

LIBRO DE TEXTO

Emergencias Médicas

SALUD MENTAL Y EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

AUTORES

MARCO SALINAS

CARLOS YANCHALIQUIN



LIBRO DE TEXTO

Emergencias Médicas

Instituto Superior Tecnológico Consulting Group Ecuador – Esculapio (ISTCGE)

Av. 10 de Agosto e Ignacio de San María

<https://web.istcge.edu.ec/>

Rector: Mgtr. Ramón Pineda

Directora Académica: Ph.D Yemala Castillo

Tel. 0987067892

direccionacademica@istcge.edu.ec

Título original: LIBRO DE TEXTO EMERGENCIAS MÉDICAS: SALUD MENTAL Y EMERGENCIAS
PSIQUIÁTRICAS

Primera Edición, septiembre 2024

© Autores: SALINAS COPO MARCO VINICIO YYANCHALIQUIN YANCHALIQUIN CARLOS DAVID

© Editorial ISTCGE

I.S.B.N.: 978-9942-689-05-4

PUBLICADO DIGITALMENTE POR:

Editorial Instituto Superior Tecnológico Consulting Group Ecuador – Esculapio



DERECHOS RESERVADOS

Todos los derechos reservados. Queda prohibida, sin la autorización escrita del titular de los derechos de autor, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio, ya sea impreso, digital, electrónico, o cualquier otro formato conocido o por conocer. Cualquier uso no autorizado, incluyendo su distribución, comunicación pública, transformación o cualquier otra forma de explotación, estará sujeto a las sanciones civiles y penales establecidas en la ley vigente.

CITACIÓN:

Salinas, S. & Yanchaliquin, C. (2024). Libro de texto emergencias médicas: salud mental y emergencias psiquiátricas. Quito: ISTCGE.

Publicación arbitrada por el Instituto Superior Tecnológico Consulting Group Ecuador – Esculapio.
Pares de revisión Ph.D Ruth Tovar y Lcdo. Gabriel Castro.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
DATOS GENERALES DE LA CARRERA.....	3
DATOS GENERALES DE LA ASIGNATURA.....	5
ORIENTACIONES GENERALES PARA EL ESTUDIO DE LA ASIGNATURA.....	7
DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS	9
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

INTRODUCCIÓN

La carrera de Salud Mental y Emergencias Psiquiátricas está desarrollada bajo dos perspectivas: la primera, de la salud mental en términos generales (lo que incluye también a quien estudia la asignatura) y la segunda, la intervención psicológica en situaciones de emergencia. Siendo un complemento circular que precisa el bienestar, tanto de quien interviene, es decir, el profesional de emergencias médicas que se está formando, y el paciente a quién atiende.

La parte teórica se centra en desarrollar con conceptos fundamentales de psicología, salud mental y psicopatología. Siendo de suma importancia abordar los conceptos y sintomatología de las patologías de emergencia y con casos más comunes de urgencias psiquiátricas. También se abordará teóricamente los distintos tratamientos relacionados con las distintas patologías psiquiátricas, tanto intra, como extramuros.

La parte práctica compone una aplicación, tanto de los distintos protocolos de intervención psicológica, tanto primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, crisis de agitación psicomotora y de agresividad; así como intentos autolíticos y pérdida de seres queridos y protocolo de malas noticias.

También se desarrolla el conocimiento de ciertos tratamientos psiquiátricos de uso exclusivamente hospitalario y ambulatorio (psiquiátrico), que no tienen que ver con la actividad prehospitalaria. El fin de esta unidad es tener un conocimiento de los efectos secundarios de determinados fármacos psiquiátricos y sus interacciones con otros fármacos o productos químicos como en el caso de envenenamiento e ingesta de alcohol en pacientes que tienen algún tipo de tratamiento psiquiátrico.

Otro aspecto muy importante es el bienestar emocional de quienes intervienen en la crisis o sea el personal prehospitalario y la seguridad que se debe tener al momento de intervenir en situaciones en las que puede estar comprometida, tanto la integridad personal como la vida de pacientes, de terceros o de los mismos intervinientes. Estos escenarios pueden ser ya intentos autolíticos en escenarios de difícil acceso, ya crisis de agitación psicomotora ante una crisis emocional. O una crisis de agresividad en medio de una ingesta de alcohol. Se consideran como puntos centrales la seguridad del interviniente, del paciente, de terceros y del equipo con el que se interviene (en ambulancia y en hospitales).

DATOS GENERALES DE LA CARRERA

- Emergencias Médicas
- Presencial
- Tecnología de diagnóstico y tratamiento médico
- Tecnólogo/a superior en Emergencias Médicas
- Perfil de Egreso:

Aplicar los conocimientos fundamentales de asistencia prehospitalaria relacionados con los ámbitos sociales y biomédicos para realizar actividades de prevención de salud. Emplea técnicas de asistencia en emergencias médicas adecuadas, basadas en las condiciones anatómicas y fisiológicas de los pacientes, en su atención médica prehospitalaria. Determinando factores de riesgo que intervienen en los pacientes y que pueden provocar complicaciones a futuro, con el objetivo de informar a los superiores para su consideración durante el tratamiento. Identifica las metodologías y métodos de investigación científica que permiten desarrollar proyectos e investigaciones para mejorar servicios innovadores que respondan a las necesidades de los sectores productivos. Conocer los aspectos anatómicos de los individuos, así como la fisiología del cuerpo humano, con el objetivo de aplicar adecuadamente las técnicas de asistencia en emergencias médicas. Emplea conocimientos básicos de farmacología para la administración segura de medicamentos, ya sea por vía oral, intravenosa, entre otras. Aplica técnicas de primeros auxilios enfocadas en mantener la vida del paciente y prevenir complicaciones, mediante el correcto suministro de medicamentos, basándose en los principios fundamentales de la asepsia. Aplica técnicas científicas para identificar las causas de malestares en seres humanos, considerando la composición molecular de fluidos y elementos corporales, lo que le permite conocer el estado del paciente en su atención médica prehospitalaria. Identifica procesos fisiopatológicos de acuerdo con las enfermedades detectadas, que pueden ser de carácter transmisible o no transmisible, para determinar el cuadro del paciente en su atención médica prehospitalaria. Emplear protocolos de atención prehospitalaria

para el cuidado integral de individuos, familias y comunidades que sufran de trastornos psicológicos, mediante la aplicación de técnicas de cuidados con un enfoque crítico, reflexivo y analítico, bajo un marco de respeto y ética, para brindar una atención adecuada e integral al paciente. Emplear protocolos de atención prehospitalaria para pacientes, sean estos individuales o colectivos, en coordinación con sus superiores, para resguardar la integridad del paciente, trabajando como parte del equipo multidisciplinario de soporte médico prehospitalario. Maneja elementos tecnológicos para diagnosticar y tratar casos de emergencias médicas, lo que permite desarrollar un trabajo íntegro en pro del bienestar del paciente. Desarrolla habilidades y competencias sociales y emocionales, así como destrezas que le permitan llevar a cabo su atención médica prehospitalaria de la mejor manera. Aplica la normativa vigente en el marco de la salud, así como los principios éticos y morales de su labor profesional, para la propuesta de soluciones y la aplicación de técnicas prehospitalarias.

DATOS GENERALES DE LA ASIGNATURA

- Nivel: Cuarto Semestre
- Objetivo:
Desarrollar un proceso integral en el abordaje de pacientes en situación de emergencia que necesiten atención psicológica de emergencia basado en atención a víctimas de accidentes y desastres
- Requisitos previos: Anatomía y Fisiología
- Resultados de aprendizaje:
Aplicar la técnica apropiada en el momento de intervenir en situaciones de emergencia psicológica.

Identifica las posibles reacciones debido a fármacos u otro tipo de consumo de sustancias que alteran el comportamiento para una apropiada intervención.

Desarrolla sus propias estrategias de intervención en casos de suicidio procurando salvar la vida en situaciones extremas

- Bibliografía básica y complementaria

Campins, C. (2022). Introducción al psicoanálisis. Editorial UADER.
<https://editorial.uader.edu.ar/wp-content/uploads/2022/06/introduccion-al-psicoanalisis.pdf>

Carpio, J. (2016). Compilación de 100 técnicas breves y en crisis para el soporte psicológico de emergencias. Cruz Roja del Ecuador / Universidad del Azuay.

Carpio, J. (2016). Compilación de 100 técnicas breves y en crisis para el soporte psicológico de emergencias. Cruz Roja del Ecuador / Universidad del Azuay.
<https://es.scribd.com/document/487876350/P-A-P-100-TECNICAS-DE-INTERVENCION-1>

Loaiza Merediz, A. (2023). Principios de Filosofía y Ética: (1 ed.). Grupo Editorial Éxodo. <https://elibro.net/es/lc/istcge/titulos/235559> .

ORIENTACIONES GENERALES PARA EL ESTUDIO DE LA

ASIGNATURA

1. Lee y comprende la guía de la asignatura: Es importante que el estudiante se familiarice con la guía didáctica para entender los objetivos, contenidos y expectativas del curso.
2. Organice su tiempo: orientar sobre la creación de un horario de estudio que se adapte a sus responsabilidades y preferencias, esto permite establecer metas semanales y distribuye el tiempo de estudio de manera equitativa entre las distintas asignaturas.
3. Identificar recursos disponibles: recomendar fuentes de información y recursos disponibles, como libros de texto, material en línea, bibliotecas, laboratorios, y cualquier otro recurso que la asignatura pueda requerir.
4. Participar en clases y actividades: se recomienda asistir y participar activamente en clases presenciales, virtuales o actividades programadas. Aprovecha para hacer preguntas, discutir temas y colaborar con compañeros.
5. Consultar con el/la profesor/a: se sugiere comunicarse con su profesor para aclarar dudas o solicitar ayuda cuando sea necesario.

6. Tomar apuntes y organizar la información: Tomar apuntes durante las clases y organizar la información de manera clara, esto facilitará la revisión y estudio posterior.

7. Establecer metas de estudio: Definir metas de aprendizaje específicas para cada sesión de estudio. Esto te ayudará a mantenerse enfocado y medir el progreso.
8. Utilizar técnicas de estudio efectivas: sugiere probar diferentes técnicas de estudio, como resúmenes, mapas conceptuales o tarjetas de memoria, para encontrar la que mejor se adapte a tu estilo de aprendizaje.

9. Revisar regularmente: se les debe recomendar no dejar la revisión para el último momento. Repasar regularmente los conceptos aprendidos para fortalecer la comprensión de la asignatura a largo plazo.

10. Colaborar con compañeros: sugerir participar en grupos de estudio cuando es posible. Discutir temas con compañeros puede proporcionar diferentes perspectivas y mejorar la comprensión de los temas.

DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS

UNIDAD 1 LA MENTE HUMANA

1.1. La mente humana según la filosofía

La mente humana, ligada siempre a la filosofía desde los presocráticos como Parménides, Anaximandro, Tales de Mileto, entre otros, con su incansable búsqueda que iba desde el *arjé* hasta el átomo. Las corrientes contemporáneas que la exploran como un producto emergente de la actividad humana, el fin de la filosofía fue siempre la búsqueda de la buena vida. La filosofía pregunta a saber dos razones, la naturaleza ontológica y la naturaleza óptica del ser y el *ethos*. A lo largo de la historia, han surgido diversas teorías que van desde el dualismo, que postula la existencia de una mente inmaterial y separada del cuerpo, hasta el materialismo, que niega la existencia de la conciencia. La incompletud del ser, su potencialidad y su inmanencia son los elementos más esenciales del estudio filosófico (Ortega, 2012).

1.2. El helenismo: Concepción del ser humano desde la filosofía

El helenismo, periodo que se extiende desde la muerte de Alejandro Magno en el 323 a.C. hasta la consolidación del poder romano en el siglo I a.C., marcó una transformación radical en la concepción del ser humano dentro de la filosofía. Este periodo se caracterizó por la difusión de la cultura griega más allá de sus fronteras, influyendo en diversos ámbitos como la ciencia, el arte y, por supuesto, la filosofía (Nietzsche, 2014).

A partir del helenismo, la figura del *ser*, la conciencia del individuo y de la sociedad (ética y política) fue vista desde un punto de vista ontológico y fáctico. Las corrientes más grandes: los estoicos y los epicúreos tenían y perseguían el mismo fin: alcanzar la felicidad individual y la tranquilidad del alma, en un mundo que parecía desbordar caos y que debía estar regido por las polis. Para los estoicos, el ser humano debía vivir de acuerdo con la

naturaleza y la razón, manteniendo una actitud de indiferencia ante los placeres y dolores del mundo externo, así nace el concepto de *virtud* (Ortega, 2012). Por su parte, los epicúreos proponían que la felicidad se lograba mediante la búsqueda de placeres moderados y la ausencia de dolor, considerando que la reflexión filosófica era clave para alcanzar la *ataraxia* o quietud (Nietzsche, 2004).

La visión helenística del ser humano se centró en la capacidad de la razón y la autarquía, es decir, el autoconocimiento. El individuo se percibía como un ser autónomo, capaz de alcanzar la virtud y la felicidad mediante el control de sus pasiones y deseos. Esta concepción influyó profundamente en el desarrollo posterior de la filosofía del mundo de las ideas fue una de las máximas del panteón filosófico (Platón, 2021).

1.3. La filosofía moderna: De Descartes a Hegel

La filosofía moderna, que surge en el siglo XVII con René Descartes y se extiende hasta el idealismo alemán de Georg Wilhelm Friedrich Hegel, marcó un cambio drástico en la concepción del ser humano, centrando la atención en la racionalidad y la subjetividad (Leyva y Hegel, 2017).

Descartes es considerado el padre de la filosofía moderna por su propuesta del "*cogito, ergo sum*" (pienso, luego existo), que establece la existencia del individuo en su capacidad de pensar. Para Descartes, el ser humano es ante todo una sustancia pensante (*res cogitans*), separada de la materia y del cuerpo (*res extensa*) (Descartes, 2020). Este dualismo cartesiano inauguró una nueva manera de entender la relación entre el cuerpo y la mente, sentando las bases para el desarrollo de la filosofía racionalista (Ortega, 2012).

Posteriormente, la filosofía de Immanuel Kant representó una síntesis entre el racionalismo y el empirismo, proponiendo que el ser humano es un agente libre y autónomo que actúa según principios universales de la razón. Surge el concepto de *fenómeno* y *noúmeno* (Ortega, 2012). Kant argumentó que el conocimiento humano está limitado por las formas de nuestra sensibilidad y las categorías de nuestro entendimiento, pero que la moralidad reside en la capacidad del individuo de actuar conforme al

imperativo categórico, es decir, actuar según principios que puedan ser universalizados (Kant, 2019).

Finalmente, Hegel llevó la filosofía moderna a su culminación al proponer una visión dialéctica de la historia y de la realidad, donde el ser humano es visto como parte de un proceso histórico que se desarrolla a través de la lucha de contrarios (los famosos giros dialécticos) y su eventual reconciliación en un nuevo concepto. Para Hegel, la razón es tanto individual como colectiva, y su concepción del saber absoluto tiene acuerdo cuando el objeto se relaciona con el concepto del mismo modo que el concepto con el objeto, cuando finaliza la posibilidad de inversión del concepto (Leyva y Hegel, 2017).

1.4. La filosofía salvaje: Schopenhauer y Nietzsche

Arthur Schopenhauer y Friedrich Nietzsche, dos de los filósofos más influyentes del siglo XIX, rompieron con la tradición racionalista de la filosofía moderna y propusieron una concepción del ser humano patético, que debe construir un nuevo devenir, la superación del ser (Zizek, 2017).

Schopenhauer, en su obra *El mundo como voluntad y representación* (Schopenhauer, 2023), sostuvo que el mundo no es un lugar racional y ordenado, sino que está gobernado por una voluntad irracional y ciega que se manifiesta en todas las cosas, incluido el ser humano (Ortega, 2012). Para Schopenhauer, la vida humana está marcada por el sufrimiento, ya que la voluntad nunca se satisface plenamente. Su pensamiento está fuertemente influenciado por los *Upanishad* de la cultura hindú, sostiene Schopenhauer que todo lo existente está impulsado por una fuerza, la voluntad (Schopenhauer, 2023).

Nietzsche, por su parte, rechazó parcialmente el pesimismo de Schopenhauer, sobre todo su influencia hindú y su concepción de la filosofía moderna. Nietzsche propuso una nueva filosofía que estaba limitada por el lenguaje. En obras como *Así habló Zaratustra* (1883) y *Más allá del bien y del mal* (1886), propuso la idea del *Übermensch* o *superhombre*, un individuo que crea sus propios valores y trasciende las limitaciones impuestas por la moral tradicional (Ortega, 2012). Para Nietzsche, el ser humano es un ser de voluntad de poder, que debe afirmar la vida en toda su plenitud y rechazar las ideas de trascendencia y

moralidad que limitan al ser humano su célebre “Dios ha muerto”, enmarca el comienzo de una nueva sociedad donde el individuo emerge del vacío de la nada sin referencia alguna, sin un sistema de creencias (Nietzsche, 2014).

1.5. La filosofía actual: El fin de una era

La filosofía actual se caracteriza por la fragmentación y la pluralidad de enfoques, lo que ha llevado a algunos a declarar el "fin de la filosofía" tal como se concibió en la tradición occidental (Ortega, 2012). Desde el existencialismo de Sartre y Heidegger, que puso en cuestión la idea del *ser*. Lo que para Heidegger era sus posibilidades, era su tiempo, para Sartre es una contundente una rotunda *nada*, la *nihilización* del *ser* es, no la negación sino el ámbito en el que oscila el *ser*, hasta el postmodernismo de Derrida que cuestionó la escritura, al deconstruyó y propuso una nueva cadena significante, sin significados. Foucault cuestionó estructuralmente las estructuras de poder con su concepto de una sociedad como *panóptico* (Han, 2021). La filosofía contemporánea ha adoptado una postura crítica frente a la idea de un sujeto universal y una verdad única. El concepto de *ser* es sin duda la idea más trascendental de este tiempo (Heidegger, 2023).

En la actualidad, la humanidad afronta la crisis de la fluctuación del pensamiento, el determinismo y el ser humano como artefacto. La tecnología, la globalización y los desafíos éticos del siglo XXI han planteado nuevas preguntas sobre la identidad, la libertad y la responsabilidad del individuo. El ser humano ya no se concibe como un ser posibilitado, sino encarcelado en una prisión cibernética, en la big data (Han, 2021).

Finalmente, la filosofía actual se volvió trágica, aborda la cuestión de la humanidad como una fatalidad, dominado por el sistema y víctima del aceleracionismo y el sistema que ha creado. El concepto de ideología volvió a ser patente gracias a Slavoj Zizek, pero desde perspectivas más diversas y complejas, la ideología ya no es una cuestión de ideas solamente, sino una creencia que se conecta con lo sagrado (Zizek, 2017).

1.6. Neuropsicología

El cerebro humano es una organización altamente compleja que regula funciones vitales y procesos mentales y que tiene la rara capacidad de tener conciencia de su propio ser. Las disciplinas de neuroanatomía, neurofisiología, neuroendocrinología y neuropsicología son fundamentales para comprender cómo el cerebro y el cuerpo interactúan, cómo los neurotransmisores influyen en el comportamiento y cómo la estructura del cerebro está relacionada con cada función mental, específica y cómo estas se van integrando en funciones aún más complejas (Portellano, 2005).

1.7. Neuroanatomía

La neuroanatomía es el estudio de la estructura del sistema nervioso. Se centra en la organización, tejido, y las áreas neuronales y sus componentes dentro del cerebro y la médula espinal. En fin, todo el sistema nervioso central (Portellano, 2005).

Estructuras clave:

- **Corteza cerebral:** Responsable de funciones cognitivas superiores como el pensamiento, la memoria y la toma de decisiones, se divide en los lóbulos (Purves, et. al, 2019).
- **Hipocampo:** Involucrado en la formación de recuerdos, se asocia con la memoria de hechos antiguos y con una conexión sentimental, interfiere también en los procesos de sueño (Portellano, 2005).
- **Amígdala:** Relacionada con la regulación de las emociones, especialmente el miedo y la agresión (Thompson, 2021).
- **Tronco encefálico:** Controla funciones básicas como la respiración y el ritmo cardíaco (Kolb y Wishaw, 2015).

1.8. Neurofisiología

La neurofisiología se centra en el funcionamiento del sistema nervioso, es decir, en cómo las células nerviosas, o neuronas, transmiten señales eléctricas y químicas para coordinar diversas funciones corporales y mentales (Kandel, et. al. 2013).

Procesos clave:

- **Sinapsis:** El proceso mediante el cual las neuronas se comunican entre sí a través de neurotransmisores. Hay que recordar que existen dos tipos de sinapsis, una eléctrica y otra química. Hay que recordar que el espacio intersináptico es el que interactúa con el paso de la información (Kandel, et. al. 2013).
- **Potencial de acción:** Es el impulso eléctrico que se encarga de estimular a la neurona y que debe alcanzar un umbral para transferir información (Kolb y Whishaw, 2015).
- **Plasticidad sináptica:** Es la potencialidad del cerebro para cambiar y adaptarse en respuesta a nuevas experiencias dependiendo de las circunstancias presentes (Kolb y Whishaw, 2015).

Neuroendocrinología

La neuroendocrinología estudia la interacción entre el sistema nervioso y el sistema endocrino, explorando cómo las hormonas influyen en la actividad cerebral y el comportamiento. Las áreas más asociadas con este funcionamiento son la hipófisis y la glándula pineal (Kandel, et. al. 2013).

Hormonas y neurotransmisores clave:

- **Cortisol:** Liberado en respuesta al estrés, afecta el estado de ánimo, la memoria y la toma de decisiones (Kandel, et. al. 2013).
- **Oxitocina:** Relacionada con la vinculación social y el comportamiento afectivo (Kandel, et. al. 2013).

- **Dopamina:** Involucrada en el circuito de la recompensa y el placer, y está relacionada con trastornos como el Parkinson y los diferentes tipos de psicosis. Tiene cuatro vías de distribución encefálica: 1. Nigroestriada; 2. Tuberoinfundibular; 3. Mesolímbica (circuito de la recompensa); y, 4. Mesocortical (Kolb y Whishaw, 2015).
- **Serotonina:** Neurotransmisor inhibitor asociado con la felicidad, sus niveles bajos están asociados a la depresión, se origina en el núcleo de Rafe y su vía de distribución en el encéfalo es la vía serotoninérgica (Thompson, 2021).
- **GABA:** El ácido gamma-aminobutírico (GABA) es un neurotransmisor inhibitor, es decir, una sustancia química que se encarga de enviar señales entre las neuronas para inhibir a la neurona receptora, es el neurotransmisor que más abunda en el encéfalo (Kandel, et. al. 2013).
- **Glutamato:** El glutamato es un neurotransmisor excitador, es decir, una sustancia química que estimula y activa las neuronas. Estimula la siguiente neurona y se asocia con cierto tipo de adicciones (Thompson, 2021).
- **Epinefrina y norepinefrina:** La epinefrina (adrenalina) y la norepinefrina (noradrenalina) son neurotransmisores que están estrechamente relacionados y que desempeñan un papel fundamental en la respuesta al estrés. Coloquialmente se les denomina las hormonas de la "lucha o huida" (Kolb y Whishaw, 2015).

1.9. Neuropsicología

La neuropsicología estudia cómo las funciones mentales están relacionadas con las estructuras neuroanatómicas. Investiga cómo los daños o disfunciones en áreas específicas del cerebro afectan el comportamiento y la cognición (Portellano, 2005).

Funciones clave:

- **Atención:** Relacionada con el lóbulo frontal en la corteza prefrontal y corresponde a una de las funciones ejecutivas específicas superiores (Portellano, 2005).

- **Memoria:** Asociada principalmente con el hipocampo (memoria de hechos antiguos) y las regiones temporales (memoria de hechos recientes) (Kolb y Whishaw, 2015).
- **Lenguaje:** Procesado en las áreas de Broca (área 44 de Brodmann) que se encarga de la función motora del lenguaje y Wernicke (áreas 22, 41 y 42 de Brodmann) encargada de la función sensitiva (Portellano, 2005).
- **Homúnculos:** Un apartado particular lo merece el homúnculo, tanto sensitivo y motor, que es la representación en el cerebro de la función motora y sensitiva del esquema corporal, asignando una estructura anatómica una función a una parte específica del cuerpo (Kolb y Whishaw, 2015).

Los siguientes gráficos ilustran mejor la dinámica de las funciones ejecutivas:

ÁREA ANATOMOFUNCIONAL	DIVISIONES	ÁREAS DE BRODMANN	
CORTEZA MOTORA (agranular) Mitad posterior del lóbulo frontal	CORTEZA MOTORA PRIMARIA Inicio de la actividad motora voluntaria	<ul style="list-style-type: none"> • Homúnculo de Penfield. • Inicio de fascículos corticoespinales. 	4
	CORTEZA PREMOTORA Programación de la actividad motora	• Córtex premotor.	6
		• Área motora suplementaria (AMS).	6, 8, 10, 44, 45
		• Campos visuales de los ojos.	6, 8, 9, 10
	OPÉRCULO FRONTAL Lenguaje expresivo	• Parte opercular (Área de Broca).	44
• Parte triangular (Área de Broca).		45	
CORTEZA PREFRONTAL (granular) Mitad anterior del Lóbulo frontal	ÁREA PREFRONTAL Funcionamiento Ejecutivo. Planificación de la conducta	• Área dorsolateral (flexibilidad mental).	8, 9, 10, 11, 44, 45, 46, 47
		• Área cingulada (motivación y atención sostenida).	8, 9, 10, 12, 24, 32
		• Área orbitaria (regulación emocional).	10, 11, 13, 47

Cuadro 1: División funcional del lóbulo frontal (Portellano, 2005)

FUNCIÓN	ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS
ATENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de atención selectiva. • Incapacidad para concentrarse.
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del pensamiento. • Dificultades de abstracción y razonamiento. • Dificultades para planificar actividades. • Pérdida de iniciativa. • Disminución en la velocidad de procesamiento.
MEMORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Amnesia postraumática. • Amnesia anterógrada. • Amnesia retrógrada. • Laguna amnésica.
LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> • Disartria. • Afasia transcortical motora.
MOTRICIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Lentificación de las respuestas motoras. • Apraxias.
FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuentes cambios de humor. • Labilidad emocional. • Ansiedad. • Hipersensibilidad excesiva frente a los estímulos. • Egocentrismo. • Reacciones agresivas o coléricas. • Baja tolerancia a la frustración. • Disminución de la capacidad de autocrítica. • Psicoinfantilismo y puerilidad. • Apatía. • Depresión. • Ausencia de conciencia del déficit.

Cuadro 2: Alteraciones neuropsicológicas (Portellano, 2005).

Introducción a la Teoría Cognitivo-Conductual (TCC)

La Teoría Cognitivo-Conductual (TCC) es un enfoque psicoterapéutico ampliamente utilizado y respaldado por la evidencia científica para el tratamiento de diversos trastornos mentales. Este enfoque se basa en la premisa de que los pensamientos, sentimientos y acciones están relacionados por una dinámica tripartita, y que, al modificar los patrones de pensamiento disfuncionales, se puede influir positivamente en las emociones y conductas (Clark y Beck, 2010).

La TCC ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de trastornos como la depresión, la ansiedad, los trastornos alimentarios, y el trastorno de estrés postraumático, entre otros. Uno de los principios fundamentales de la TCC es que las personas no son meramente reactivas a las situaciones externas, sino que interpretan y construyen sus experiencias a través de sus pensamientos. Por lo tanto, el objetivo de la TCC es ayudar a las personas a identificar y cambiar estos pensamientos, en sí es un enfoque centrado en el pensamiento (Clark y Beck, 2010).

1.10. Esquema Mental: La Mente Según el Cognitivismo

En el marco del enfoque cognitivo conductual, la mente humana es abordada como un sistema de acción acorde a una sensación e interpretación. Según esta perspectiva, las personas desarrollan *esquemas mentales* o *estructuras cognitivas* que guían la percepción, el pensamiento y el comportamiento. Estos esquemas se forman a lo largo de la vida y están influenciados por experiencias que alimentan y enriquecen creencias (Clark y Beck, 2010).

Ejemplo: Una muestra de un esquema mental representa la creencia de que "me siento incapaz de hacer bien la tarea". Este esquema puede influir en cómo un estudiante interpreta su cotidianidad, de modo que cualquier error o fracaso es visto como la confirmación de su falta de capacidad e incompetencia, reforzando así el pensamiento negativo.

1.11. Psicología Evolutiva: Desarrollo Evolutivo

La psicología evolutiva se centra en el desarrollo del comportamiento humano y los procesos mentales a lo largo de la vida. Desde una perspectiva evolutiva, las habilidades cognitivas y emocionales prosperan a lo largo del tiempo en respuesta a las demandas del entorno y según la edad (Inhelder y Piaget, 2016).

Por ejemplo, en la infancia, los esquemas cognitivos se desarrollan a través de la interacción con el entorno y la resolución de problemas cotidianos. A medida que los niños crecen, sus esquemas mentales se vuelven más complejos, lo que les permite enfrentar situaciones más desafiantes. La teoría de Jean Piaget, uno de los principales exponentes de la psicología evolutiva, sugiere que los niños pasan por diferentes etapas de desarrollo cognitivo, cada una caracterizada por un tipo específico de pensamiento y razonamiento (Inhelder y Piaget, 2016).

Ejemplos de la Aplicación de la TCC

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG): Un paciente con TAG puede tener pensamientos recurrentes de que algo terrible va a suceder. En la TCC, se trabaja para identificar y desafiar estos pensamientos, reemplazándolos con pensamientos más realistas y adaptativos (Clark y Beck, 2010).

Depresión: Un paciente que se siente inútil y sin esperanza puede tener esquemas mentales negativos que refuerzan estos sentimientos. La TCC ayuda a identificar estos esquemas de pensamiento y a desarrollar nuevos patrones de comportamiento que promuevan una visión más positiva de uno mismo y del futuro (Beck y Alford, 2009). El siguiente cuadro ilustra mejor cómo se diferencia la TCC de otras corrientes psicológicas.

Aspecto	TCC	Psicoanálisis	Terapia Humanista
Enfoque principal	Pensamientos, emociones y conductas	Conflictos inconscientes y transferencia	Experiencia subjetiva y autorrealización
Técnicas utilizadas	Reestructuración cognitiva, exposición	Interpretación de los sueños, libre asociación	Escucha activa, empatía.
Duración del tratamiento	A corto y mediano plazo (10-20 sesiones)	A largo plazo (dura años)	Variable, a menudo a medio plazo
Aplicación	Amplia gama de trastornos	Principalmente trastornos de personalidad	Problemas de autorrealización

Cuadro 3: Diferencias entre la TCC y otras corrientes (Clark y Beck, 2010).

La Teoría Cognitivo-Conductual (TCC) se ha establecido como una escuela de gran relevancia en el campo de la psicología gracias a su eficacia y al logro de resultados en corto tiempo. Al centrarse en los pensamientos disfuncionales y su relación con las emociones y las acciones, la TCC ofrece herramientas concretas para el cambio. Además, la integración de conceptos de la psicología evolutiva ayuda a comprender cómo se forman y desarrollan los esquemas mentales, lo que permite intervenciones más efectivas en menor tiempo (Clark y Beck, 2010).

1.12. La Teoría Humanista

La teoría humanista es una corriente psicológica que surgió como una respuesta a las limitaciones percibidas en el psicoanálisis y el conductismo, dos de las principales teorías psicológicas del siglo XX. Esta teoría se centra en el potencial humano y en la creencia de que los individuos poseen una capacidad innata para desarrollarse y realizarse plenamente. Toma como perfil la personalidad de Abraham Lincoln. Gracias a la teoría humanista se busca comprender a la persona en su totalidad, incluso la patología es parte del individuo, destacando la importancia del crecimiento personal, la autorrealización y el bienestar (Maslow, 1991).

1.13. Principales Teorías Humanistas y sus Fundadores

Teoría de la Autorrealización de Abraham Maslow

Maslow es conocido por su jerarquía de necesidades, donde argumenta que las personas están motivadas por una serie de necesidades, que van desde las más básicas hasta la autorrealización. En su teoría, la autorrealización es el nivel más alto de motivación humana, donde una persona alcanza su máximo potencial, yendo desde las necesidades biológicas, pasando por las psicológicas, hasta llegar a la autorrealización (Madero, 2022).

Enfoque en la Persona Completa: El enfoque propuesto por Maslow mira a la persona como un ente en amplia realización, con necesidades tanto fisiológicas como psicológicas que deben satisfacerse para lograr el crecimiento personal y su interacción social (Maslow, 1991).

Terapia Centrada en el Cliente de Carl Rogers

Rogers propuso que las personas tienen una tendencia innata hacia la autorrealización y que, a través de la terapia, pueden desarrollar su máximo potencial. Su enfoque se centra en la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional positiva dentro del proceso terapéutico (Madero, 2022). Rogers

consideraba que cada individuo tiene un valor intrínseco y es capaz de tomar decisiones por sí mismo (Madero, 2022).

Enfoque en el Crecimiento y el Desarrollo Positivo: El terapeuta, afirma Rogers, facilita el crecimiento personal al propiciar un ambiente seguro y de apoyo, lo que permite a la persona explorar y desarrollar sus capacidades (Madero, 2022).

Logoterapia de Viktor Frankl

La logoterapia se centra en la búsqueda de sentido como principal motivador en la vida humana. Frankl sostuvo que, incluso en las circunstancias más difíciles, las personas pueden encontrar un propósito y un sentido a sus vidas (Madero, 2022). Se considera al ser humano como un todo, buscando comprender no solo su comportamiento, sino también sus valores y su sentido de vida (Maslow, 1991).

Enfoque en el Crecimiento y el Desarrollo Positivo: Frankl enfatiza el desarrollo positivo a través de la búsqueda de un propósito y el enfrentamiento de las adversidades con una actitud resiliente (Madero, 2022).

1.14. Enfoque en la Persona Completa

La teoría humanista considera al ser humano en su totalidad, incluyendo aspectos físicos, emocionales, cognitivos y sociales. Esta visión holística se basa en la creencia de que, para comprender verdaderamente a una persona, es necesario considerar todos los aspectos de su vida y su experiencia (Madero, 2022).

La teoría humanista ha tenido un impacto profundo en la psicología y la terapia, ofreciendo una perspectiva optimista y centrada en el individuo. Sus principios fundamentales, como el enfoque en la persona completa y el crecimiento positivo, han sido aplicados en diversos campos, desde la terapia hasta la educación. Al comprender y aplicar estos principios, es posible promover un desarrollo más saludable y una mayor autorrealización en las personas (Madero, 2022).

1.15. **Enfoque en el Crecimiento y el Desarrollo Positivo**

A diferencia de otras teorías que se centran en los problemas o disfunciones, la teoría humanista pone énfasis en el potencial humano y en el crecimiento personal. Los humanistas creen que las personas tienen una tendencia innata hacia el crecimiento y el desarrollo positivo, y que, dadas las condiciones adecuadas, pueden alcanzar su máximo potencial (Madero, 2022).

Libre albedrío y responsabilidad personal

La teoría humanista sostiene que los individuos tienen autonomía en la toma de decisiones libres y son responsables, por ende, de sus acciones. Esta creencia en el libre albedrío contrasta con preceptos deterministas que sugieren que el comportamiento humano está completamente controlado por fuerzas externas o inconscientes (Madero, 2022).

El siguiente gráfico ilustra las diferentes facetas de la teoría humanista de una forma más didáctica:



Teoría	Fundador	Principios Clave	Enfoque en la Persona Completa	Enfoque del Crecimiento y Desarrollo Positivo
Teoría de la Autorrealización	Abraham Maslow	Jerarquía de necesidades y autorrealización del individuo	Considera las necesidades fisiológicas y psicológicas del individuo (pirámide de necesidades)	El crecimiento personal logrado saciando las necesidades básicas y lograr la autorrealización
Terapia Centrada en el Cliente	Carl Rogers	Empatía, congruencia, aceptación incondicional positiva al proceso	Evalúa al individuo como un ser determinado y capaz de tomar decisiones por sí mismo	Fomenta el crecimiento personal a través de un ambiente de apoyo y aceptación
Logoterapia	Viktor Frankl	Búsqueda de sentido como motivador principal	Considera al individuo como un todo, incluyendo sus valores y sentido de la vida	Enfatiza el crecimiento positivo por la necesidad de propósitos y la resiliencia ante las adversidades

Cuadro 4: Diferencias entre tres tipos de corrientes humanistas (Madero, 2022).

UNIDAD 2: PSICOPATOLOGÍA APLICADA A SITUACIONES DE EMERGENCIA

2.1. Psicopatología

La psicopatología se enfoca en el estudio de los trastornos que afectan el bienestar mental y emocional, abarcando una variedad de condiciones como la depresión, ansiedad, burnout y psicosis. Esta sección desglosa las principales áreas de interés en este campo (Levin y Luby, 2000).

2.1.1. Depresión, Ansiedad, Burnout: Marco Diferencial

La depresión, un trastorno complejo que se caracteriza por el humor deprimido. Se ha asociado tradicionalmente con desequilibrios en los neurotransmisores, especialmente la serotonina. Aunque esta teoría ha sido objeto de debate, se sabe que los niveles de serotonina juegan un papel importante en la regulación del estado de ánimo (Sapolsky, 2017). Además de los síntomas afectivos como la tristeza y la anhedonia, la depresión se manifiesta a través de alteraciones cognitivas (dificultad para concentrarse, pensamientos negativos), fisiológicas (cambios en el apetito y el sueño) y comportamentales (aislamiento social, disminución de la actividad). Epidemiológicamente, la depresión afecta mayoritariamente a personas de edades entre 25 y 50 años, y que los factores de riesgo incluyen eventos estresantes, genética y condiciones médicas coexistentes (Beck y Alford, 2009).

El siguiente cuadro define mejor lo que es la depresión y la diferencia de otros cuadros como la ansiedad y el síndrome de Burnout.

Aspecto	Depresión	Ansiedad	Burnout
Definición	Trastorno del estado de ánimo conocido por una tristeza profunda y pérdida de interés en actividades cotidianas.	Estado de miedo o preocupación excesiva ante una situación inespecífica, preocupación por el futuro.	Síndrome de agotamiento emocional, físico y mental relacionado con el trabajo, es un factor de riesgo.
Síntomas	Tristeza persistente por al menos 2 semanas, pérdida de energía, cambios en el apetito y sueño.	Nerviosismo, temblores, palpitaciones, sensación de peligro, hiperhidrosis.	Fatiga, desmotivación laboral, somatizaciones, desrealización, despersonalización.
Tratamiento	Antidepresivos, terapia cognitivo-conductual, acompañamiento de la familia o social.	Ansiolíticos y antidepresivos, terapia cognitivo-conductual, técnicas de relajación.	Intervención en el entorno laboral, técnicas de manejo del estrés.

Cuadro 5: Diferenciación entre depresión, ansiedad y Bunout (American Psychiatric Association, 2013)

2.1.2. Depresión: Definición e Historia de la Depresión

La depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos persistentes de tristeza, pérdida de interés en actividades, y una variedad de síntomas físicos y psicológicos que afectan el funcionamiento diario e incapacita (American Psychiatric Association, 2013).

Historia. - La comprensión de la depresión ha evolucionado desde los antiguos griegos, quienes la describieron como *melancolía*, hasta los modelos modernos que incluyen factores biológicos, psicológicos y sociales. Los avances en psicofarmacología y terapia cognitivo-conductual han revolucionado el tratamiento en las últimas décadas (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.3. CIE-10: Clasificación de Patologías Asociadas a la Depresión

Existen diferentes tipos de depresión, cada uno con sus particularidades, como el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. Para diagnosticar depresión es necesario presentar el cuadro por lo menos 2 semanas. El pronóstico de la depresión es generalmente bueno solo con tratamiento ya que se evidencia una mejoría del 60% el cual combina terapia psicológica y medicamentos. Sin embargo, factores como la gravedad de los síntomas y la presencia de comorbilidades pueden influir en la recuperación. Es importante resaltar que la depresión es una enfermedad tratable y que buscar ayuda profesional es fundamental para mejorar la calidad de vida (Beck y Alford, 2009).

Código CIE-10	Patología	Descripción
F32	Episodio Depresivo	Tristeza severa con pérdida de interés y otras alteraciones.
F33	Trastorno Depresivo Recurrente	Episodios recurrentes de depresión.
F34	Trastorno Distímico	Depresión crónica y menos severa que el episodio depresivo.

Cuadro 6: Cuadro de patologías asociadas a la depresión. (World Health Organization, 1992). International classification of diseases (ICD-10).

2.1.4. Diagnóstico Diferencial: Sintomatología

La depresión y la ansiedad, pese a que se confunden con frecuencia, son trastornos distintos con características propias. Ambos comparten síntomas como dificultad para concentrarse, cambios en el apetito y el sueño, y un impacto significativo en la calidad de vida. Sin embargo, la emoción predominante difiere: en la depresión, prevalece la tristeza, la desesperanza y la pérdida de interés, mientras que en la ansiedad el miedo y la preocupación son centrales (Beck y Alford, 2009). La depresión se orienta más hacia el pasado y el presente, rumiando sobre experiencias negativas, mientras que la ansiedad se proyecta hacia el futuro, anticipando eventos catastróficos. A pesar de estas diferencias, es común que ambas condiciones coexistan, ya que pueden desencadenarse mutuamente y compartir algunos mecanismos biológicos (Clark y Beck, 2010).

Trastorno	Síntomas Diferenciales
Trastorno Bipolar	Episodios de manía o hipomanía alternados con la depresión.
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Preocupación excesiva y persistente, sin el perfil de tristeza característica de la depresión.

Cuadro 7: Diferencia entre trastorno bipolar y ansiedad generalizada. (Clark y Beck, 2010).

2.1.5. Depresión en Adultos: Cuadro Clínico

La depresión en adultos puede manifestarse de diversas formas, a menudo sutiles y difíciles de identificar. Los síntomas más comunes incluyen: sentimientos persistentes de tristeza, vacío o desesperanza; pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras; cambios significativos en el apetito o el peso; trastornos del sueño (insomnio o hipersomnias); fatiga o falta de energía; dificultad para concentrarse, tomar decisiones o recordar cosas; sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza; y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (Beck, 2011).

El siguiente cuadro ilustra la descripción más exacta de la sintomatología de la depresión:

Síntoma	Descripción
Estado de ánimo deprimido	Sentimientos persistentes de tristeza y desesperanza.
Pérdida de interés	Desaparecen las actividades que antes resultaban placenteras.
Alteraciones del sueño	Insomnio o hipersomnias.
Cambios en el apetito	Aumento o disminución del apetito.

Cuadro 8: Características de la psicopatología de la depresión (Kessler, et al. 2003).

2.1.6. Depresión Infantil: Cuadro Clínico

La depresión infantil es un problema de salud mental cada vez más frecuente y preocupante. A diferencia de los adultos, los niños con depresión a menudo expresan su malestar a través de irritabilidad, cambios en el comportamiento (como aislamiento social o aumento de conflictos), dificultades académicas **y** quejas físicas sin causa aparente. Es importante destacar que la depresión infantil no es simplemente una "fase" y puede tener consecuencias a largo plazo si no se trata adecuadamente. Factores como la genética, eventos traumáticos, problemas familiares y condiciones médicas crónicas pueden aumentar el riesgo de desarrollar depresión en la infancia. Identificar los signos tempranos y buscar ayuda profesional es crucial para brindar a estos niños el apoyo que necesitan (Patra, 2019). El siguiente cuadro ilustra mejor la característica de la depresión.

Síntoma	Descripción
Cambios de conducta	Irritabilidad, conflictos con compañeros o familiares.
Síntomas físicos	Dolores frecuentes sin causa médica clara.
Aislamiento social	Evitación de actividades y amigos.

Cuadro 9: Manifestaciones clásicas de la depresión infantil (Patra, 2019)

2.1.7. Ansiedad: Valoración, Sintomatología e Historia

La valoración de la ansiedad incluye entrevistas clínicas, cuestionarios de autoevaluación, y pruebas psicológicas. La ansiedad es una emoción compleja que puede manifestarse de diversas formas, desde una ligera inquietud hasta ataques de pánico incapacitantes. Si bien es una respuesta natural ante situaciones estresantes, cuando se vuelve excesiva y persistente, puede interferir significativamente en la conducta del individuo. Factores biológicos, psicológicos y ambientales pueden contribuir al desarrollo de la ansiedad, y aunque no existe una única causa, se sabe que la genética, el aprendizaje social y experiencias traumáticas pueden jugar un papel importante. Es importante destacar que la ansiedad es un trastorno tratable y que existen diversas terapias y medicamentos que pueden ayudar a las personas a manejar sus síntomas y mejorar su calidad de vida (APA, 2013). El siguiente cuadro ilustra lo más característico de la ansiedad.

Síntoma	Descripción
Preocupación excesiva	Temor persistente sobre situaciones futuras.
Síntomas físicos	Palpitaciones, sudoración, temblores.

Cuadro 10: Sintomatología de la ansiedad (Clark y Beck, 2010)

2.1.8. Angustia: Valoración, Clasificación y Sintomatología

La angustia se valora a través de entrevistas clínicas, autoevaluaciones y herramientas de diagnóstico específicas. La angustia es una emoción intensa y desagradable que se experimenta como una reacción a una amenaza percibida, real o imaginaria. Puede manifestarse de diversas formas, desde una simple inquietud hasta un estado de pánico. La clasificación de la angustia suele realizarse dentro de los trastornos de ansiedad, donde se distinguen diferentes tipos como el trastorno de pánico, la fobia específica o la ansiedad generalizada (APA, 2013). Los síntomas de la angustia son variados y pueden incluir palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo, dolor en el pecho, náuseas, mareos, desrealización, despersonalización y miedo a perder el control o morir. La intensidad y duración de estos síntomas pueden variar ampliamente entre las personas (Clark y Beck, 2010). Los siguientes cuadros ofrecen una diferenciación básica entre dos tipos de angustia y su sintomatología.

Tipo de Angustia	Descripción
Angustia Generalizada	Preocupaciones constantes y excesivas.
Angustia Situacional	Respuesta a eventos específicos.

Cuadro 11: Diferenciación entre dos tipos de angustia (Clark y Beck, 2010)

Síntoma	Descripción
Sensación de opresión	Sensación de presión en el pecho o dificultad para respirar.
Inquietud	Incapacidad para tranquilizarse o mantenerse relajado.

Cuadro 12: Diferencia entre dos tipos de manifestaciones de angustia (Clark y Beck, 2010)

2.1.9. Estrés y Pánico: Valoración, Intervención

El estrés y el pánico se valoran mediante cuestionarios de autoevaluación, entrevistas y pruebas fisiológicas. El estrés es una respuesta natural del cuerpo ante situaciones demandantes o amenazantes. Se manifiesta a nivel físico, emocional y cognitivo, y puede ser agudo (de corta duración) o crónico (prolongado en el tiempo). La valoración clínica del estrés implica identificar los factores estresores, evaluar la intensidad y duración de la respuesta, y determinar el impacto en la vida diaria del individuo (WHO, 2011). Es fundamental considerar tanto los síntomas físicos (como dolores de cabeza, tensión muscular o trastornos del sueño) como los emocionales (irritabilidad, ansiedad, depresión). Una valoración precisa permite diseñar un plan de intervención adecuado, que puede incluir técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual o, en casos más severos, medicación (McEwen, 2006).

El siguiente cuadro ilustra los tratamientos más usados en pacientes con ansiedad

Tipo de Intervención	Descripción
Intervención Cognitivo-Conductual	Técnicas para modificar patrones de pensamiento disfuncionales.

Tipo de Intervención	Descripción
Terapias de Relajación	Técnicas como la meditación y respiración profunda y la relajación.

Cuadro 13: Tratamientos para la ansiedad (McEwen, 2006).

2.1.10. Burnout: Sintomatología y Valoración

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido oficialmente al Burnout como un fenómeno ocupacional. Es un factor de riesgo para desarrollar diversas enfermedades físicas y mentales, como depresión, ansiedad, enfermedades cardiovasculares y trastornos musculoesqueléticos. Además, tiene un impacto negativo en la calidad de vida tanto del trabajador como de las personas que lo rodean. El aspecto más importante a destacar es que el Burnout no es simplemente una fase de cansancio pasajero, sino un problema de salud laboral serio que requiere atención y tratamiento. Las consecuencias del Burnout van más allá del ámbito laboral, afectando las relaciones personales, la salud mental y la calidad de vida en general (Saborío e Hidalgo, 2015).

El siguiente cuadro muestra de una forma más clara las principales características del síndrome de Burnout.

Síntoma	Descripción
Agotamiento emocional	Sentimientos de cansancio y desgaste continuo.
Cinismo	Actitud negativa y distanciamiento de la tarea laboral.

Cuadro 14: Características del síndrome de Burnout (Saborío e Hidalgo, 2015).

2.1.11. El Clima Laboral: Dinámica Laboral

El ambiente laboral es un conjunto de factores físicos, psicológicos y sociales que influyen en la satisfacción y el bienestar de los empleados en su lugar de trabajo. Un ambiente laboral positivo se caracteriza por relaciones interpersonales saludables, oportunidades de desarrollo profesional, comunicación efectiva, reconocimiento del trabajo realizado y un entorno físico agradable. Estos aspectos contribuyen a aumentar la motivación, la productividad y la retención de talento. Por otro lado, un ambiente laboral negativo puede generar estrés, baja moral, disminución de la productividad y ausentismo. Es responsabilidad de las organizaciones fomentar un ambiente laboral saludable y positivo, a través de políticas claras, capacitación adecuada y programas de bienestar (Saborío e Hidalgo, 2015).

El siguiente cuadro es el reflejo de los aspectos más importantes que se observan en el clima laboral

Aspecto	Descripción
Ambiente de Trabajo	Cómo el entorno y el factor social influye en el bienestar emocional.
Relaciones Interpersonales	Interacciones entre colegas y supervisores.

Cuadro 15: Características del ambiente de trabajo (Saborío e Hidalgo, 2015).

2.1.12. Psicopatología y Farmacología: Antidepresivos, Ansiolíticos y Antipsicóticos

Los antidepresivos son eficaces en aproximadamente 60% de los pacientes, aunque más de 30% responden a un placebo. Los antidepresivos pueden tardar de

6 a 8 semanas en ejercer su efecto terapéutico completo. De acuerdo con el mecanismo de acción, los antidepresivos se clasifican en varios tipos: antidepresivos tricíclicos y relacionados (amitriptilina, clomipramina, desipramina, dotiepina, dosulepina, doxepina, imipramina, lofepramina, nortriptilina, trimipramina, mianserina, trazodona) (OPS, 2009).

Por regla general, los prestadores de servicios de salud no deben recetar dos antidepresivos simultáneamente. Entre los riesgos posibles está la aparición del síndrome de la serotonina (agitación, sudoración profusa, temblor, escalofríos, micología, confusión, convulsiones). Se recomienda generalmente comenzar con dosis bajas y aumentarlas gradualmente hasta llegar a la dosis proyectada durante un período de 7 a 14 días. La interrupción del tratamiento debe ser gradual, disminuyendo progresivamente la dosis durante un período de 2 a 3 meses. La suspensión repentina de los antidepresivos puede causar efectos de rebote (OPS, 2009). El siguiente cuadro es más claro con respecto al tipo de fármacos antidepresivos.

Fármaco	Mecanismo de Acción	Efectos adversos	Interacción
Isocarboxazida	Es un inhibidor irreversible de la monoaminoxidasa tipo A y B con acciones y usos similares a los de la fenelzina. Utilizado en el tratamiento de la depresión. Administración	Dentro de los efectos adversos que puede ocasionar la isocarboxazida se encuentran: <ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas • Ictericia • Dolor de pecho • Incremento en el peso • Desmayos • Mareos • Temblores 	Este medicamento puede causar un aumento de la presión sanguínea cuando se toma con ciertos alimentos o bebidas. Para evitarlo,

	oral en una o dos dosis diarias.		no coma gran cantidad de alimentos o bebidas que tengan un alto contenido de tiamina
	La mono amino oxidasa es un Sistema enzimático complejo, ampliamente distribuido por el cuerpo. Los fármacos que inhiben este Sistema están asociados con multitud de efectos clínicos.	<p>Los Efectos secundarios comunes incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema Nervioso: Mareos, dolor de cabeza, somnolencia, alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y la hipersomnia), fatiga, debilidad, temblores, contracciones musculares, movimientos micológicas, hiperreflexia - Gastrointestinales: estreñimiento, sequedad de boca, trastornos gastrointestinales, las transaminasas séricas elevadas (sin acompañamiento de signos y síntomas). - Metabólicos: El aumento de peso 	Los pacientes que reciben tratamiento con fenelzina deben evitar alimentos ricos en proteínas que hayan sufrido una degradación por envejecimiento, fermentación, el decaído, el tabaquismo o la contaminación bacteriana. Los

		<ul style="list-style-type: none"> - Cardiovasculares: Hipotensión postural, edema. - Genitourinario: perturbaciones sexuales, por ejemplo, anorgasmia y disturbios eyaculatorios e impotencia 	<p>pacientes también deben evitar los quesos (especialmente las variedades curadas), los arenque en vinagre, cerveza, vino, hígado.</p>
Selegilina	<p>Inhibe selectivamente en el cerebro la MAO-B, responsable de la degradación de dopamina. Mediante esta acción, se produce un aumento de la concentración de dopamina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mareos • aturdimiento • desmayos • boca seca • náusea • vómitos • dolor de estómago • dificultad para tragar • acidez • diarrea • gases • estreñimiento • dificultad para conciliar el 	<p>Se deben evitar los alimentos que contienen tiamina, y las bebidas que contienen cafeína o etanol.</p>

		<p>sueño o mantenerse dormido</p> <ul style="list-style-type: none"> • sueños inusuales • adormecimiento • depresión • dolor, especialmente en las piernas o la espalda • dolor muscular o debilidad • manchas púrpuras en la piel • sarpullido 	
Tranilcipromina	Inhíbe de forma irreversible la MAO aumentando la concentración de epinefrina, norepinefrina y serotonina.	<ul style="list-style-type: none"> • somnolencia (sueño) • debilidad • sequedad en la boca • pérdida del apetito • diarrea • constipación • dolor de estómago • visión borrosa • escalofríos • pitido en los oídos • rigidez o espasmos musculares 	Las interacciones peligrosas ocurren si se consumen alimentos con alto contenido de mono aminas o sus precursores, un ejemplo común es la crisis hipertensiva causada por la ingestión

		<ul style="list-style-type: none"> • temblor incontrolable de una parte del cuerpo • adormecimiento, ardor, o cosquilleo en los brazos o piernas • dificultad para orinar • cambios en la capacidad sexual • caída del cabello 	de tiamina del queso maduro y el vino tinto
--	--	---	---

Cuadro 16: Antidepresivos y sus diferentes reacciones (OPS, 2009)

2.1.13. Psicosis: Definición, Clasificación, Sintomatología

La psicosis se caracteriza por una desconexión con la realidad, manifestada por delirios y alucinaciones. Los síntomas psicóticos incluyen cambios en la forma en que una persona piensa, actúa y percibe el mundo (APA, 2013).

Alucinaciones: es la percepción sin estímulo, es de naturaleza externa, que se diferencia de la pseudoalucinación por su externalidad (Levin y Luby, 2000).

Delirios: cuando una persona tiene creencias fuertes que no son ciertas y pueden parecer irracionales a los demás (Levin y Luby, 2000).

Trastorno del pensamiento: cuando una persona tiene formas de pensar inusuales o ilógicas. Las personas con trastorno del pensamiento pueden tener problemas para organizar sus ideas y el habla (APA, 2013).

Trastornos del movimiento: cuando una persona presenta movimientos corporales anormales. Las personas con estos trastornos pueden repetir ciertos movimientos una y otra vez (WHO, 2011).

Síntomas negativos. - incluyen la pérdida de motivación, de interés o del disfrute de las actividades diarias, así como alejamiento de la vida social, dificultad para mostrar emociones y problemas para funcionar normalmente (Levin y Luby, 2000)

Tener problemas para expresar sus sentimientos y emociones (*flat affect*)

Tener dificultad para prever y sentir placer en la vida cotidiana.

Hablar con voz apagada y mostrar una expresión facial limitada.

Evitar la interacción social o interactuar de manera socialmente incómoda (APA, 2013).

Los siguientes cuadros ilustran, tanto los tipos de psicosis como su sintomatología.

Tipo de Psicosis	Descripción
Psicosis Primaria	Trastornos del pensamiento y de la conciencia del entorno y sí mismo sin causa externa.
Psicosis Secundaria	Psicosis resultante de otras condiciones médicas o uso de sustancias.

Cuadro 17: Tipos de psicosis (APA, 2013)

Síntoma	Descripción
Delirios	Creencias y percepciones irreales o exageradas que no se basan en la lógica.

Síntoma	Descripción
Alucinaciones	Percepciones sin estímulos externos, como escuchar voces sin que alguien hable.

Cuadro 18: Sintomatología de la psicosis (APA, 2013)

2.1.14. Esquizofrenia: Diagnóstico Diferencial y Valoración

El diagnóstico se basa en las experiencias que relata el propio paciente y la conducta vista por el examinador, se suele considerar que todo tipo de exploración o prueba psicométrica o de psicopatología precisa una información detallada de su alcance y objetivos, y la obtención previa de un consentimiento por parte del paciente. no existen actualmente pruebas de laboratorio que diagnostiquen la esquizofrenia y ninguno de los síntomas es patognomónico o exclusivo de esta enfermedad, lo que dificulta el diagnóstico cierto (Levin y Lubi, 2000).

Trastorno	Características Diferenciales
Trastorno Esquizoafectivo	Presencia de episodios maníacos o depresivos junto con alteración de la realidad, e ilusiones.
Trastorno Delirante	Creencias delirantes sin presencia de otros síntomas psicóticos.

Cuadro 19: Diferencia entra esquizofrenia y delirio (Levin y Lubi, 2000).

2.1.15. Tipos Frecuentes de Esquizofrenia

La esquizofrenia como tal es un diagnóstico psiquiátrico que abarca un amplio grupo de trastornos mentales crónicos y graves, caracterizado a menudo por conductas que resultan anómalas para la comunidad y una percepción alterada de la realidad y se manifiestan alucinaciones (APA, 2013).

Varios factores pueden contribuir al riesgo de que una persona presente esquizofrenia, entre ellos:

Genética: A veces, la esquizofrenia es hereditaria. Sin embargo, solo porque alguien en una familia tiene esquizofrenia, no significa que otros miembros de esta también la tendrán (WHO, 2011).

Ambiente: Las investigaciones sugieren que una combinación de factores genéticos, aspectos del entorno y las experiencias de vida de una persona pueden desempeñar una función en el desarrollo de la esquizofrenia (APA, 2013).

Estructura y función del cerebro: Hay investigaciones que muestran que es más probable que las personas con esquizofrenia tengan diferencias en el tamaño de ciertas áreas del cerebro y en las conexiones entre las áreas que lo conforman (Levin y Lubi, 2000).

El siguiente cuadro ilustra algunos tipos de esquizofrenia

Tipo	Características
Esquizofrenia Paranoide	Predomina la ruptura de la mente, la paranoia y los delirios de persecución.
Esquizofrenia Hebefrénica	Ruptura de la mente, pobre interacción social, afecto aplanado, inmovilidad, pero no catatónica.
Esquizofrenia Catatónica	Inmovilidad extrema o agitación excesiva.

Cuadro 20: Diferentes tipos de esquizofrenia (APA, 2013).

2.1.16. Catatónica: Diagnóstico Diferencial y Valoración

El trastorno del movimiento estereotipado y el síndrome neuroléptico maligno son dos condiciones neurológicas que afectan el movimiento, pero presentan diferencias significativas. Los trastornos del movimiento estereotipado se caracterizan por patrones repetitivos, rítmicos y sin propósito de movimientos, como balancearse, mecerse o hacer gestos (APA, 2013). Estos trastornos suelen aparecer en la infancia y pueden asociarse a condiciones como el autismo o la discapacidad intelectual. Por otro lado, el síndrome neuroléptico maligno es una reacción adversa grave a ciertos medicamentos psiquiátricos, principalmente los antipsicóticos. Se manifiesta con rigidez muscular, fiebre alta, alteración del estado mental y otros síntomas autonómicos. A diferencia de los trastornos estereotipados, el síndrome neuroléptico maligno es una emergencia médica que requiere atención inmediata para evitar complicaciones graves y puede ser mortal (WHO, 2011).

En el siguiente cuadro se establece la diferencia entre el trastorno de movimiento estereotipado y el síndrome neuroléptico maligno

Trastorno	Características Diferenciales
Trastorno de Movimiento Estereotípico	Movimiento repetitivo sin las características de la catatonía como la rigidez.
Síndrome Neuroléptico Maligno	Reacción adversa grave a los antipsicóticos que incluye fiebre muy alta, convulsiones y puede llevar a la muerte.

Cuadro 21: Diferencias entre el comportamiento motor, patrones de movimiento y respuesta a estímulos. (APA, 2013).

2.1.17. Paranoia: Diagnóstico Diferencial y Valoración

La paranoia es un trastorno mental caracterizado por una desconfianza profunda y persistente hacia los demás. Las personas que experimentan paranoia suelen interpretar las acciones y las intenciones de los otros como maliciosas, amenazantes o perjudiciales, incluso cuando no existe evidencia objetiva para apoyar estas creencias. Esta desconfianza puede llevar a sentimientos de persecución, vigilancia constante y dificultad para confiar en otros. La paranoia puede ser un síntoma de diversos trastornos mentales, como la esquizofrenia, el trastorno delirante o el trastorno paranoide de la personalidad, y puede afectar significativamente la calidad de vida de quienes la padecen (APA, 2013).

Trastorno	Características Diferenciales
Trastorno Delirante Paranoide	Delirios persistentes sin otros síntomas de esquizofrenia y con ideas paranoides.
Trastorno de Personalidad Paranoide	Patrón generalizado de desconfianza y sospecha hacia los demás.

Cuadro 22: Se establecen dos tipos de paranoia. (APA, 2013).

2.1.18. Delirante: Diagnóstico Diferencial y Valoración

El trastorno delirante es una enfermedad mental caracterizada por la presencia de una o más creencias falsas firmemente arraigadas (delirios) que persisten a pesar de pruebas evidentes en contra. Estos delirios pueden variar ampliamente en su contenido, pero comúnmente involucran temas como la persecución, la grandiosidad, la celosía o las enfermedades somáticas. A diferencia de otras psicosis, las personas con trastorno delirante suelen mantener un funcionamiento relativamente normal en otros aspectos de su vida. Sin embargo, sus delirios pueden causar un gran malestar y dificultar sus relaciones interpersonales. El trastorno delirante se diagnostica cuando los delirios persisten al menos un mes y

no se pueden atribuir a otra condición médica o al uso de sustancias ((Levin y Lubi, 2000).

En el siguiente cuadro se establece las diferencias entre trastorno psicótico y esquizofrenia y su manifestación delirante

Trastorno	Características Diferenciales
Trastorno Psicótico agudo	Episodios de psicosis de corta duración sin características delirantes persistentes, con presencia de alucinaciones.
Esquizofrenia	Presencia de síntomas psicóticos adicionales como alucinaciones y personalidades múltiples.

Cuadro 22: Delirio en la psicosis y la esquizofrenia. (APA, 2013).

UNIDAD 3

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

3.1. Alcoholismo: Fisiopatología del Consumo de Alcohol

El alcoholismo es un trastorno crónico caracterizado por el consumo compulsivo de alcohol y la pérdida de control sobre su ingesta. El alcohol afecta al sistema nervioso central, actuando como un depresor que altera la función cerebral, lo que lleva a deterioro en el juicio, coordinación motora y otras funciones cognitivas. A nivel fisiopatológico, el consumo crónico de alcohol afecta múltiples sistemas corporales, incluyendo el hígado (cirrosis), el corazón (cardiomiopatía alcohólica), el sistema gastrointestinal (gastritis y pancreatitis), y el sistema nervioso (neuropatía alcohólica, delirium tremens) (WHO, 2011). El siguiente cuadro muestra una relación clara entre consumo de alcohol y daño de órganos.

Sistema Afectado	Complicaciones	Mecanismo Fisiopatológico
Hígado	Cirrosis	Daño hepático por metabolitos tóxicos del alcohol.
Sistema Nervioso Central	Síndrome de delirium tremens	Deficiencia mental que afecta memoria, cognición y puede ser mortal.
Sistema Cardiovascular	Cardiomiopatía Alcohólica	Debilitamiento del músculo cardíaco por consumo crónico.

Cuadro 23: Complicaciones de la ingesta de alcohol (WHO, 2011)

3.2. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento en situaciones de emergencia son fundamentales para mantener la calma y tomar decisiones eficaces. El uso de la empatía por parte de los profesionales de la salud o equipo de primera respuesta permite una mejor conexión con los pacientes y puede reducir la ansiedad en situaciones críticas. Técnicas como la validación emocional y la escucha activa son esenciales para mejorar la atención (Carpio, 2016). El gráfico siguiente describe las diferentes estrategias de afrontamiento más comunes:

Estrategia de afrontamiento	Definición	Ejemplo de Aplicación
Validación Emocional	Reconocimiento y aceptación de las emociones e ideas del paciente.	"Entiendo que te sientas asustado."
Escucha Activa	Enfocarse completamente en el discurso del paciente y sus necesidades.	Responder y confirmar la comprensión de lo que el paciente expresa.

Gráfico 24: Estrategias de afrontamiento (Carpio, 2016)

3.3. Primeros Auxilios Psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos son intervenciones tempranas desarrolladas por el personal entrenado (no de salud mental exclusivamente), dirigidas a reducir el estrés agudo y proporcionar apoyo emocional inmediato en situaciones de crisis. Estos auxilios incluyen la estabilización emocional, la provisión de información precisa y el fomento de un entorno seguro (Carpio, 2016).

3.3.1. Protocolo de Malas Noticias de BUCKMAN

El protocolo de Buckman es una guía estructurada para la entrega de malas noticias en el contexto médico. Consiste en seis pasos: Preparación, Percepción,

Invitación, Conocimiento, Emoción y Estrategia. Su objetivo es minimizar el impacto emocional y facilitar la comprensión del paciente (Buckman, 1992).

Protocolo de Malas Noticias de Buckman

Paso	Descripción	Acción esperada
Preparación	Prepararse mentalmente para entregar malas noticias, asegurarse de contar con un entorno adecuado para la conversación.	Reunirse en una sala privada y tranquila, reunir toda la información relevante y prepararse.
Introducción	Establecer una conexión y preparar al receptor para una conversación conflictiva y trabajar con la información del paciente.	Iniciar la conversación con un saludo y una introducción, como: "Gracias por venir. Tengo información importante, pero dígame, qué sabe de lo sucedido."
Entrega de la Noticia	Comunicar la noticia de forma clara, directa y respetuosa.	Decir: "Lamentablemente, los resultados de las pruebas indican que tienes una enfermedad grave."
Reacción del Receptor	Permitir tiempo para que el receptor procese la noticia, y devolver sus emociones.	Ofrecer tiempo para que la persona se desahogue: "¿Cómo te sientes con respecto a esta noticia?"
Soporte y Explicación	Hacer una devolución y proporcionar información	Proporcionar detalles sobre los próximos pasos y

Paso	Descripción	Acción esperada
	extra y hacer las clarificaciones necesarias.	opciones: "Podemos explorar tratamientos y apoyo adicional."
Planificación de Próximos Pasos	Discutir y planificar lo siguiente, ver riesgo de auto agresión o heteroagresión.	Acordar una cita de seguimiento o referir a especialistas si es el caso.
Cierre	Cerrar la conversación de manera empática, asegurando que la persona se sienta respaldada.	Concluir con palabras de apoyo y disponibilidad para el futuro: "Estoy aquí para responder cualquier duda que puedas tener."

Cuadro 25: Aplicación del Protocolo de Buckman (Buckman, 1992)

1. Preparación

- **Contexto:** Antes de la reunión, asegúrate de que tienes toda la información correcta y completa (Buckman, 1992).
- **Ejemplo:** Revisar la información suficiente, medir y comprender el impacto de la noticia en quien la recibe.

2. Introducción

- **Contexto:** Crea un ambiente de empatía y apoyo desde el inicio (Buckman, 1992).
- **Ejemplo:** "Sé que esto no es fácil de escuchar, pero dígame, qué sabe de los resultados."

3. Entrega de la Noticia

- **Contexto:** Sé claro pero compasivo es importante el lenguaje no verbal y mostrar respeto (Buckman, 1992).
-
- **Ejemplo:** "Le entiendo los exámenes han mostrado que tienes una condición que requiere tratamiento inmediato."

4. Reacción del Receptor

- **Contexto:** Escucha y valida las emociones del receptor y proporcionarle comprensión (Buckman, 1992).
- **Ejemplo:** "Entiendo que esta noticia no es fácil para ti. ¿Cómo te sientes en este momento?"

5. Soporte y Explicación

- **Contexto:** Proporciona información clara y opciones disponibles, no se debe extender mucho la información (Buckman, 1992).
- **Ejemplo:** "es necesario revisar las opciones de tratamiento y cómo podemos apoyarte en todo este proceso."

6. Planificación de Próximos Pasos

- **Contexto:** Organiza el seguimiento y los recursos necesarios para finalizar la intervención (Buckman, 1992).
- **Ejemplo:** "Es necesario reservar una cita con un especialista para discutir el tratamiento que debes seguir."

7. Cierre

- **Contexto:** Asegúrate de que la persona se sienta apoyada y comprendida (Buckman, 1992).
- **Ejemplo:** "Debes saber que puedes contactarme si tienes alguna inquietud o precisas apoyo de aquí en adelante."

3.3.2. Duelo y Pérdida: Definiciones y Valoración

El duelo es una respuesta emocional natural a la pérdida, que puede incluir una amplia gama de emociones como tristeza, ira, y desesperanza. Es importante que los profesionales de salud reconozcan las etapas del duelo y ofrezcan apoyo adecuado para evitar complicaciones con un duelo que no se elabora (Carpio, 2016).

3.3.3. Atención ante Desastres: Protocolos de Intervención VIDA y ABCDE

En situaciones de desastre, la intervención psicológica inmediata es crucial para minimizar el trauma. Los protocolos VIDA (Valorar, Intervenir, Derivar y Acompañar) y ABCDE (Asegurar la vía aérea, Ventilación, Circulación, Discapacidad, Exposición/Entorno) son enfoques sistemáticos para brindar atención tanto física como emocional (Carpio, 2016). A continuación, se detalla las fases del protocolo VIDA para niños. Niñas y adolescentes.

Fase	Descripción detallada y ejemplos
Valoración (Verdad, Clara y Precisa)	<p>Observar: Lenguaje corporal, gestos, modulación de voz, comportamiento.</p> <p>Preguntar: "¿Qué pasó?", "¿Cómo te sientes?", "¿Hay algo que te duele?", "¿Tienes miedo de algo?". Validar: "Entiendo que estés asustado/a", "Es normal sentirse así después de lo que pasó".</p> <p>Ejemplo: Un niño de 7 años les aproxima sollozando después de una pelea. El adulto observaría sus gestos, escucharía lo que dice y</p>

	validaría sus sentimientos, preguntando "¿Qué fue exactamente lo que te ocurrió?".
Identificar Figura de Referencia	<p>Buscar: Identificar a un adulto significativo para el niño (padres, tutores, maestros, que sean de extrema confianza).</p> <p>Comunicar: Indagar sobre quién es el familiar más cercano que conoce, asegurando que se comprenda lo que está pasando.</p> <p>Incluir: Involucrar al adulto en el proceso de apoyo al niño.</p> <p>Ejemplo: Si un niño está en la escuela, el profesor contactará a los padres para informarles sobre su situación.</p>
Dosificar Información	<p>Adaptar: Ajustar el discurso y su complejidad de la información a la edad y comprensión del niño.</p> <p>Evitar: Detalles complejos que puedan generar mayor angustia.</p> <p>Fomentar: La expresión del niño para asegurarse que entiende.</p> <p>Ejemplo: Si un niño indaga por un desastre natural, se le debe explicar de forma sencilla y en términos infantiles, enfocándose en cómo se siente y manteniendo su seguridad.</p>
Activar Redes de Apoyo	<p>Conectar: Contactar al niño con adultos de confianza (familia, instituciones especializadas).</p> <p>Orientar: Proporcionar información sobre recursos existentes para esa situación (psicólogos, redes de apoyo, alimentación).</p> <p>Empoderar: Ayudar al niño a reconocer sus capacidades y habilidades para afrontar una crisis.</p> <p>Ejemplo: Si un niño perdió a un familiar, se le debe conectar con un familiar cercano o un grupo especializado como DINAPEN y se le animaría a hablar sobre sus sentimientos.</p>

Cuadro 26: Protocolo VIDA para niños y niñas (WHO, 2013)

3.4. Intervención en Crisis

La intervención en crisis se centra en la evaluación y manejo inmediato de personas que experimentan un episodio agudo de angustia o desorganización. El objetivo es estabilizar la situación, reducir el riesgo de daño y proporcionar un plan de seguimiento (Beck, 2011). El siguiente cuadro es una mejor herramienta para la intervención en crisis.

Paso	Descripción	Objetivo
1. Evaluación rápida de la situación	Evaluar la crisis, identificar riesgos potenciales de autolesión o hetero agresión, y determinar los factores que lo provocan.	Asegurar a la persona y a quienes la rodean.
2. Establecer contacto y rapport	Crear un ambiente seguro y de confianza, activar escucha activa, validando sus emociones.	Facilitar la comunicación y bajar la ansiedad.
3. Explorar la experiencia de la crisis	Guiar a la persona para describir sus pensamientos, sentimientos y sensaciones entorno a la crisis.	Comprender el punto de vista de la persona y los factores que contribuyen a su malestar.
4. Identificar los recursos internos y externos	Explorar las fortalezas y debilidades de la persona, así como los recursos saludables en su entorno y de su personalidad.	Potenciar la fortaleza del Yo y fomentar la búsqueda de soluciones.
5. Desarrollar un plan de acción	Trabajar en conjunto con la persona para establecer objetivos a corto plazo y trabajar en estrategias de afrontamiento.	Proporcionar una idea de autocontrol y orientación personal.
6. Seguimiento y apoyo continuo	Programar sesiones de seguimiento para consolidar progresos. Brindar apoyo emocional.	Reafirmar los logros para prevenir recaídas y promover el cambio.

Cuadro 27: Pasos para la intervención en crisis (WHO, 2013)

3.4.1. Intervención en Situaciones de Desastre

Los desastres naturales y provocados por el hombre pueden causar, aparte de las víctimas del evento mismo, víctimas secundarias derivadas de una condición previa (depresión, por ejemplo) al evento o una pobre capacidad de resistencia a la crisis. Las intervenciones psicológicas en estos casos incluyen la evaluación rápida de las necesidades psicológicas, la estabilización emocional, y la provisión de apoyo continuo (Carpio, 2016).

3.4.2. Intervención en Caso de Abuso Sexual

El abuso sexual es una emergencia psicológica que requiere una intervención cuidadosa y empática. Las prioridades incluyen asegurar la integridad del paciente, evitar la revictimización, proporcionar apoyo emocional, y coordinar la atención médica y psicológica (Carpio, 2016).

3.4.3. Intervención con Niños

Las intervenciones con niños en situaciones de emergencia requieren un enfoque específico que considere su desarrollo emocional y cognitivo. Es esencial emplear un lenguaje sencillo y asegurarse de que el niño se sienta seguro y comprendido (Carpio, 2016).

3.5. Farmacología en Casos de Emergencia

En situaciones de emergencia, la farmacología puede ser necesaria para estabilizar al paciente. Es fundamental conocer las clases de medicamentos y sus efectos secundarios para utilizarlos de manera segura y eficaz (Carpio, 2016).

3.5.1. Ansiolíticos: Clasificación, Efectos Secundarios e Interacción

Los ansiolíticos se utilizan para reducir la ansiedad y pueden clasificarse en benzodiazepinas (como el alprazolam y el diazepam) y no benzodiazepinas (como la buspirona). Los efectos secundarios comunes incluyen sedación, dependencia, y

riesgo de interacción con otros depresores del sistema nervioso central (OPS, 2009). El siguiente cuadro es una herramienta más ilustrativa.

Clase	Ejemplos	Características principales	Usos terapéuticos	Efectos secundarios
Benzo diacepinas	Diazepam, Lorazepam, Alprazolam	Acción rápida, efecto ansiolítico y sedante potente, alto potencial de dependencia.	Trastorno de ansiedad generalizada, ataques de pánico, insomnio, espasmos	Somnolencia, mareos, debilidad, confusión, dependencia física y psicológica.
Barbitúricos	Fenobarbital, Pentobarbital	Potente efecto sedante-hipnótico, alto riesgo de sobredosis y dependencia.	Insomnio severo, epilepsia, estados de agitación.	Depresión del sistema nervioso central, tolerancia, dependencia y riesgo de sobredosis.
Carbamatos	Meprobamato	Efecto ansiolítico y relajante muscular, menor potencial dependiente que las benzodiazepinas.	Ansiedad leve a moderada, tensión muscular.	Somnolencia, mareos, debilidad muscular.
Buspirona	Buspirona	Acción más lenta que las benzodiazepinas, menor potencial	Trastorno de ansiedad generalizada, no es eficaz en	Mareos, náuseas, nerviosismo inicial.

		de sedación y dependencia.	ataques de pánico.	
Otros	Zopiclona, Zolpidem	Acción rápida, efecto hipnótico, menor riesgo dependiente que las benzodiazepinas.	Insomnio a corto plazo.	Somnolencia diurna, mareos, alteraciones del sueño.

Cuadro 28: Tipos de ansiolíticos (OPS, 2009)

3.5.2. Antidepresivos: Clasificación, Efectos Secundarios e Interacción

Los antidepresivos se dividen en varias clases, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), tricíclicos, e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Los efectos secundarios pueden incluir aumento de peso, insomnio, y disfunción sexual (WHO, 2013). El siguiente cuadro ayuda en el tema de fármacos:

Familia	Ejemplos	Mecanismo de acción	Usos terapéuticos	Efectos secundarios
Inhibidores de la recaptación de la monoaminoxidasa (IMAO)	Tranilcipromina, Fenelzina	Inhiben la enzima monoaminoxidasa, aumentando los niveles de neurotransmisores como la serotonina, norepinefrina y dopamina.	Depresión atípica, trastorno de pánico.	Hipertensión, mareos, sequedad bucal, insomnio, interacciones graves con otros medicamentos
Tricíclicos	Amitriptilina, Imipramina	Bloquean los receptores de	Depresión, trastornos de	Sedación, visión

		serotonina y norepinefrina, aumentando sus niveles en el cerebro.	ansiedad, dolor crónico.	borrosa, estreñimiento, taquicardia, sequedad de boca.
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina	Bloquean la recaptación de serotonina, aumentando sus niveles en el cerebro.	Depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, trastorno de estrés postrauma	Náuseas, insomnio, ansiedad, disminución de la libido, sudoración.
Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN)	Venlafaxina, Duloxetina	Bloquean la recaptación de serotonina y norepinefrina, aumentando sus niveles en el cerebro.	Depresión, ansiedad generalizada, dolor crónico, trastorno de ansiedad social.	Náuseas, sudoración, insomnio, disminución del apetito, aumento de la presión arterial.

Cuadro 29: Tipos de antidepresivos (OPS, 2009)

3.5.3. Antipsicóticos: Clasificación, Efectos Secundarios e Interacción

Los antipsicóticos se clasifican en típicos y atípicos. Los típicos (como el haloperidol) pueden causar efectos secundarios extrapiramidales, mientras que los atípicos (como la olanzapina) tienen un menor riesgo de estos efectos, pero pueden causar aumento de peso y síndrome metabólico. El siguiente cuadro será muy útil para despejar dudas (OPS, 2009).

Categoría	Características Generales	Ejemplos
Antipsicóticos Típicos (Primera Generación)	- Bloquean principalmente los receptores de dopamina. Eficaces para tratar los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios). Mayor incidencia de efectos secundarios extrapiramidales (movimientos involuntarios).	Clorpromazina, Haloperidol, Flufenazina
Antipsicóticos Atípicos (Segunda Generación)	- Bloquean los receptores de dopamina y serotonina. Eficaces para tratar tanto los síntomas positivos como negativos de la esquizofrenia (aplanamiento afectivo, retraimiento social). Menor incidencia de efectos secundarios extrapiramidales, pero mayor riesgo de aumento de peso y alteraciones metabólicas.	Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Clozapina, Aripiprazol

Cuadro 30: Tipos de antipsicóticos (OPS, 2009)

UNIDAD 4: NEGOCIACIÓN, GRUPOS, ÉTICA E INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE DESASTRE

4.1. El Intento de Suicidio

Un intento de suicidio es un acto intencional que implica autolesionarse con la intención de poner fin a la propia vida. Aunque no siempre resulta en la muerte, refleja un profundo sufrimiento emocional y psicológico. Los motivos detrás de un intento de suicidio son complejos y pueden incluir depresión, ansiedad, trastornos bipolares, abuso de sustancias, estrés postraumático, problemas de relación, enfermedades crónicas, o una combinación de estos factores. Es importante destacar que un intento de suicidio es una señal de que una persona está en crisis y necesita ayuda urgente (WHO, 2013).

4.1.1. Atención Vía Telefónica

Descripción: El soporte telefónico para crisis implica proporcionar ayuda y orientación a individuos en riesgo a través de llamadas telefónicas (Miller y Johnson, 2018). Lo primero que se debe considerar es:

Mantener la calma: Tu propia tranquilidad transmitirá seguridad a la persona en crisis.

No juzgar: Evita emitir juicios de valor sobre sus sentimientos o acciones (Carpio, 2016).

Ser paciente: El proceso puede ser lento y requerir varias llamadas.

Documentar la llamada: Anotar los detalles de la conversación puede ser útil para el seguimiento (Carpio, 2016).

Cuidarse a ti mismo: Realizar autocuidado es esencial para evitar el agotamiento emocional. (Miller y Johnson, 2018).

Fase	Objetivo	Acciones Clave
Establecimiento del Contacto	Crear un vínculo de confianza y seguridad.	- Identificarse y explicar el motivo de la llamada. Mostrar empatía y comprensión: "Entiendo que estés pasando por un momento muy difícil". Validar sus sentimientos: "Es normal sentirse así ante esta situación".
Calmar y Escuchar Activamente	Reducir la ansiedad y obtener información clave.	- Mantener un tono de voz calmado y tranquilizador. Escuchar atentamente sin interrumpir. Hacer preguntas abiertas para que la persona exprese sus pensamientos y sentimientos: "¿Qué te lleva a sentirte así?", "¿Qué estás pensando en este momento?".
Evaluar el Riesgo	Determinar la inminencia y gravedad del riesgo suicida.	- Evaluar la intensidad de las ideas suicidas, la existencia de un plan y los medios disponibles. Identificar factores de protección y riesgo.
Proporcionar Apoyo Emocional	Ofrecer contención y esperanza.	- Reforzar sus fortalezas y habilidades para afrontar la situación. Recordarle que no está solo y que hay personas que se preocupan por él/ella. Normalizar los sentimientos de desesperanza y ayudar a la persona a

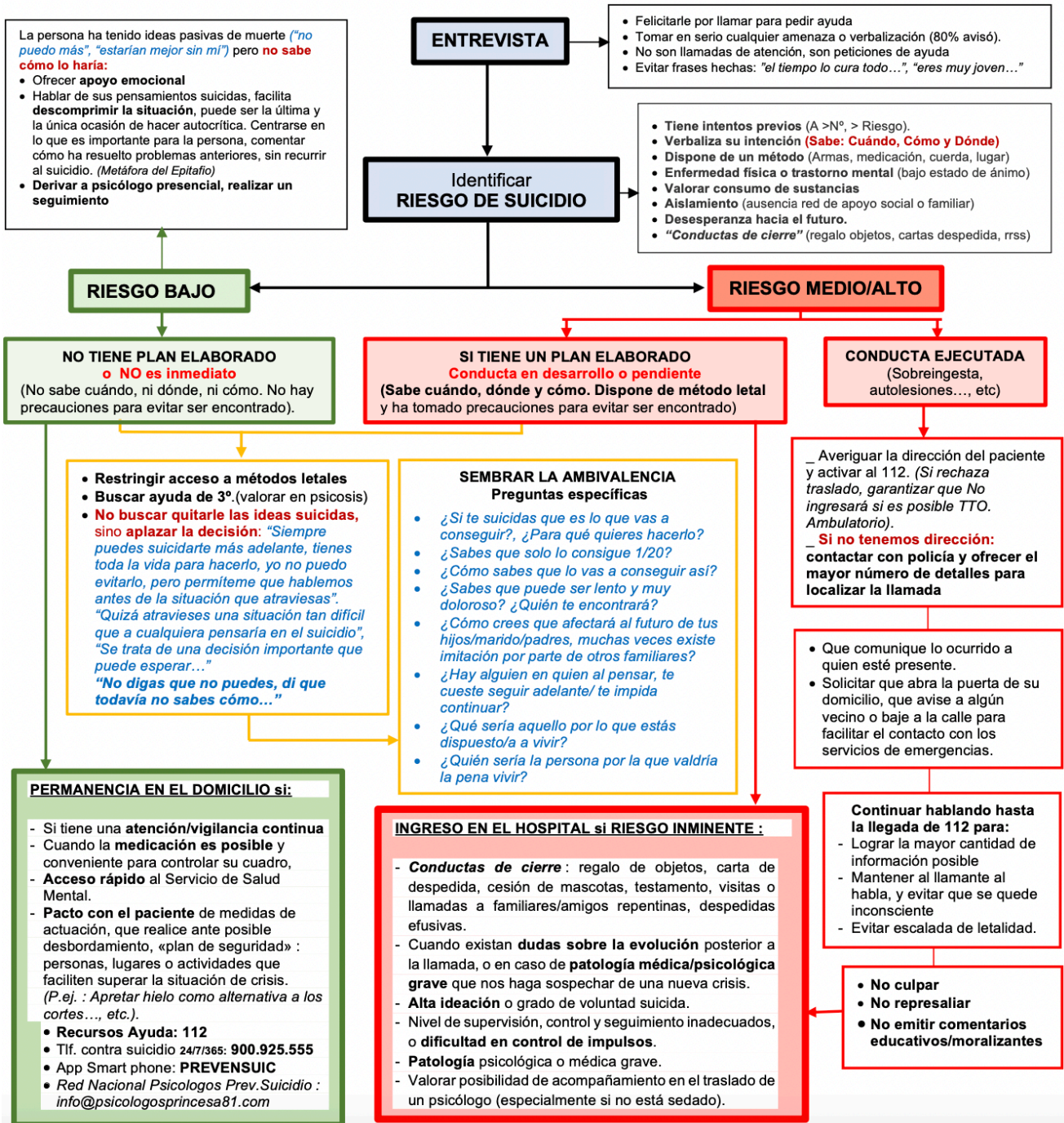
		encontrar un nuevo significado.
Elaborar un Plan de Seguridad	Reducir el acceso a medios letales y establecer un plan de acción.	- Ayudar a la persona a identificar situaciones y pensamientos que desencadenan la crisis. Establecer estrategias de afrontamiento a corto plazo (ej., respirar profundamente, llamar a un amigo). Crear un plan de seguridad que incluya números de emergencia, personas de confianza y actividades que le proporcionen placer.
Derivar a Servicios Profesionales	Conectar a la persona con ayuda especializada.	- Informar a la persona sobre los recursos disponibles en su comunidad (líneas de ayuda, hospitales, centros de salud mental). Animarla a buscar ayuda profesional de forma inmediata. Ofrecer acompañamiento para realizar la llamada o acudir a una cita médica.

Cuadro 31: Pasos para atención de suicidio (Miller y Johnson, 2018).

4.1.1.1. Algoritmo de atención vía telefónica

Descripción: Algoritmo estructurado para guiar la intervención en situaciones de intento autolítico, desde la evaluación inicial hasta la intervención y seguimiento.

PROCEDIMIENTO: INTERVENCIÓN EN CONDUCTA SUICIDA



Cuadro 32: Algoritmo de atención por intento de suicidio vía telefónica (Carmona y Barrajón, 2022).

4.1.1.2. Intervenciones más Importantes

Descripción: Las intervenciones clave para abordar el intento de suicidio incluyen la estabilización, el apoyo emocional y la referencia a tratamiento especializado.

Ejemplo: Intervenciones como la terapia cognitivo-conductual (TCC) han demostrado ser efectivas en la reducción del riesgo de suicidio (Beck, 2011)

4.1.2. Atención en Campo

Descripción: La intervención de crisis en el campo implica proporcionar asistencia inmediata y directa en el lugar donde ocurre la crisis. La coordinación es interinstitucional y asistida por medio de soporte telefónico (PPSSC, 2005)

Ejemplo: Un equipo de intervención en crisis que se desplaza a la escena de un intento de suicidio para proporcionar apoyo y asistencia.

4.1.2.1. Negociación en Intento Autolítico

Descripción: Técnicas utilizadas para persuadir al individuo en crisis a que busque ayuda y evite acciones autodestructivas. La negociación se aplica cuando La negociación se da en espacios abiertos en los que una persona quiere acabar con su vida, lo que se pretende en ese contexto es alargar al máximo la decisión del suicida para que desista del acto, recordando que, si prolonga más tiempo la decisión más tarde, es menos probable que lo haga (Carpio, 2016).

4.1.2.2. Contención Física y Mecánica

Descripción: Métodos para restringir el movimiento de un individuo para evitar daño, aplicados con estricto protocolo ético y médico. La contención, tanto física como mecánica es el último recurso a emplear en la atención psicológica, siempre es necesario recordar que se debe verbalizar con la persona agitada, recordando que la persona que tiene una agitación motora no es una persona violenta necesariamente (Carpio, 2016).

Ejemplo: Uso de sujeciones en un entorno hospitalario para prevenir que un paciente autolesione o dañe a otros.

4.1.2.3. Agitación Psicomotriz

Descripción: Estado de agitación severa que puede requerir intervención médica urgente para prevenir daño al individuo o a otros. A continuación, se describen las fases de la agitación psicomotora:

Fase	Características	Manifestaciones Clínicas
Inicio	Aumento leve de la actividad motora, inquietud, dificultad para concentrarse.	Inquietud, dificultad para permanecer sentado, movimientos repetitivos, irritabilidad.
Desarrollo	Intensificación de la actividad motora, aumento de la tensión muscular, alteraciones del sueño.	Deambular sin rumbo, hablar en voz alta, gesticular de forma exagerada, agresividad verbal.
Pico	Máxima expresión de la agitación, pérdida del control de los impulsos, riesgo de autolesión o hetero agresividad.	Comportamiento violento, destrucción de objetos, intentos de escapar, desorientación.
Declinación	Disminución gradual de la actividad motora, fatiga, somnolencia.	Enlentecimiento de los movimientos, disminución de la tensión muscular, confusión.

Cuadro 33: Fases de la agitación psicomotora (Miller y Johnson, 2018).

4.2. Grupos de Autoayuda

Descripción: Grupos formados por personas con experiencias similares que se apoyan mutuamente para enfrentar desafíos y promover la recuperación. Los grupos surgen de la necesidad de brindar apoyo psicológico a más personas en

menos tiempo, por lo que una atención individualizada no es la mejor opción (Yalom y Leszcz, 2020).

4.2.1. Intervención en el Equipo de Respuesta

Descripción: Coordinación y manejo de la intervención por parte de un equipo especializado en crisis para proporcionar asistencia efectiva. El equipo de primera respuesta en emergencias es el que sufre los estragos en la misma medida que las víctimas directas de un desastre, por lo que es muy importante ayudar al personal a gestionar sus emociones ante situaciones de desastre (Yalom y Leszcz, 2020).

4.2.2. Debriefing

Descripción: Proceso de revisión y análisis después de una crisis para evaluar la respuesta y mejorar futuros manejos. El debriefing es una sesión estructurada tras un incidente crítico, donde los miembros del equipo comparten sus experiencias y emociones para procesar el evento y prevenir futuras complicaciones psicológicas.

Ejemplo: Después de un incidente crítico, el equipo realiza una sesión de debriefing para discutir lo que funcionó bien y las áreas de mejora (Mitchell y Everly, 2021).

4.2.3. Peer Support

Descripción: Apoyo brindado por compañeros que han experimentado situaciones similares y pueden ofrecer comprensión y guía basada en sus propias experiencias. El sistema de apoyo entre pares es un modelo de intervención en salud mental que promueve la recuperación y el bienestar a través de la conexión entre personas que comparten experiencias similares. En este sistema, individuos que han vivido situaciones de crisis o que han recibido un diagnóstico psiquiátrico ofrecen apoyo emocional, información y habilidades a otros que se encuentran en situaciones similares. La idea central es que quienes han transitado por experiencias similares pueden brindar una comprensión y empatía únicas, facilitando así el proceso de recuperación y reinserción social (Mitchell y Everly, 2021).

4.2.4. Ética en la Atención

Consideraciones éticas en el manejo de crisis incluyen el respeto a la autonomía del paciente, la confidencialidad, y la intervención apropiada. La ética en la atención psicológica es un conjunto de principios y normas morales que guían la conducta de los profesionales de la psicología en su relación con los pacientes. Estos principios buscan garantizar el bienestar y los derechos de las personas que buscan ayuda psicológica, así como mantener la integridad de la profesión (Beauchamp y Childress, 2019).

La ética en psicología implica respetar la autonomía del paciente, es decir, permitir que cada persona tome sus propias decisiones sobre su tratamiento. También implica la beneficencia, buscando siempre el bienestar del paciente y evitando cualquier tipo de daño. Además, la justicia exige un trato equitativo y justo para todos los pacientes, sin discriminación alguna. La confidencialidad es otro principio fundamental, ya que la información personal y delicada que se comparte en terapia debe ser protegida (Beauchamp y Childress, 2019).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2020). *Neuroscience: Exploring the Brain*. (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Carpio, J. (2016). *Compilación de 100 técnicas breves y en crisis para el soporte psicológico de emergencias*. Cruz Roja del Ecuador / Universidad del Azuay.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Descartes, R. (2020). *Meditaciones metafísicas*: (1 ed.). Editorial Verbum, S. L.
<https://elibro.net/es/lc/istcge/titulos/266226>
- Frankl, V. E. (2006). *El hombre en busca de sentido*. Herder Editorial.

- Han, B. (2021). *Psicopolítica: neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Herder Editorial. <https://elibro.net/es/lc/istcge/titulos/188498>
- Heidegger, M. & Rivera C. J. E. (Trad.). (2023). *Ser y tiempo: (1 ed.)*. Editorial Trotta, S.A. <https://elibro.net/es/lc/istcge/titulos/246291>
- Inhelder, B. & Piaget, J. (2016). *Psicología del niño: (18 ed.)*. Ediciones Morata, S. L. <https://elibro.net/es/lc/istcge/titulos/11620>
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (2013). *Principles of Neural Science*. (5th ed.). McGraw-Hill.
- Kant, I. (2019). *Principios metafísicos del derecho: (1 ed.)*. Ediciones Olejnik. <https://elibro.net/es/lc/istcge/titulos/247154>
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin, R., Korets, D., Merikangas, K., Rush, J., Walters, E. y Wang, P. (2003). *The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. JAMA. 289(23), 3095–3105. doi:10.1001/jama.289.23.3095
- Kolb, B., & Wishaw, I. Q. (2015). *Fundamentals of human neuropsychology (7th ed.)*. Worth Publishers.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- Levin, J. A., & Luby, J. L. (2000). *The diagnosis and treatment of psychotic disorders*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(6), 541-548. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09070997>
- Leyva, G. & Hegel, G. W. F. (2017). *Fenomenología del espíritu*. FCE - Fondo de Cultura Económica. <https://elibro.net/es/lc/istcge/titulos/110303>

- Madero Gómez, S. (2022). *Percepción de la jerarquía de necesidades de Maslow y su relación con los factores de atracción y retención del talento humano*. *Contaduría Y Administración*, 68(1), e377.
doi:<http://dx.doi.org/10.22201/fca.24488410e.2023.3416>
- Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.
<https://elibro.net/es/lc/istcge/titulos/55495>
- McEwen B. S. (2006). *Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain*. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 367–381.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/bmcewen>
- Miller, K. E., & Johnson, K. L. (2018). *Telephonic crisis intervention: A review of effectiveness and best practices*. *Journal of Crisis Intervention*, 29(3), 215-228.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1469456>
- Mitchell, J. T., & Everly, G. S. (2021). *Critical incident stress debriefing: An operation manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. *Journal of Trauma Stress*, 34(3), 276-284.
<https://doi.org/10.1002/jts.20348>
- Nietzsche, F. & Serrano, V. (II.). (2014). *El pensamiento trágico de los griegos: escritos póstumos 1870-1871*. Biblioteca Nueva.
<https://elibro.net/es/ereader/istcge/105943?page=1>
- Nietzsche, F. (2004). *Más allá del bien y del mal*. El Cid Editor.
<https://elibro.net/es/lc/istcge/titulos/36095>
- OPS. (2009). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria en salud*. Washington, DC.

<file:///Users/macbookair/Downloads/Tratamiento%20farmacologico%20de%20los%20trastornos%20mentales.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Editorial Médica Panamericana.

Ortega, M. (2012). *Breve manual de filosofía*. Editorial B&M.

<https://fundacion-rama.com/wp-content/uploads/2022/05/02203.-Breve-manual-de-filosofia.pdf>

Patra S. (2019). *Assessment and management of pediatric depression*. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(3), 300–306.

https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_446_18

Patronato Provincial de servicios sociales de Córdoba. (2005). *Protocolo de intervención psicológica en crisis ante situaciones de emergencias*.

Platón. (2021). *El político*: (1 ed.). Editorial Verbum, S. L.

<https://elibro.net/es/lc/istcge/titulos/268113>

Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. McGraw-Hill/Interamericana.

<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/43a9d63fc649d7606bd928a7bdf87ca7.pdf>

Purves, D., Augustine, G. J., & Fitzpatrick, D. (2019). *Neuroscience*. (6th ed.). Oxford University Press.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Houghton Mifflin.

Saborío, L., Hidalgo, L. (2015). *Síndrome de Burnout*. *Revista de medicina legal de Costa Rica*, 32(1).

- Sapolsky, R. M. (2017). *Behave: The Biology of Humans at Our Best and Worst*. Penguin Press.
- Schopenhauer, A. & López de Santa María, P. (Trad.). (2023). *El mundo como voluntad y representación I: (1 ed.)*. Editorial Trotta, S.A. Squire, L. R., & Damasio, A. R. (2021). *Neuropsychology of memory (3rd ed.)*. Guilford Press.
- Thompson, R. F. (2021). *Neuroendocrinology: An integrated approach (2nd ed.)*. Academic Press.
- World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO Press. <https://elibro.net/es/lc/istcge/titulos/232709>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. *American Journal of Group Therapy*, 32(1), 12-29.
<https://doi.org/10.1097/JGT.000000000000023>.
- Žižek, S. (2017). *Antígona*. Ediciones Akal. <https://elibro.net/es/lc/istcge/titulos/116070>

*¡Revolucionando
tú manera de Aprender!*

 **ISTC GE** Instituto Superior Tecnológico



Av. 10 de Agosto N35-108 e Ignacio San María.
098 706 7892
www.istcge.edu.ec



ISBN: 978-9942-7301-0-7



9 789942 730107