Rothschild, 2021; APA, 2013).

Referencia bibliográfica:

- Alshahrani, K. M., Johnson, J., Prudenzi, A., y O'Connor, D. B. (2022). The effectiveness of psychological interventions for reducing PTSD and psychological distress in first responders: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 17(8), e0272732. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272732>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2015). *Código deontológico del psicólogo* (con modificaciones aprobadas en 2010, 2014 y 2015). <https://www.cop.es/pdf/CodigoDeontologicodelPsicologo-vigente.pdf>
- Cruz Roja Ecuatoriana. (2024). Actualización de la Guía de cuidado y autocuidado al interviniente. [https://www.cruzroja.org.ec:contentReference\[oaicite:0\]{index=0}](https://www.cruzroja.org.ec:contentReference[oaicite:0]{index=0})
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Frankl, V. E. (2004). *El hombre en busca de sentido* (25.ª ed.). Herder.
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Norcross, J. C., y Guy, J. D. (2007). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. Guilford Press.
- Obuobi-Donkor, G., Eboreime, E., Bond, J., Phung, N., Eyben, S., Hayward, J., Zhang, Y., MacMaster, F., Clelland, S., Greiner, R., Jones, C., Cao,

- B., Brémault-Phillips, S., Wells, K., Li, X.-M., Hilario, C., Greenshaw, A. J., y Agyapong, V. I. O. (2022). An e-mental health solution to prevent and manage posttraumatic stress injuries among first responders in Alberta: Protocol for the implementation and evaluation of text messaging services (Text4PTSI and Text4Wellbeing). *JMIR Research Protocols*, 11(4), e30680. <https://doi.org/10.2196/30680>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
- Parada Torres, E. (Coord.). (2009). *Psicología y emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia* (2.ª ed.). Editorial Desclée de Brouwer.
- Pargament, K. I. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford Press.
- Rothschild, B. (2021). *Help for the helper: Preventing compassion fatigue and vicarious trauma in an ever-changing world* (Updated y Expanded ed.). W. W. Norton y Company.
- Tessier, M., Lamothe, J., y Geoffrion, S. (2022). Psychological first aid intervention after exposure to a traumatic event at work among emergency medical services workers. *Annals of Work Exposures and Health*, 66(7), 946-959. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxac013>
- Vargas Machado, C. A., y Vargas Sepúlveda, C. F. (2023). Nociones del autocuidado en personal de primera línea de respuesta ante emergencias y desastres. *Revista Latinoamericana de Difusión Científica*, 5(9), 21-36. <https://doi.org/10.38186/difcie.59.03>

Yadira Liliana Sánchez Padilla

Psicóloga Clínica por la Universidad Técnica de Machala. Posee un Magíster en Psicoterapia Integrativa (Universidad del Azuay), un Máster en Investigación en Psicología (Universidad Internacional de La Rioja, España) y actualmente cursa un tercer máster en Intervención Psicológica en Niños y Adolescentes. Su formación se complementa con capacitación en psicología de emergencias, intervención cognitivo-conductual, autocuidado profesional e inteligencia artificial aplicada a la educación.

Se desempeña como psicoterapeuta y docente universitaria titular en la UTMACH y docente de servicio ocasional la UTPL, donde imparte asignaturas en psicopatología, psicoterapia e investigación. Ha dirigido trabajos de titulación, participado como expositora y liderado proyectos de vinculación con impacto social.

Como investigadora, ha publicado artículos en revistas indexadas, centrando su interés en salud mental, trauma, adolescencia, prevención del suicidio y atención psicológica en contextos de vulnerabilidad.

E-mail: ysanchez@utmachala.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8380-6434>

Rosa Marianela Salamea Nieto

Licenciada en Ciencias de la Educación con mención en Psicología Educativa y Psicóloga Clínica por la Universidad Católica de Cuenca. Magíster en Educación Superior por la Universidad Tecnológica San Antonio de Machala. Doctora en Desarrollo Psicológico, Aprendizaje y Salud por la Universidad de La Coruña (España). Actualmente, es profesora titular de la Universidad Técnica de Machala, donde coordina el grupo de investigación Grupo de Investigación "Desarrollo Psicológico y Aprendizaje (INSIGHT)" Su línea de investigación se centra en la salud y el bienestar humano, con especial énfasis en las terapias psicológicas de tercera generación, en particular las prácticas basadas en mindfulness y autocompasión. Ha realizado estancias de formación e investigación en instituciones como el Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón y la Asociación Española de Mindfulness y Compasión, así como múltiples capacitaciones en neurociencia, intervención psicoterapéutica, y metodologías educativas innovadoras en Ecuador, España y Portugal. Ha liderado y colaborado en proyectos relacionados con la prevención de adicciones, el abordaje de la violencia, la promoción del bienestar emocional. Su labor combina la docencia, la investigación aplicada y el compromiso con la formación integral de futuros profesionales de la psicología.

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8348-1852>

Correo electrónico: rsalamea@utmachala.edu.ec

Carlos Carpio Mosquera

Psicólogo clínico, Máster en Psicoanálisis con mención en Educación y doctorando en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Ha trabajado en intervención psicológica con víctimas en contextos de alta vulnerabilidad, como parte del Programa de Protección a Víctimas y Testigos de la Fiscalía. Su experiencia como perito judicial y docente universitario respalda su enfoque clínico y práctico en situaciones de crisis y emergencia. Actualmente es profesor en la Universidad Técnica de Machala. Correo electrónico: carloscarpio@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6335-1922>

ISBN: 978-9942-53-029-5



Compás
capacitación e investigación