

# Gabinetes de atención psicológica sistémica para personal de emergencias extrahospitalarias

Systemic psychological care consultation for out-of-hospital emergency personnel

Vicente Coca Pérez  
[vcocap@hotmail.com](mailto:vcocap@hotmail.com)

Psicólogo. Enfermero. Curso en Enfermería de Urgencias Extrahospitalarias 1.999/2.000, desde 2016 Experto.. Experto Universitario en Intervención social en drogodependencias. Master en psicología de emergencias, catástrofes y pérdidas personales. Experto en tabaquismo.

Agradecimientos:

Andrea Ortiz Roa y Anthony C. Malfatani.

Luz Mary Ortiz Vera, por las correcciones a este texto, su apoyo, por haber creído en ello desde el principio, y por ser quien es.

## Palabras clave

Psicología en Emergencia. Extrahospitalaria. Gabinete Psicológico. Profesionales. Voluntarios. Intervenientes. Prevención. Sistémico. Biopsicosocial. Imagen institucional. Consejo sanitario. Pérdida de recurso humano, profesional y económico

## Resumen

Se propone la creación de gabinetes psicológicos específicos para evaluar e intervenir con los profesionales y voluntarios que participan en los distintos servicios de emergencias extrahospitalarias de España de forma periódica, caracterizándose por ser preventivos y con una orientación sistémica con la cual lleguen los intervenientes a comprender y afrontar de forma integral los diferentes tipos de emergencias e intervenciones y su posible repercusión en su vida a nivel personal (individuales y socio relacionales) y profesional (intervenciones y convivencia), facilitándoles herramientas con las cuales dar respuestas satisfactorias a sus necesidades y problemas planteados o detectados.

## Keywords

Emergency psychology outpatient. Psychological Cabinet of Professionals. Volunteers. Intervenors. Prevention. Systemic. Biopsychosocial. Institutional image. Sanitary Council. Loss of human, professional and economic resources.

## Summary

This paper proposes the creation of specific psychological consultations for evaluation and intervention of professionals and volunteers, who participate in the different out-of-hospital emergency services in Spain on a regular basis.

This is characterized by being preventive and of a systemic nature with the intervening parties coming to understand and comprehensively address the different types of emergencies and their possible impact on their lives, on a personal (individual and socio-relational), and professional level (interventions and coexistence), providing tools to obtain satisfactory answers to the needs and problems raised or detected.

## Introducción

### Una necesidad y una propuesta de trabajo preventiva, con una orientación sistémica y biopsicosocial

Este artículo aún siendo independiente del anterior publicado en esta misma revista con el título: "¿Por qué se necesita incorporar la Psicología a la Emergencia Extrahospitalaria?"<sup>1</sup> basado en un estudio realizado a personal de emergencias extrahospitalarias y cuyos resultados fueron presentados como ponencia<sup>2</sup> en el marco de las II Jornadas de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias organizadas por SEPADEM, está íntimamente relacionado con él, planteándose específicamente la necesidad de gabinetes psicológicos para los intervinientes que participan en las emergencias extrahospitalarias de España sean profesionales y/o voluntarios y realizándose una propuesta para trabajar con ellos.

La propuesta surge por la formación y experiencia en campos tan distintos y distantes en sus cometidos y formas de intervenir, como son las emergencias extrahospitalarias, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (adicciones y salud comunitaria) pero que se complementan como se demuestra en la propuesta de trabajo que se realiza, y que dará solución a muchos de los problemas y dificultades existentes.

1 ¿Por qué se necesita incorporar la Psicología a la Emergencia Extrahospitalaria? Revista Cuadernos de crisis. Núm. 18. Vol.2. 2019

2 Ponencia "Estudio sobre personal de emergencias (Necesidades psicológicas para los intervinientes en emergencias)". II Jornadas de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias. Universidad de Málaga. 25 de Noviembre de 2017, Organizadas por SEPADEM (Sociedad Española de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias).

## I. - Una necesidad

El presente artículo tiene como objetivo proponer y promover la creación de gabinetes psicológicos específicos para evaluar e intervenir con los profesionales y voluntarios que participan en los distintos servicios de emergencias extrahospitalarias de España; planteando **un modelo de intervención preventivo con un enfoque de trabajo biopsicosocial y una visión sistémica.**

De esta forma se conocerán los servicios e intervinientes en todas sus facetas y dimensiones, realidades, dificultades, necesidades, fortalezas, posibilidades y potencialidades, y se podrán desarrollar estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y si fuera el caso, tratamiento **integral**, rehabilitación y reinserción, ya sea de forma autónoma en los mismos gabinetes, o coordinados con otros recursos en aquellos casos que precisen derivación. A medida que sean evaluados se generará un gran conocimiento, y se comprenderá que la palabra emergencia aunque puede evocarnos rápidamente un concepto homogéneo, no lo es, sino que **existen distintos:**

**Tipos de emergencia**, formas de conceptualizarlas y definir lo que son.

**Servicios de emergencias** públicos, privados, concertados, etc., con cometidos diversos.

**Escenarios** a los que enfrentarse, que exigen estrategias de intervención distintas que obligan si la situación lo requiere a improvisar nuevas soluciones cuando cambia súbitamente el escenario y se queda obsoleto el abordaje inicial; ello demanda flexibilidad, agilidad, readaptación al medio, estabilidad mental, condiciones físicas óptimas, conocimientos y habili-

dades sociales.

**Colectivos y profesiones** con situaciones particulares, necesidades dispares, actividades a desempeñar diferenciadas, formas diversas de entender y afrontar las emergencias y sus escenarios, y de vivenciarlas entre otras.

**Intervinientes** heterogéneos, con características, situaciones, personalidades, y dificultades diversas para intervenir en la emergencia.

**Grados de afectación** en las distintas esferas de su vida: física, psicológica, social, ocupacional, familiar,...

**Formación y entrenamiento** en aspectos de la salud mental (atención al ciudadano, control del estrés, autocuidado...).

**Capacidad para intervenir** en función de todo lo anteriormente expuesto.

Por todo ello sería muy importante establecer qué servicios y profesionales conforman la emergencia extrahospitalaria.

La necesidad de implementar estos gabinetes psicológicos surge no sólo por su inexistencia y lo anteriormente expuesto, sino también porque su actividad no es rutinaria y no es infrecuente que se den situaciones extraordinarias con las características que tienen muchas de las intervenciones y los servicios; además de la dificultad que pueden tener ante algunos acontecimientos a los que hayan asistido de: entenderlo, entenderse a sí mismo, sentirse comprendidos por otros; lo cual hace que pueda llegar a provocar un amplio abanico de conductas, pensamientos, emociones, etc., asimismo la complejidad de transmitir todos estos factores a personas ajenas a éste ámbito (P. ej. médicos de familia) siendo normal que no les

entiendan en su justa medida (P. ej. muchas horas sin dormir, cambiando de escenarios, algunas intervenciones con gran repercusión social, riesgos e incertidumbres al intervenir, etc.) y que en muchas ocasiones les sea difícil entender cuál es la labor que se desempeña y cómo les afecta este desempeño en su vida ajena a la emergencia, y que si lo hacen lo hagan en su justa medida sin incurrir en una sobreprotección, desprotección o normalización simplemente por el hecho de trabajar en este medio.

Con su creación existirá un espacio propio en el cual expresarse íntimamente, siendo esta una necesidad sentida pero no expresada por múltiples factores como la cultura y tradición instaurada en la emergencia poco proclive a la evaluación de los aspectos mentales (organizaciones e intervinientes).

La finalidad de estos gabinetes psicológicos será el bienestar de los integrantes de los distintos servicios de emergencias para mediante evaluaciones completas (biopsicosociales) y periódicas, tener un conocimiento acertado del estado de sus intervinientes y el cuidado de su salud, haciéndose especial énfasis en la salud mental y relacional, aspecto sistemáticamente descuidado.

Una adecuada intervención repercutirá positivamente en la calidad de vida no solo de aquellos intervinientes que hagan uso de estos servicios, sino también de aquellos con los que se relacionen en su vida personal y profesional, incluidos los usuarios. Este conocimiento no sólo es aconsejable saberlo sino imprescindible llegar a comprenderlo en toda su magnitud, pues con él podremos proporcionar un feedback real y dar respuesta a las necesidades tanto individuales como de la organización (al conocer el estado real del colectivo).

Todo ello permitirá analizar los problemas existentes y ofrecer soluciones; generará un conocimiento con el cual poder realizar actividades informativas, formativas, de docencia e investigación.

Se podrán en ellos favorecer encuentros, generando **espacios formales** (sesiones clínicas, estudios de casos, mesas redondas, invitaciones a expertos y a otras organizaciones o servicios para saber otras formas y enfoques al intervenir) **y no formales** (encuentros para evitar que todo aquel conocimiento informal y difícil de transmitir en otros contextos no se pierda, logrando así **transferencia de conocimientos**, experiencias y vivencias; invitando por ejemplo a compañeros ya jubilados o a aquellos que hayan intervenido en situaciones excepcionales, inéditas, cooperación internacional, etc.).

Conocer el estado de la organización será un ejercicio de transparencia del cual se beneficiarán todas las partes implicadas, permitiendo profundizar en el autoconocimiento (debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades), estableciendo un proceso de control de calidad y de mejora continua.

El posible reparo económico ante el gasto inicial que pudiera ocasionar su creación, quedará superado rápidamente al traducirse en un mayor bienestar y calidad de vida de las personas que ya de por sí justificaría su creación; sino también en una mayor eficacia y eficiencia del trabajo o voluntariado con mejor clima laboral, menos bajas, mayor tiempo del interviniente en activo, menor número de abandonos prematuros con conocimiento **fehaciente** de las causas que lo producen y cómo se pueden evitar, mayor cohesión de los distintos servicios de emergencias y sus intervenciones, y mayor productividad; beneficiándose de todo ello y

por extensión, el ciudadano, que es el centro del sistema y quien será atendido en óptimas condiciones.

Ampliando nuestro foco de atención veremos que una vez recapacitemos en la existencia de otros intervinientes que también participan y en los cuales apenas reparamos, les daremos la importancia que merecen, integrándolos, evaluándolos, e incluyéndolos en la concepción de la emergencia; esto nos dará una visión global de los distintos servicios, sus particularidades e idiosincrasias, así como de los factores comunes a todos ellos, que permitirán desarrollar, potenciar, completar y complementar la psicología en emergencias extrahospitalarias, campo relativamente nuevo y en pleno proceso de desarrollo.

La ausencia de estos gabinetes hace que estas personas no puedan ser entendidas en su totalidad por otros profesionales ajenos al mundo extrahospitalario a los cuales se les pudiera consultar signos, síntomas, estados de ánimos, situaciones, etc., y opten por hacerlo informalmente a través de dos vías:

- a) **A compañeros** de su mismo ámbito donde suele primar la confianza y comprensión; sin embargo, siendo esto muy importante, el hacerlo en un contexto informal, en ausencia del secreto profesional y pudiendo la información facilitada estar sesgada o incompleta, se corre el riesgo de consultar a una persona inadecuada, que ésta dé un enfoque del problema erróneo, una respuesta equivocada, limitada, incompleta, cortoplacista, o incluso contraproducente y suponga en definitiva riesgos innecesarios.
- b) **A su red afectiva-social** (pareja, familiares, amigos, etc.) ocurriendo algo similar a lo anterior con la diferencia de que buscan

ayuda o apoyo en personas a las que les une un lazo emocional profundo, trasladando sin querer una demanda a quienes posiblemente no puedan ni sepan ayudarles o comprender sus problemas en toda dimensión, ni puedan brindarles aquello que solicitan, existiendo más dificultad cuanto más alejados están del mundo extrahospitalario, sintiéndose por ello incapaces de dar una respuesta satisfactoria, y cuanto más frecuentemente ocurra esa petición, mayor hastío, frustración y/o incompreensión producirá en ellos, sus compañeros y/o su red afectiva-social, afectando a su mundo relacional (p. ej. ruptura de sus relaciones, incomunicación, aislamiento, etc.), buscando refugio en el ámbito de la emergencia al realizar guardias extras, pluriempleo, etc., acabando por convertirse ésta en la razón de su vida y ser en donde fundamentalmente desarrolle su socialización, teniendo sentimiento de pertenencia al hallar comprensión y ser con quienes pueda compartir experiencias, vivencias, emociones y en donde tengan en definitiva, significados compartidos; instaurándose por ello en muchos intervinientes soledad y aislamiento en su vida privada que se produce de forma sutil y progresiva, y repercutiendo negativamente en su calidad de vida, relaciones afectivas, sociales, relacionales y personales.

En muchos casos esa dedicación a la emergencia es prácticamente total, agravando ese sentimiento de abandono la dedicación plena; como la solución buscada no resuelve el problema de fondo, se corre el riesgo de que el interviniente pueda además de persistir en ello sumar otras conductas de riesgo agravando el problema inicial: incomunicación, sedentarismo, dietas hipercalóricas, automedicación, alcohol y/o drogas ilegales, juego patológico,

deportes de riesgo, etc.

Esta dedicación plena a la emergencia se disfraza de formas diversas: por motivos aparentemente económicos (un ingreso extra), de tiempo libre (cambios de turnos), aprendizaje (cursos, jornadas, simulacros) u otra índole, cuando en realidad está camuflando otros problemas (pareja, soledad, etc.); retroalimentándose causa y efecto, y no comprendiendo el interviniente qué le está ocurriendo ni por qué; favoreciéndolo además, las propias dinámicas establecidas de las cuales se beneficia el propio sistema, p. ej. una mala cultura sanitaria con respecto a la protección de la salud mental de sus integrantes, desorganización, improvisación frente a la mala planificación, inmediatez en la contestación a los requerimientos de la disponibilidad, etc., la cual pudiera favorecer la aparición de comportamientos coloquialmente llamados "Workaholics" ("trabajólicos").

**Las organizaciones deben invertir tiempo para la reflexión y el diálogo interno,** analizar la situación existente, cómo y por qué está así establecido, y cómo modificarlo; si bien a corto plazo hacerlo supondrá un esfuerzo, a medio plazo se beneficiará todo el sistema.

**Es necesario crear tiempo y espacio, un espacio propio para el ámbito de las emergencias extrahospitalarias mediante un gabinete psicológico el cual favorezca la introspección y el cual brinde atención integral con ayuda profesional,** reflexionar, ajustar expectativas, reconocer límites profesionales, la afectación a su vida o situaciones de riesgo a las que pudieran estar expuestos, potenciar estrategias de afrontamiento adecuadas, dotándoles de herramientas y técnicas con las cuales producir los cambios necesarios con los que lograr su bienestar personal y donde mostrar las propias inseguridades y vulnerabili-

dades que todas las personas tienen, evitando con ello poner en riesgo a todos los que intervienen con una falsa apariencia de control y seguridad en la intervención que es irreal.

Estos gabinetes deberán estar abiertos a la cooperación con otros recursos y niveles asistenciales cuando la situación así lo precise, facilitarán la labor de otros profesionales a quienes pudiera derivarse o en aquellos casos en los que los intervinientes acudieran por iniciativa propia a otros recursos o profesionales y que solicitaran nuestra colaboración, agilizarán la comunicación con ellos colaborando en la posible intervención y eliminando duplicidades, lográndose así tener una visión global tanto de las personas como de las instituciones y sus particularidades, **porque:**

- a) La propia emergencia no favorece el sosiego para reflexionar** las vivencias o si está afectando a su vida personal, es más, incluso lo boicotea (p.ej. estrés, inmediatez, respuestas protocolizadas, ritmo de trabajo elevado, etc.) pudiendo todo ello ir moldeando su estilo de vida hacia conductas insanas.
- b)** La cultura organizacional existente en las emergencias que no da la importancia que debiera para sus intervinientes y los aspectos relacionados con la salud mental.
- c) El contexto social propicia conductas individualistas**, más que ser competentes ser competitivos, la productividad en vez de la calidad de lo que se haga, falsa apariencia de seguridad y omnipotencia, y relaciones virtuales en detrimento de lo presencial y la comunicación real.
- d) El ajetreo común de la vida diaria** con sus problemas cotidianos, no solo dificulta

la reflexión, sino que potencia no hacerlo.

Dos situaciones relacionadas con ello **se suman:**

- 1. La escasez de profesionales cualificados y contratados como psicólogos de emergencias** que intervengan "in situ" con víctimas, pacientes, testigos, etc., en el mismo escenario cuando la situación así lo requiera e incluso puntualmente con profesionales o voluntarios que pudieran necesitarlo, realizando una primera intervención y derivándoles a estos gabinetes si la situación lo precisara. Habiéndose observado que la presencia de psicólogos en la emergencia extrahospitalaria resulta a muchos profesionales o voluntarios algo novedoso y exótico, y estos mantienen actitudes defensivas (alejamiento, recelo, etc.) no existiendo interacción real más allá de la mera cortesía superficial. A medida que existan psicólogos en emergencias en el escenario que así lo requiera, se normalizará su presencia y los intervinientes vencerán las resistencias instauradas.
- 2.** Cuando se les pregunta la necesidad de crear gabinetes de psicología para los intervinientes, refieren que siendo algo muy necesario lo consideran sin embargo, imposible de implementar; realizando **planteamientos circulares** basados en la cultura sanitaria ya establecida, por ejemplo la premisa: "aquí no han existido nunca", conclusión: "por lo tanto no se puede hacer".

Con todo lo anterior no se quiere decir que los intervinientes en sus intervenciones con los ciudadanos no valoren los aspectos psicológicos de estos, pues sí lo hacen; observándose

entonces **una paradoja:** sus aspectos psicológicos y autocuidados están descuidados, y sin embargo desde sus distintas profesiones o voluntariados cubren ese aspecto con interés real y de la mejor manera posible teniendo en cuenta en sus intervenciones los aspectos psicológicos de los demás no sólo por las posibles implicaciones legales y responsabilidades que de no hacerse pudiera exigírseles, sino que su abordaje se realiza por un interés sincero de la persona; esto se puede percibir en su forma de tratarlos, asistirlos, ayudarlos, aconsejarlos, protegerlos, etc. y ello a pesar de que habitualmente pocos hayan recibido una formación especializada.

El riesgo de hacerlo así como hemos descrito, por ejemplo con carencias formativas, está en que la intervención llevada a cabo siendo bienintencionada puede llegar a ser incluso contraproducente (P. ej. frases manidas en pacientes que acaban de realizar intento autolítico, con pacientes depresivos, o al dirigirse a un familiar tras un fallecimiento inesperado).

Por todo ello se puede afirmar que así tal y como está planteado todo, los aspectos psicológicos están abandonados, huérfanos de atención y establecida una tradición inmovilista en los contextos de emergencias extrahospitalarias.

En definitiva la implementación de estos gabinetes favorecerá la toma de conciencia en la importancia de ser evaluada su salud mental y los aspectos psicológicos, normalizará la utilización de este recurso por las múltiples implicaciones que tiene su actividad, y el que se realicen **seguimientos** periódicamente establecidos, facilitará verbalizar las dificultades que las intervenciones y el tiempo pudiera producir en cualquiera de ellos, normalizará que pueda existir afectación facilitando ello la rápida intervención y ayuda precoz e impidiendo

do el progresivo deterioro, aumentará el apoyo del grupo y la cohesión grupal, favorecerá esa postura abierta a la salud mental, la ventilación emocional en los equipos, la humanidad de los intervinientes y sus intervenciones, facilitará pedir ayuda si se necesita y recibirla; **no hacerlo no es un signo de fortaleza sino de temeridad**, con el riesgo de potenciar intervinientes deshumanizados, agresivos en sus intervenciones, tratamientos y conductas, emocionalmente distantes, sin empatía, y soberbios en el trato.

**En manos de los intervinientes están aspectos claves de la propia sociedad, en ellos deposita ésta su confianza, y es a ellos a quienes recurren cuando es más vulnerable; por lo tanto su creación no solo es una necesidad sino también una obligación moral y legal.**

## II. - Propuesta de trabajo

La propuesta que se realiza en este artículo aboga porque estos **Gabinetes Psicológicos** para personal de Emergencias Extrahospitalarias tengan un **enfoque preventivo, biopsicosocial y una orientación sistémica**, conformado no sólo por profesionales de la psicología sino también de **enfermería, medicina, trabajo social, terapia ocupacional y abierta a la colaboración con otros profesionales** con los que puntualmente hiciera falta, trabajando de forma interdisciplinar; la importancia en trabajar de esta forma está en que **con la misma información e incluso muchas veces realizando las mismas preguntas o muy similares a los usuarios a quienes se está evaluando, obtendremos matices en sus respuestas que pudieran pasar inadvertidos a otras áreas, no concediendo la**



## importancia que debiera.

Estos gabinetes permitirán tener una visión tanto individual (de los intervinientes) como de los diferentes colectivos (dentro de una misma organización), del conjunto y de los servicios a los que pertenezcan (idiosincrasias, diferencias y similitudes entre colectivos, particularidades con otros servicios, dinámicas en sus organizaciones, estrategias de afrontamiento, organización de las tareas, escenarios a los que se enfrentan...), y cómo todo ello se relaciona e influye mutuamente pudiendo determinarse cuáles son los factores protectores y perjudiciales o de riesgo para su salud mental, logrando con su conocimiento que los intervinientes actúen en condiciones de máxima garantía y seguridad.

El proceso de atención que se desarrolle en el Gabinete Psicológico para estos intervinientes estará formado por **cuatro etapas diferenciadas:**

1. Atención a la demanda inicial.
2. Proceso de Acogida y Valoración interdisciplinar (P.A.V.).
3. Devolución del equipo interdisciplinar, establecimiento de un Plan Personalizado de Intervención (P.P.I.) y Asignación de Profesional de Referencia (P.R.).
4. Toma de decisión.

### 1ª Etapa: Atención a la Demanda Inicial.

Es la petición que realiza un interviniente o familiar de éste, solicitando ser atendido por alguna necesidad atribuible a su actividad en la emergencia; dicha demanda puede ser: infor-

mación, orientación, valoración, tratamiento, etc., lo cual dará lugar si procede, a la recepción del paciente y/o familia y la posterior acogida.

**Recepción:** Es la puerta de entrada al gabinete psicológico. Esta primera actuación se realizará por parte del personal administrativo e incluirá la escucha de la demanda planteada telefónica o presencialmente por el usuario (voluntario, profesional o su familiar), la toma de datos iniciales, y serán quienes en función de la casuística del usuario establezcan si es:

- **Demanda nueva**, cuando sea la primera vez que acuda al gabinete psicológico para ser evaluado, asignando una primera cita de acogida.
- **Seguimiento**, encuentro acordado entre el profesional y el usuario para determinar la evolución, proceso y evaluación de la situación al alta del paciente.
- **Cita**, encuentro solicitado a petición del usuario en función de una necesidad sentida.
- **Reevaluación programada**, encuentro que será establecido periódicamente con los distintos servicios de emergencias, para la evaluación de sus intervinientes.

### 2ª Etapa: Proceso de Acogida y Valoración interdisciplinar (P.A.V).

Esta etapa está compuesta de dos fases consecutivas, la Acogida y la Valoración interdisciplinar del usuario.

1. **Acogida:** Se realiza a su vez en dos fases, grupal e individual, que son consecutivas:

**a. De forma grupal:** A aquellos usuarios y/o familiares de intervinientes que acudan por primera vez al gabinete psicológico se les presentará el mismo, informando para qué es, de quién depende, su misión, visión, valores, compromisos, objetivos, profesionales que lo integran y metodología de trabajo, y se dará a conocer aquellas dudas que más frecuentemente se planteen a los profesionales en ese momento inicial facilitándoles las respuestas a las mismas; propiciará que manifiesten aquellas dudas o inquietudes que les pudiera surgir, respondiendo y clarificando toda aquella información que pudiera no haberse explicado correctamente por parte del profesional que haya dado la información o que no se hubiese entendido adecuadamente, realizándose todo ello con el fin de lograr iniciar el proceso conjuntamente con ellos, partiendo de la misma realidad, trabajando en una misma línea de actuación, aunando criterios de intervención, evitando en definitiva malentendidos que pudieran boicotear todo proceso que están a punto de iniciar incluso desde la misma fase inicial, al existir dudas, intereses o actuaciones dispares, incompatibles, contraproducentes o irreales, que condicionen todo el proceso abocándolo al fracaso o que lo sesgue definitivamente incluso antes de empezar

**b. De forma individual:** Continuará el proceso en el marco de la primera entrevista con un profesional del equipo interdisciplinar, y tendrá como objetivo realizar una escucha activa del usuario y su demanda explícita si la hubiera, recabando la información mínima imprescindible e indispensable para trabajar y asignando las citas con el resto de los

profesionales que vayan a intervenir en la valoración, comprobando si existe algún motivo de prioridad en la atención como son la presencia de enfermedades, trastornos físicos o psiquiátricos que requirieran tratamiento urgente; propiciando este momento el establecer un vínculo entre el usuario y el gabinete, motivar si es el caso para iniciar la intervención y dar información y orientación sobre las actuaciones posibles, canalizando aquellas demandas que no correspondan al centro hacia los servicios más adecuados. Esa primera atención deberá realizarse en un plazo breve con una demora máxima establecida tras la solicitud de la persona.

**2. Valoración:** El proceso de valoración lo realizará el equipo interdisciplinar y recogerá la información esencial para la evaluación de cada usuario. El primer profesional que atienda al usuario iniciará el **P.A.V. (Proceso de Acogida y Valoración interdisciplinar) propiamente dicho** a través de una entrevista semiestructurada en la que se empezará a recopilar información relevante (p. ej. variables sociales, demográficas, profesionales, etc.) siendo este primer profesional que le atiende el que inicialmente será el **P.R. (Profesional de Referencia)** pudiéndose establecer posteriormente que lo sea otro (P. ej. por falta de empatía, entendimiento o que apenas vaya a intervenir con él). Se determinará ese cambio en las **reuniones de equipo** en donde se intercambien las impresiones de los profesionales que han valorado las nuevas incorporaciones, o en las **reuniones de seguimiento** en donde se intercambie información relevante que haya detectado cualquier miembro del equipo y que sea necesario que el resto conozca porque pudiera

afectar a su evolución y/o priorización de las necesidades e intervenciones.

3. Como ya se ha comentado, la importancia del trabajo en un equipo interdisciplinar radica en que con la misma información cada profesional extraerá información con matices importantes que pueden ser la clave para comprender problemas y encontrar soluciones.

El proceso de **valoración** del usuario en sus aspectos **bio-psico-sociales** es fundamental como primer paso para establecer una visión completa del mismo, poder ofrecerle una atención integral, unas estrategias de intervención adecuadas y dar respuesta a la complejidad de circunstancias que puedan estar presentes en un momento determinado.

La **evaluación** dará comienzo en la primera entrevista individual y continuará como un **proceso dinámico a lo largo del tiempo** (es previsible y deseable que un interviniente sea evaluado varias veces a lo largo del tiempo, es decir, periódicamente) lo cual significará que sigue en activo en el servicio debiendo hacerlo **de forma integral**, retroalimentando al equipo interdisciplinar cuando todos ellos en conjunto realicen una puesta en común de las evaluaciones realizadas previamente por cada área por separado. **Las áreas, dimensiones o ejes en los que se realizará la evaluación serán:**

- a. Área de salud y autocuidados.
- b. Área socio-relacional.
- c. Área formativo-laboral.
- d. Área de ocio y tiempo libre.

e. Área psicológica.

Es decir, se realizarán primero las evaluaciones por cada área profesional de forma independiente e individual y posteriormente se reunirán todos los profesionales, bien sea en reunión de equipo o de seguimiento, para con la información recogida:

- a) Realizar una puesta en común de todos los profesionales con el criterio que cada uno de ellos tenga sobre la persona valorada y sus circunstancias, y teniendo en cuenta los aspectos relevantes;
- b) Intercambiar opiniones, consensuar, matizar o discutir aquellos pareceres en los que se discrepe.
- c) Determinar cuáles son las áreas a potenciar, mejorar, de riesgo y/o problemáticas y dentro de ésta a su vez si son varios los aspectos problemáticos, **establecer la prioridad y urgencia en tratarlas al diferenciarlas en prioritarias y secundarias.**
- d) Establecer finalmente por parte del equipo interdisciplinar el **Plan Personalizado de Intervención o P.P.I.** (el cual se explica detalladamente en el siguiente punto) estableciendo si fuera necesario medidas encaminadas a la promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad.

**La primera evaluación servirá de línea base con la que comparar sucesivas evaluaciones** en las que previsiblemente existirán modificaciones a lo largo del tiempo (cambios vitales, biográficos, capacidades, valores, motivaciones, etc.), existiendo cuantas más evaluaciones se hagan mayor precisión en el conocimiento de los factores protectores y de riesgo (del usuario y del

colectivo) y determinar si existen problemas latentes y manifiestos, y si la intervención en la emergencia de cada usuario, los colectivos y/o servicios están repercutiendo, o si existen causas ajenas a ella que están afectando, pudiendo pasar desapercibida en ausencia de estos gabinetes.

### 3ª Etapa: Devolución, Plan Personalizado de Intervención (P.P.I.) y Asignación de Profesional de Referencia (P.R.).

Ésta etapa estará conformada por:

**1. La devolución** del equipo se realiza cuando se traslada al usuario y a veces también a la familia cuando es ésta la que consulta o está de apoyo en el proceso, el parecer de los profesionales que lo han evaluado y del resto de los técnicos que aun no conociendo personalmente al usuario sin embargo, pudieran aportar su visión del caso presentado por el paciente tras haberse realizado una puesta en común con el equipo interdisciplinar en las reuniones de equipo y/o de seguimientos; **es en este momento cuando se contará especialmente con la opinión del usuario evaluado como paso previo a la definición y concreción de la intervención que vayamos a realizar**, posibilitando con ello la comunicación entre el profesional que estará hablando en representación de todo el equipo que le ha evaluado y el usuario, consensuándose la formulación de objetivos en las diferentes áreas de evaluación, permitiendo de esta forma ajustarlos, lograr un alto grado de implicación y adecuar las expectativas de la intervención.

Esta información deberá ser objetiva, clara y precisa respecto a las áreas objeto de eva-

luación y las estrategias o tratamientos que se acuerden.

Se establecerá finalmente el diseño de un **Plan Personalizado de Intervención (P.P.I.) que constituye una herramienta facilitadora de evaluación de los cambios que se van produciendo en el paciente a lo largo del proceso de intervención**; se entiende como una forma de organizar la **respuesta dirigida** a potenciar el estilo de vida y conductas saludables y a eliminar o minimizar los problemas específicos que presenten los usuarios. Esta respuesta organizada se podrá concretar **desde el simple consejo sanitario hasta la inclusión del usuario en áreas de trabajo y programas de alimentación**, actividad física, estrés, sueño, etc., los cuales constarán de:

- 1. Objetivos generales**
- 2. Objetivos específicos**
- 3. Actividades a realizar**
- 4. Metas a alcanzar**
- 5. Y evaluación**

Determinando así los logros alcanzados, dificultades existentes para llegar a los objetivos propuestos, etc., y si fuera necesario derivar a otros servicios/recursos.

El P.P.I. será por tanto el instrumento resultante de la valoración interdisciplinar y multidimensional que surja del consenso y deseo del paciente, en virtud del cual se organizarán las diferentes acciones terapéuticas cuyo objetivo será la realización de promoción de la salud, prevención de la

enfermedad, rehabilitación y/o reinserción. El P.P.I. no podrá considerarse cerrado hasta haber sido consensuado con el usuario facilitándose de esta forma la toma de conciencia de aquellos problemas detectados, la gravedad de los mismos y las soluciones y tratamientos propuestos. El desarrollo del P.P.I. incluye el seguimiento y evaluación continua del mismo por parte del equipo terapéutico de forma que puedan introducirse las modificaciones necesarias en función de la evolución del paciente.

El nivel o la intensidad de la intervención de los distintos profesionales en el desarrollo del P.P.I. dependerán en gran medida de la mayor o menor presencia de factores de riesgo en función de cada área, de modo que **cuanto mayor sea la presencia y gravedad de los factores de riesgo, mayor será la intensidad y frecuencia de las intervenciones a realizar**. El objetivo primordial será aunar las aportaciones de los profesionales **impidiendo de esta forma que existan intervenciones descoordinadas, independientes y compartimentalizadas**, al articular un proceso de evaluación único, dinámico, flexible y continuo del paciente, y con ello la **eficiencia y eficacia del gabinete**.

Este modo de proceder podrá realizarse en cualquiera de las formas en las que el usuario se haya puesto en contacto con el gabinete, ya sea demanda nueva (o primera evaluación), seguimiento, cita, o reevaluación (programada); lográndose así obtener las **claves para orientar las sucesivas intervenciones** o modificaciones establecidas inicialmente por parte del equipo terapéutico y muchas veces en su nombre el P.R., facilitando la acomodación a las necesidades de cada usuario, situación y momen-

to del proceso, y favoreciendo que la mejora en una de las áreas afectadas, influya positivamente de forma directa e inmediata en el resto.

- c) Todos los usuarios tendrán asignado un **P.R.** cuya función será orientar y tutorizar el proceso de intervención con el usuario, siendo el "portavoz del equipo" que se responsabiliza de encuadrar el momento y las actuaciones que se propongan, y de seguir la evolución en todas las áreas. Esta figura constituye una estrategia facilitadora de la integración de las diferentes acciones en las que participa cada usuario en su proceso, asumiendo la función de supervisión, coordinación en caso de derivación del usuario a otro recurso y la elaboración de informes. De cara a cada usuario, el P.R. es la figura a la que puede dirigirse para solicitar cambios, petición de informes, etc., permitiéndole percibir el proceso de intervención de forma integral, con objetivos comunes, facilitando de este modo la adherencia al tratamiento que pudiera precisar y el compromiso con su proceso en las siguientes áreas:

### **1. Prevención Primaria (áreas a potenciar y/o mejorar):**

Incluiría Promoción de la salud, protección específica de la salud y quimioprofilaxis.

Su finalidad será potenciar y/o mejorar la salud existente; ejemplos de ello son la intervención mediante la creación de grupos de Educación Para la salud, vacunación, deshabituación tabáquica o fármacos para quimioprofilaxis.

### **2. Prevención Secundaria (áreas de riesgo para la salud):**

También se denomina diagnóstico precoz, cribado, o screening.

Comprenderá aquellas áreas que tras ser evaluadas en el gabinete psicológico se determine que exista un problema de salud grave en fase inicial o precoz; su objetivo será disminuir la **tasa de morbi-mortalidad** y podrá estar asociada a un tratamiento eficaz o curativo. Se podrán realizar pruebas de cribado (que deberán ser rápidas, seguras, fáciles de realizar, con alta **sensibilidad, especificidad**, alto **valor predictivo positivo**, y bien aceptada por los usuarios).

### 3. Prevención Terciaria (áreas con problemáticas manifiestas):

Su objetivo será el restablecimiento de la salud o mejora de la calidad de vida dentro de la enfermedad diagnosticada, se aplicará un tratamiento para curar o paliar la enfermedad o **síntomas** determinados. El restablecimiento de la salud se realizará tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.

## 4ª Etapa: Toma de decisión.

El objetivo de esta etapa es que tras haber:

- Sido evaluado el interviniente en cualquiera de sus formas (demanda nueva, seguimiento, cita, reevaluación)
- Logrado una visión multidimensional del sujeto (área psicológica, de salud y autocuidados, socio-relacional, formativo-laboral y ocio y tiempo libre)
- Puesto en común la información con el equi-

po interdisciplinar

- Establecido con ello el diseño de un P.P.I.

Podremos entonces establecer un juicio sobre:

- Cuál es la evolución de los individuos, colectivos y organizaciones.
- Su estado de salud físico, mental y social.
- La situación en que se incorporan los nuevos intervinientes.
- La afectación en los intervinientes profesionales y/o voluntarios de su actividad en la emergencia en las diferentes esferas de su vida personal, familiar, etc., prestando especial atención a los más veteranos.
- Y estaremos capacitados para emitir en definitiva un juicio atendiendo a todo lo anteriormente expuesto, sobre la idoneidad o no de que el interviniente actúe en el contexto de la emergencia, es decir, si la persona está en situación: Adecuada para intervenir o no.

**I. Adecuada para intervenir:** Cuando no se aprecie la existencia de situaciones personales, profesionales o del voluntariado, familiares, etc. que impidan desarrollar su intervención. Pudiendo diferenciar a su vez dos situaciones:

#### a) Sin seguimientos programados:

No necesitando intervención. Ello no implica un desentendimiento o pérdida de relación con el Gabinete Psicológico, se entiende que a priori no es necesaria una intervención hasta la siguiente reevaluación programada, salvo necesidad

sentida por parte del interviniente, si las circunstancias cambiarán deberá pedir cita nuevamente al gabinete psicológico el cual facilitará una consulta con el profesional más adecuado para evaluar la problemática planteada y establecer soluciones.

#### d) **Con seguimientos programados:**

Su periodicidad será decidida por el equipo terapéutico responsable de cada caso, de acuerdo con el usuario y haciéndole partícipe del plan a seguir, estableciendo la calidad y magnitud de los cambios producidos, evaluando los resultados y no solo si se han producido o no esos cambios en las intervenciones realizadas; también si estos cambios son duraderos y continúan una vez que la intervención haya finalizado, o si por el contrario están evolucionando negativamente convirtiéndose en un problema y/o enfermedad manifiesta. Se deberá determinar las dificultades para lograr los objetivos propuestos o si han surgido nuevos problemas que precisen ser evaluados. Realizándose dichos seguimientos:

- En el propio gabinete, cuando se disponga de la autonomía, medios o experiencia suficientes para el manejo de la problemática existente, con los recursos y profesionales de los que se disponga estableciéndose qué áreas están implicadas (salud y autocuidados, socio-relacional, formativo-laboral, ocio y tiempo libre y/o psicológica), qué profesionales llevarán a cabo la intervención y con qué periodicidad serán atendidos.

- Derivando a otros servicios o recursos especializados (unidades de conductas adictivas, atención juvenil, deterioro cognitivo, unidad del sueño, centros de salud, centros de especialidades, unidad del dolor, unidad de trastornos de la conducta alimentaria, etc.), cuando el gabinete no disponga de la autonomía, medios o experiencia suficientes para asumir en solitario el manejo total o parcial de la problemática existente y sea aconsejable apoyarse en otros recursos. Ello no implica el desentendimiento del usuario por parte del gabinete, sino que éste deberá seguir la evolución del usuario, facilitando y posibilitando una rápida reincorporación tan pronto sea posible con el objeto de volver a la normalidad.

**II. NO adecuada para intervenir:** Cuando se aprecie la existencia de factores de riesgo que impidan desarrollar su intervención o que hacerlo en dichas condiciones sea aceptar un riesgo inasumible para él y/o para otros. **La finalidad será el bienestar de la persona y nunca "etiquetarla"**, y tiene el objetivo que cuando las condiciones de la persona aconsejen que NO intervenga, ofrecerle apoyo, ayuda, tratamiento **integral** y alternativas que necesite.

La intervención y/o seguimientos se hará de la misma forma que se ha mencionado en el punto anterior, a) en el propio gabinete o b) derivando a otros servicios o recursos especializados.

**La reincorporación** a su actividad se hará tan pronto se aprecie mejoría, no existan factores de riesgo, se haya brindado la ayuda necesaria (estrategias de afrontamiento, técnicas, etc.) logrando que sea efectiva y

beneficiosa para el usuario.

No asumir ni afrontar esta decisión muchas veces difícil y dolorosa, supondrá un riesgo para la salud y/o seguridad no sólo del interviniente sino también de sus compañeros y del ciudadano, **pudiendo además de proyectar una imagen institucional negativa e injusta de y para los intervinientes y de sus organizaciones, mostrar una idea equivocada que aun no ajustándose a la realidad de la totalidad de sus integrantes sea la que socialmente lleve a tener la ciudadanía.**

Con la **creación** de estos gabinetes y a medida que los intervinientes **conozcan** la finalidad para la que han sido creados, reciban una **rápida respuesta** a sus necesidades y demandas de intervención percibiéndolas con interés real y sincero, **valoren** que es un servicio que está a disposición para su bienestar, prevención de la enfermedad y evitación de situaciones de riesgo; lograremos **normalizar** su uso al reconocer con naturalidad que los escenarios, las condiciones en las que se hacen las intervenciones y el cúmulo de avisos mantenidos en el tiempo, pueden producir afectación; **tomarán conciencia** de los riesgos que conllevan sus intervenciones por los múltiples impactos de distinta intensidad y grado de afectación, posible deterioro o bio-psico-social, con respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales que pueden afectar su salud, estilo y calidad de vida, relaciones, valores y visión de la vida en general; interiorizarán la necesidad de ser evaluados de forma periódica y objetiva, y apreciarán en definitiva que **su propósito es potenciar su salud, calidad de vida, felicidad y vida en general.**

## Conclusión

Al conocer quiénes son los intervinientes, su perfil y necesidades, cómo se encuentran y en qué condiciones están tanto las nuevas incorporaciones como los veteranos, su evolución y cómo afectan sus actividades en las esferas de su vida, si están o no en óptimas condiciones de intervenir, tomar decisiones o reconocer sus límites como consecuencia de hacerlo en la urgencia habitual, cotidiana y mantenida en el tiempo, sabremos con certeza las causas que han llevado al interviniente a abandonar el servicio, lo cual dará información muy valiosa y evitará al corregir las causas, la pérdida de efectivos, sabremos si se debe a situaciones relacionadas con su actividad o no, y con un último seguimiento aunque sea telefónico, saber si se debe a factores evitables o que nunca nos hubiéramos imaginado.

Sabremos la opinión que tienen del gabinete y de la organización y si le hemos fallado o no, en qué podríamos mejorar, y obviamente garantizando el anonimato, alertar a la organización de las causas evitables para de esta forma no perder personas formadas, preparadas, con experiencia, vivencias, etc.; **en definitiva descapitalizar y dilapidar los recursos de las organizaciones (humano, profesional y económico) y todo lo que conlleva.**

Estos gabinetes posibilitarán crear una red entre los distintos servicios de emergencias extrahospitalarias, conociendo estrategias, metodologías, distintas soluciones a problemas y la eficacia de las mismas, así como diferentes factores de riesgo y cómo detectarlos; en definitiva permitirá la transferencia de conocimientos y experiencias, y la creación de **una cultura sanitaria proclive a la salud mental.**



## Bibliografía

Bermúdez, C. (2010). *Terapia Familiar Sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Editorial Síntesis, S.A.

Coca, V. (2019). ¿Por qué se necesita incorporar la Psicología a la Emergencia Extrahospitalaria? *Revista Cuadernos de crisis*. Núm. 18. Vol.2. España.

Instituto de Adicciones (2017). *Plan de adicciones de la Ciudad de Madrid 2017-2021*. Ayuntamiento de Madrid. Área de gobierno de Salud, Seguridad y Emergencias. Organismo autónomo de Madrid Salud.

Instituto de Adicciones (2015). *Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias*. Ayunta-

miento de Madrid. Área de gobierno de Seguridad y Emergencias. Organismo autónomo de Madrid Salud.

Instituto de salud pública (2018). *Barrios saludables. La estrategia municipal de promoción de la salud 2016-2019*. Ayuntamiento de Madrid. Área de gobierno de salud, seguridad y emergencias. Subdirección general de prevención y promoción de la salud. Organismo autónomo de Madrid Salud.

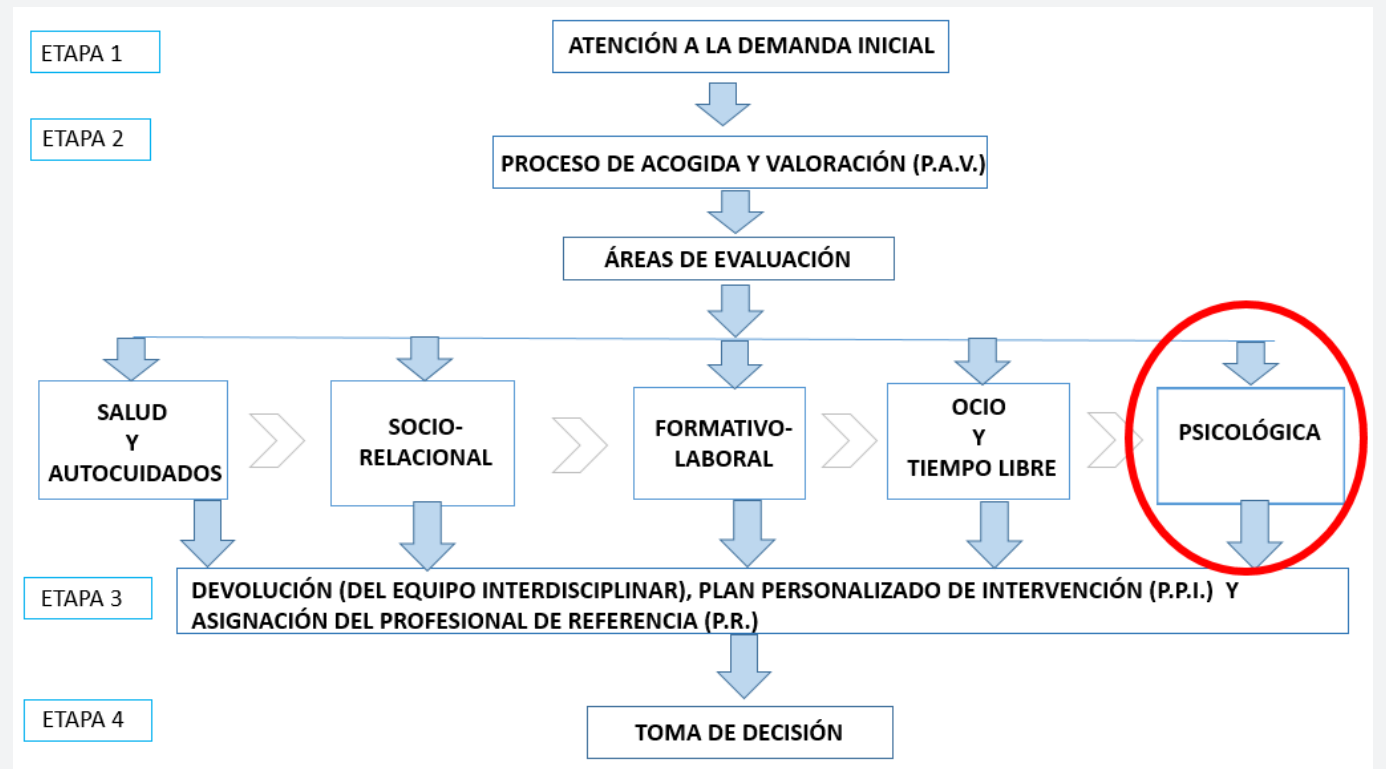
### Recursos on line:

Anexo V.

[https://es.wikipedia.org/wiki/Prevencci%C3%B3n\\_de\\_enfermedades](https://es.wikipedia.org/wiki/Prevencci%C3%B3n_de_enfermedades) (Capturado el 06/10/2019 a las 04 am)

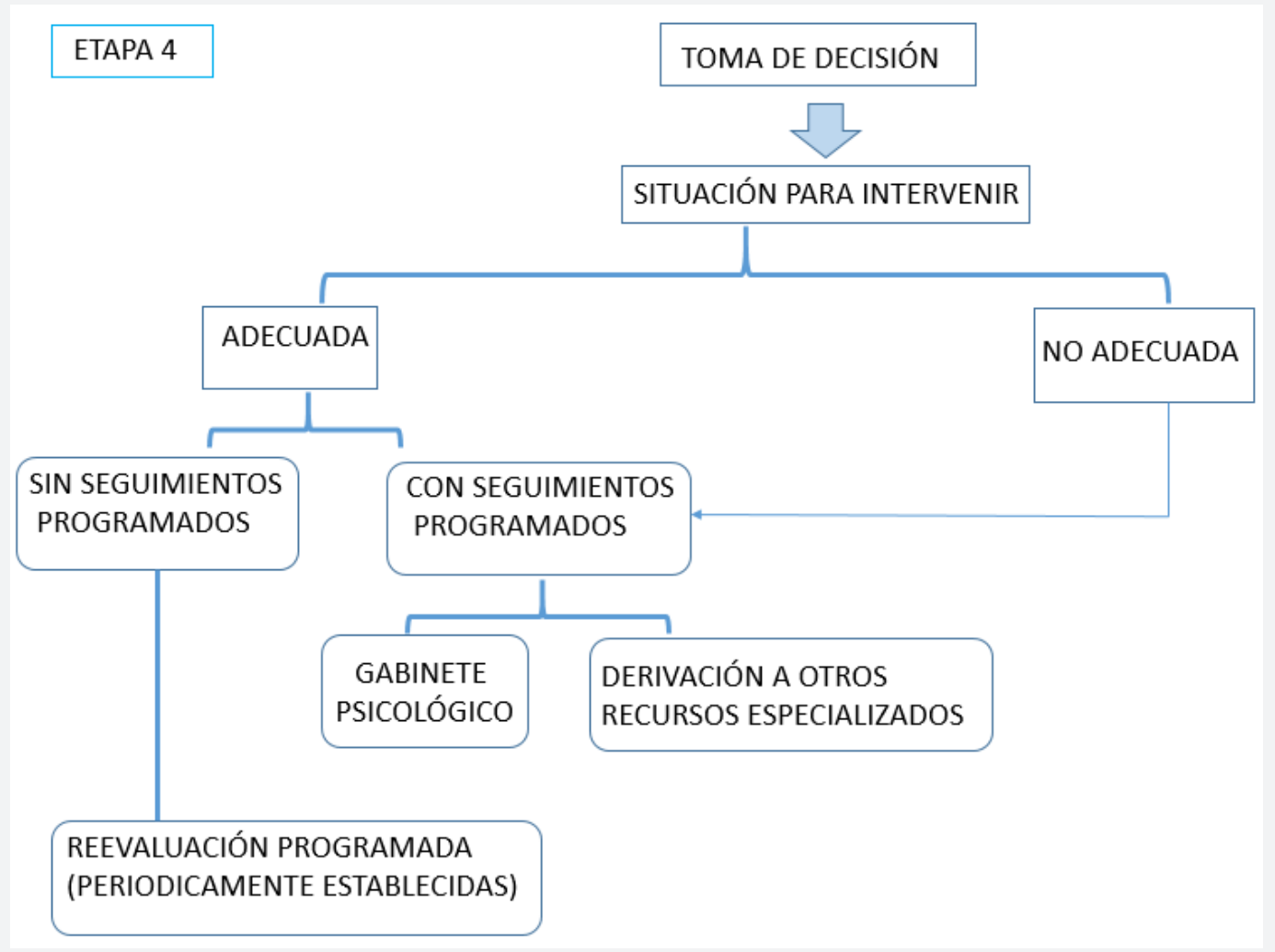
# Anexo I

Esquema de trabajo propuesto para la intervención en los gabinetes psicológicos de emergencias extrahospitalarias (etapas 1, 2 y 3).



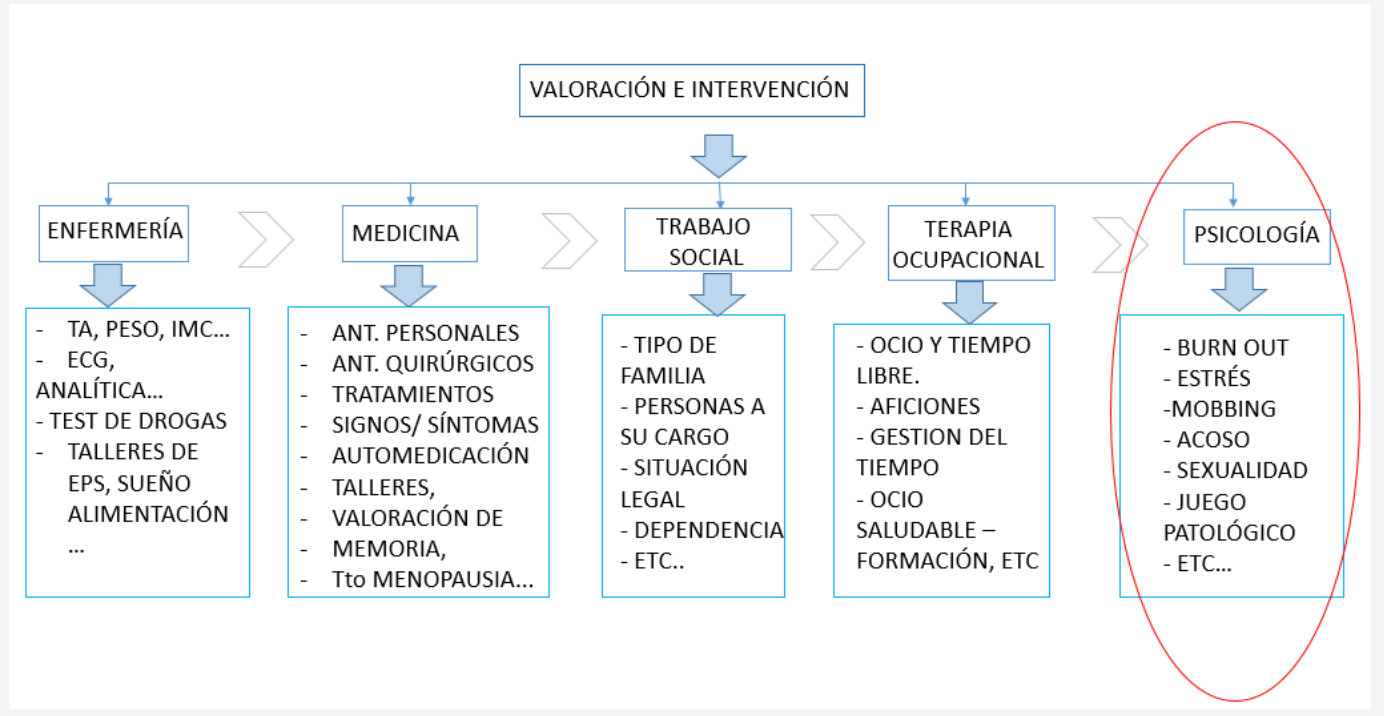
## Anexo II

Esquema de trabajo propuesto para la intervención en los gabinetes psicológicos de emergencias extrahospitalarias (etapa 4).



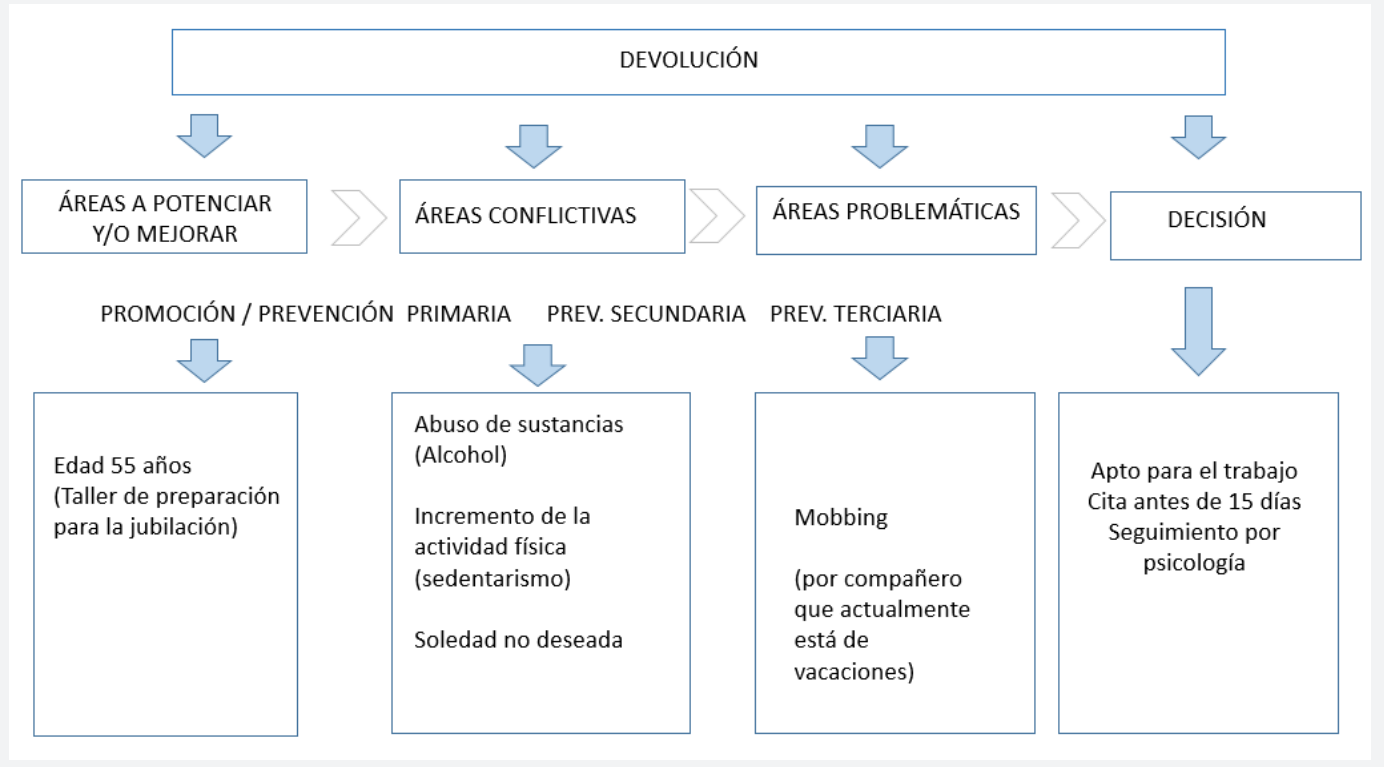
# Anexo III

Ejemplo de la intervención de trabajo propuesto, con los profesionales y actividades que desarrollarían, en los gabinetes psicológicos de emergencias extrahospitalarias.



# Anexo IV

Ejemplo de devolución para la propuesta de intervención en los gabinetes psicológicos de emergencias extrahospitalarias.



## Anexo V

## Tipos de prevención

TIPOS DE PREVENCIÓN			VISIÓN DEL GABINETE	
			ENFERMEDAD	
			AUSENTE	PRESENTE
<b>VISIÓN DEL PACIENTE</b>	ENFERMAR	AUSENTE	<b>PREVENCIÓN PRIMARIA</b> (enfermar ausente enfermedad ausente)	<b>PREVENCIÓN SECUNDARIA</b> (enfermar ausente enfermedad presente)
		PRESENTE	<b>PREVENCIÓN CUATERNARIA</b> (enfermar presente enfermedad ausente)	<b>PREVENCIÓN TERCIARIA</b> (enfermar presente enfermedad presente)