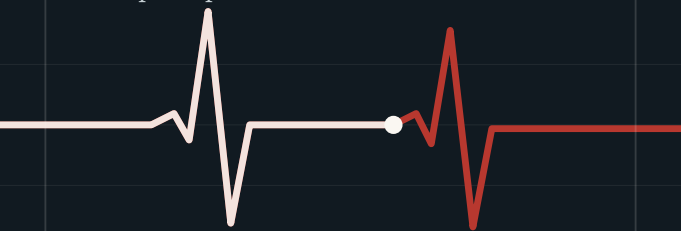


MANUAL DE CAMPO · EMERGENCIAS · PERÚ

PULSO FIRME

¿Cómo sostener la presión
en una emergencia sin
romperte por dentro?



AUTOR

Dr. Alberto Gonzales Guzmán

Médico cirujano · Especialista en gestión en salud
Salubrista · Bombero · Esposo, padre e hijo

VERSIÓN PARA CELULAR · DISTRIBUCIÓN GRATUITA

Pulso Firme

¿Cómo sostener la presión en una emergencia sin romperte por dentro?

Autor – Editor:

Alberto Gonzales Guzmán
Av. Ejército 545, Dpto. 604
Miraflores, Lima, Perú.

Primera edición digital, agosto 2026

© Alberto Gonzales Guzmán, 2026

Depósito Legal N.º 2026-09362

ISBN N.º 978-612-03-2878-1

DOI: **10.5281/zenodo.21923849**

Libro electrónico disponible en

<https://gonzalesguzman.com/>

Distribución gratuita. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0): puedes compartir esta obra en cualquier medio, atribuyendo la autoría, sin fines comerciales y sin versiones modificadas.

Aviso. Obra informativa y de autogestión profesional. No sustituye evaluación clínica, atención en salud mental ni las obligaciones del empleador.

Instrumentos. No se reproduce ningún instrumento psicométrico. Las listas de autoevaluación son de autoría propia y de valor orientativo; las banderas rojas fueron revisadas por un profesional de salud mental.

MODO DE EMPLEO

Cuatro bloques. Cuatro momentos.

Una idea por pantalla. Ábrela en el pasillo, entre dos pacientes, a las tres de la madrugada.

Antes · entender la presión

Tu cuerpo, tu criterio y los datos peruanos.

Durante · sostener el evento

Respirar, jerarquizar, asa cerrada, contener al familiar, tu propio error.

Después · cerrar bien

Los primeros 20 minutos, el *debriefing*, el umbral turno/casa.

Sostenido · no romperse

Las tres heridas del oficio, las banderas rojas y tu plan de 30 días.

Advertencia

Este manual **no reemplaza** atención en salud mental ni las obligaciones de tu empleador.

NOTA DEL AUTOR

Emergencia viene de **emergere**: salir a la superficie.

Del latín *ex* —fuera— y *mergere* —sumergir—. Emerge lo que estaba bajo el agua y de pronto asoma. Eso ocurre cuando entra un politraumatizado a las dos de la mañana: algo sumergido sale de golpe a la superficie, y alguien tiene que sostenerlo.

He estado en los dos lados. Como médico, gestionando servicios que siempre tuvieron menos de lo que necesitaban. Como bombero, entrando donde otros salían. En ambos aprendí lo mismo, tarde y a golpes: **nadie nos enseñó a sostener la presión.**

TESIS

Sostener la presión no es un rasgo de carácter. Es una técnica, y las técnicas se aprenden.

LO QUE ESTE LIBRO ES

Y lo que no es

Una advertencia que prefiero decir al principio: **una parte importante de tu desgaste no es tuya.** Ninguna técnica de respiración corrige la carencia de personal, de camas o de insumos.

SÍ HACE

- Te da **protocolos ejecutables en segundos**, no teoría.
- Cita **fuentes verificables.**
- Te dice **cuándo parar** y a quién llamar en el Perú.

NO HACE

- No promete que dejes de sentir.
- No te pide «resiliencia» como sinónimo de aguantar callado.

¿Para quién es?

Medicina, enfermería, obstetricia, técnicos, ambulancia y tópico, y estudiantes de esas carreras. Si tu trabajo tiene turnos y urgencias, es para ti.

LA CURVA

Lo que se te rompe en los primeros 60 segundos

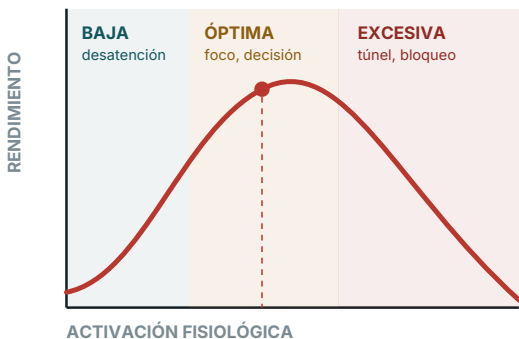


No pierdes el criterio porque seas débil. Lo pierdes porque tu sistema nervioso hace aquello para lo que fue diseñado: sacarte corriendo de un tigre. El tigre ahora es un paro cardíaco y correr no sirve.

LA CASCADA, EN ORDEN

- **0-3 s.** Descarga de catecolaminas. Sube la frecuencia cardíaca antes de que tomes conciencia.
- **3-10 s. Visión de túnel** y estrechamiento auditivo. Dejas de ver el monitor lateral.
- **10-30 s.** Se degrada la **motricidad fina**: canalizar, intubar, cargar una jeringa.
- **30-60 s.** Se estrecha la **memoria de trabajo**. Aquí nacen los errores de omisión.

LA VENTANA ÚTIL



**Tu trabajo no es no activarte.
Es no pasarte de la cresta.**

Honestidad sobre el gráfico

La curva de Yerkes–Dodson es un modelo clásico. Las «zonas por pulsaciones» de los cursos tácticos (Siddle y Grossman) se usan aquí como **heurística, no como fisiología validada**. No midas tu competencia con un pulsómetro.

RECUERDA

Tu cuerpo no te está traicionando. Está obedeciendo. El trabajo es darle otra orden.

¿CÓMO SE CAE?

Los tres colapsos

Un residente me dijo que su peor turno no fue aquel en el que se le murió un paciente, sino aquel en el que se quedó parado con la jeringa en la mano. *«No supe qué hacer primero.»* No es que no supiera: no tenía jerarquía.

01

Congelamiento

Demasiadas entradas, ninguna prioridad. Te quedas quieto o pides un examen inútil.

Antídoto: PAR, pantalla 14.

02

Aceleración

Actuar rápido para calmar tu propia ansiedad. Órdenes encimadas, nadie confirma nada.

Antídoto: asa cerrada, pantalla 17.

03

Desconexión

Anestesiarte tratando al paciente como cosa. Prisa por cerrar la historia.

Antídoto: cierre y umbral, pantallas 24-29.

¿POR QUÉ LA DESCONEXIÓN ES LA MÁS PELIGROSA?

Las otras dos duelen y por eso se detectan. La tercera **alivia**. Funciona. Baja el malestar de inmediato. Por eso se instala sin que nadie la note, y por eso es la dimensión más alta en los estudios peruanos.

En términos de Maslach, el *burnout* tiene tres caras: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional. La despersonalización es la única que se siente, al principio, como una solución.

EJERCICIO · 2 MINUTOS

¿Cuál es el tuyo?

Recuerda tu último turno difícil y marca la frase que más se te parece:

- «Me quedé pensando qué hacer primero.» → **Congelamiento**
- «Hice todo rapidísimo y después no recordaba si lo indiqué.» → **Aceleración**
- «No sentí nada, y eso me asustó después.» → **Desconexión**

Lista orientativa, no diagnóstica. Anótalo: lo vas a necesitar en el plan de 30 días.

RECUERDA

**Nadie colapsa de las tres formas a la vez.
Reconoce la tuya y tendrás un solo problema, no tres.**

LOS DATOS

No estás exagerando y no estás solo

Un estudio con 213 trabajadores de salud de Arequipa —MINSA, EsSalud, IREN, Hospital de la Policía, postas y clínicas privadas—. El diagnóstico completo era raro. Los síntomas, no.

Nivel severo por dimensión (n = 213)

Arequipa, Perú · 2017

Despersonalización



33,3 %

Baja realización profesional



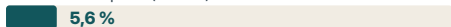
25,8 %

Agotamiento emocional



23,0 %

Síndrome completo (severo)



5,6 %

90,6 %

del personal evaluado se ubicó en **nivel moderado** de *burnout*. La mayoría convive con síntomas sin llegar al diagnóstico. Ese es el terreno de este manual.

El hospital desgasta distinto

Quienes trabajaban en **hospital** presentaron significativamente más despersonalización que quienes trabajaban en **postas** ($p = 0,002$).

Los más nuevos, los más golpeados

A menor tiempo de servicio, mayor *burnout* en las tres dimensiones. Si eres interno, residente o recién contratado: los datos dicen lo contrario de lo que te dijeron.

Es un diagnóstico oficial

Desde la **CIE-11 (2022)**, el desgaste ocupacional figura con código **QD85**. La OMS lo define como **fenómeno ocupacional**: se origina en el trabajo, no en tu vida privada.

Arias Gallegos WL et al. *Med Segur Trab.* 2017;63(249):331-344. · OMS, CIE-11, QD85.

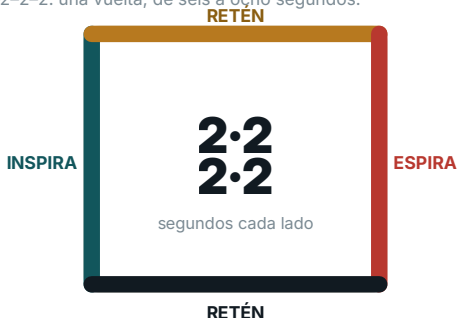
ANTES DE CRUZAR LA PUERTA

La regla de los seis segundos

No tienes cinco minutos. Tienes lo que dura caminar del pasillo a la camilla: de seis a ocho segundos.

Respiración en caja · umbral

2-2-2-2: una vuelta, de seis a ocho segundos.



Nasal y con el diafragma. Fuera del turno, entrénala en 4-4-4-4.

¿Por qué funciona?

La respiración lenta aumenta la **variabilidad de la frecuencia cardíaca** y la **sensibilidad barorrefleja**. No te calma la mente: **te baja el pulso**, y con él baja la visión de túnel.

Alcance: los estudios midieron respiración lenta sostenida, a unas seis por minuto; la de umbral es una adaptación práctica.

EL SEGUNDO COMPONENTE

Tu frase ancla

Una frase corta, tuya, siempre la misma, que dices por dentro justo antes de entrar. No es motivación: es un **interruptor**. Convierte una decisión en un automatismo, y los automatismos no consumen atención.

«Una cosa a la vez.»

«Aquí mando yo sobre mis manos.»

«Respiro, miro, decido.»

EJERCICIO · 3 MINUTOS

Escríbela ahora

Mi frase ancla es:

Practícala **fuera** de la emergencia. Cuando llegue el evento real, tiene que ser músculo, no idea.

Error frecuente

Respirar **durante** el evento no sirve y te distrae. Esto se hace **en el umbral**: pasillo, ascensor, puerta de la ambulancia.

JERARQUIZAR

PAR: cuando todo es urgente a la vez

Sábado, once de la noche, centro de salud I-4. Entra una gestante con sangrado. A los cuarenta segundos, un motociclista con fractura expuesta y aliento etílico. Y al fondo, un familiar golpeando la puerta del tópico. Un médico. Dos técnicas. Una obstetra. *Todo es urgente.*

La trampa no es que falten manos. Es que tu cerebro, con la memoria de trabajo ya estrechada, intenta resolver los tres problemas **a la vez**. Y al intentarlo, no resuelve ninguno.

REGLA 2

Cuando todo es urgente, lo urgente es elegir. Una acción. En voz alta. Con nombre.

15 SEGUNDOS

**PELIGRO INMEDIATO**

¿Quién se muere en los próximos cinco minutos?

Vía aérea · sangrado · circulación

**ACCIÓN REVERSIBLE**

De lo que queda, ¿qué se vuelve irreversible si espero?

Eso primero. Lo demás, después.

**RECURSOS REALES**

Con lo que tengo ahora, no con lo que debería tener.

Nombre y tarea a cada quien.

Y RECIÉN AHÍ: EL ALGORITMO CLÍNICO

LA REGLA DE HIERRO**Una sola acción, dicha en voz alta**

Nombra la siguiente acción única, con destinatario. Nunca dos a la vez. Decir «**Rosa, dos vías gruesas, ahora**» ordena tu cabeza, asigna responsable y crea un registro auditivo para el equipo.

Aplicado al caso

P → La gestante con sangrado es la única con peligro inmediato de vida. Entra primero.

A → La fractura duele muchísimo, pero es reversible; el shock hipovolémico no.

R → La obstetra a la gestante, una técnica a la vía, la otra sale a hablar con el familiar. Nadie queda mirando.

Si te bloqueas igual

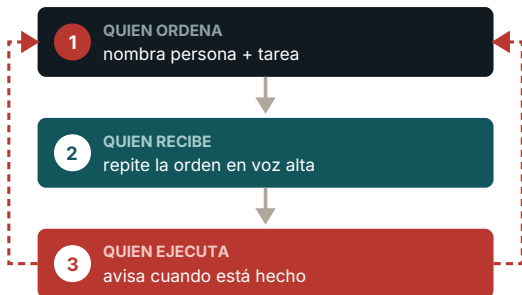
Di en voz alta lo que **ves**, no lo que vas a hacer: «Tengo dos pacientes graves y tres personas». Verbalizar el problema descarga la memoria de trabajo y casi siempre alguien completa la frase con la solución.

COMUNICACIÓN

Hablar en asa cerrada

El asa que se cierra

Tres movimientos. Si falta uno, la orden no existe.



**La confirmación vuelve a quien ordenó:
ahí se cierra el asa.**

Lo que rompe el asa

- Órdenes al aire: «hay que canalizar». ¿Quién?
- Asentir con la cabeza en vez de repetir en voz alta.
- No avisar al terminar. Dos órdenes en la misma frase.

TRES GUIONES PARA MEMORIZAR

DAR UNA ORDEN

«Rosa: adrenalina 1 mg endovenoso, ahora.»
— «Adrenalina 1 mg endovenoso, voy.» ...
«Adrenalina administrada.»

DISCREPAR SIN FRENAR EL PROCEDIMIENTO

«Doctor, me preocupa la saturación: 84 y bajando.
¿Revisamos vía aérea?»

Preocupación graduada: nombro el dato, digo que me preocupa, propongo una acción concreta. Sin acusar.

SI NO TE ESCUCHAN Y EL RIESGO PERSISTE

«Necesito que me escuches diez segundos. Saturación 84, bajando, y no tenemos vía aérea asegurada.»

Pedir la atención explícitamente es legítimo y es seguridad del paciente. No es insubordinación.

EJERCICIO · ESTA SEMANA

Cierra **todas** tus asas, incluso en lo trivial: pedir un frasco, entregar una historia. Es un hábito motor. Si solo lo intentas en el paro, no va a salir en el paro.

CONTENCIÓN

El familiar que grita

Nadie grita porque sea agresivo (salvo en casos particulares, que no son la regla). Grita porque tiene miedo y porque el miedo, sin información, se convierte en rabia. Esa rabia busca un rostro. Y el único disponible en ese pasillo es el tuyo.

LOS CUATRO MOVIMIENTOS

En este orden. Cambiarlo es lo que hace fracasar la conversación.

- 1 Nombra la emoción, no el comportamiento.**
No: «cálmese». Sí: «*Veo que está desesperado. Yo también estaría.*»
- 2 Da un hecho verificable.**
«*Su papá está con oxígeno y con una vía puesta.*» Nunca inventes un pronóstico para tranquilizar.
- 3 Da un tiempo, no una vaguedad.**
No: «en un ratito». Sí: «*En veinte minutos salgo y le cuento.*» Y sales en veinte minutos.
- 4 Dale una tarea.**
«*Consiga su DNI y llame a su hermano.*» La impotencia es lo que estaba gritando.

GUION COMPLETO · 40 SEGUNDOS

«Señor, míreme. Veo que está desesperado, y con razón.

Su papá está con oxígeno, tiene una vía y el médico está con él ahora mismo.

En quince minutos salgo yo y le cuento qué encontramos. Quince minutos.

Mientras tanto necesito dos cosas de usted: su DNI y el nombre de las pastillas que toma. ¿Puede conseguírmelas?»

Posición del cuerpo

- De costado, no de frente.
- Manos visibles y abiertas, a la altura de la cintura.
- Un brazo de distancia. Salida despejada detrás de ti.
- Baja tu volumen: la gente ajusta el suyo al del interlocutor.

¿Cuándo dejas de negociar?

- Hay amenaza física explícita o el familiar bloquea el acceso al paciente.
- Estás solo o sola y sin salida a tu espalda.
- Hay alcohol o sustancias y el discurso no sigue una línea.

Entonces: te retiras, activas seguridad y registras el hecho por escrito. Tu seguridad no es negociable y la denuncia no es exageración: sin registro, el problema no existe para la institución.

REGLA 4

**Una persona con tarea deja de estar impotente.
La impotencia es lo que estaba gritando.**

LA SEGUNDA VÍCTIMA

Cuando el error es tuyo

Existe un nombre para lo que te pasa después de un evento adverso: **segunda víctima**. La investigación encontró que el sufrimiento posterior **no es caótico: sigue un patrón**. Saber en qué etapa estás es la mitad del alivio.

Las seis etapas

1

Caos

Estabilizas al paciente. No piensas en ti.

2

Reflexión intrusiva

Revives la escena. «¿Y si hubiera...?»

3

Restaurar la integridad

¿El equipo todavía confía en mí?

4

Soportar el escrutinio

Auditoría, comité, temor legal, aislamiento.

5

Primeros auxilios

Alguien te escucha sin juzgarte.

6

Seguir adelante

Abandonar, sobrevivir o crecer.

Scott SD et al. Qual Saf Health Care. 2009;18(5):325-330.

EN LOS 10 SEGUNDOS SIGUIENTES

Decirlo · contenerlo · seguir

- **Dilo.** «Administré 10, no 1. Corrijo ahora.» Ocultarlo multiplica el daño y tu culpa.
- **Contenlo.** Ejecuta la corrección clínica. Solo eso.
- **Sigue.** El paciente aún está ahí. Tu procesamiento no.

La técnica del cajón

Di por dentro: *«Esto lo pienso a las 7. Ahora no.»*
No es negación: es **agendarlo**. Rumiar dentro del turno es la vía más corta al segundo error. Y a las 7 lo piensas de verdad: el cajón solo funciona si lo abres.

RECUERDA

El error ya ocurrió. Lo único que todavía puedes decidir es qué pasa en los diez segundos siguientes.

CERRAR EL CICLO

Los primeros 20 minutos

Terminó. Y tú te quedas parado en un pasillo con doscientos latidos de adrenalina sin usar y un servicio que sigue como si nada.

PASO 1 · 90 SEGUNDOS**Descarga física**

Camina rápido cincuenta metros o sube unas escaleras. **Después:** seis respiraciones con espiración larga (inspira 4, expira 8).

PASO 2 · 60 SEGUNDOS**Una frase, en voz alta, a alguien**

Una sola frase sobre **tú**: «eso estuvo feo». El objetivo no es resolver: es que el evento salga de tu cabeza.

PASO 3 · 30 SEGUNDOS**Marcar el corte**

Un gesto físico que signifique «esto terminó»: lavarte las manos con intención, anotar la hora. **El cerebro necesita un límite explícito.**

Lo que no debes hacer

- ▶ **Café inmediato.** Sube la activación que intentas bajar.
- ▶ **Revisar el caso a solas.** Sin otra mirada, el repaso se vuelve juicio.
- ▶ **Escribir en el grupo de WhatsApp.** Fija el recuerdo en su versión más cruda.
- ▶ **Un cigarro, un trago o una pastilla** como método de cierre. Funciona. Ese es el problema.

EJERCICIO

Tu tarjeta de cierre

En el estado en que vas a estar, **no vas a recordar el libro: vas a recordar el bolsillo.**

CIERRE — 3 MIN

- 1 · Muevo el cuerpo + 6 respiraciones
- 2 · Una frase a alguien
- 3 · Marco el corte

Si no tienes 20 minutos

Ten tres. **Lo perfecto no existe en un turno. Lo mínimo sí.**

EQUIPO

El debriefing que sí sirve

Lo que la evidencia desaconseja

La revisión Cochrane sobre *debriefing* psicológico individual de sesión única concluyó que **no previene el trastorno de estrés postraumático**. En un ensayo, al año, el grupo que lo recibió mostró **mayor riesgo de TEPT (OR 2,51; IC 95 % 1,24–5,09)**.

Conclusión práctica: no obligues a nadie a contar cómo se siente delante del servicio. Puede hacer daño.

LA DISTINCIÓN QUE LO CAMBIA TODO

Debriefing operativo

Qué pasó, qué funcionó, qué cambiamos. Sobre el **proceso**. **Sí: hazlo, y hazlo siempre.**

Descarga emocional

Cómo estoy yo. Sobre la **persona**. Nunca obligatoria, nunca en grupo grande, nunca con jefatura evaluando. Se ofrece; no se impone.

El *debriefing* operativo descrito aquí es una **propuesta de trabajo en equipo basada en revisión de procesos y mejora**, no una intervención psicológica de *debriefing*.

GUIÓN · 10 MINUTOS · DE PIE

Las seis preguntas

1. ¿Qué pasó? Los hechos, en orden, sin adjetivos.
2. ¿Qué hicimos bien? Si no empiezas aquí, nadie habla.
3. ¿Dónde se nos complicó? Sobre tareas, no sobre personas.
4. ¿Qué necesitábamos y no teníamos?
5. ¿Qué cambiamos para la próxima? Una sola cosa.
6. ¿Alguien necesita algo antes de irse? Nadie está obligado a responder.

Cuatro reglas de sala

- Sin jerarquía mientras dura.
- Sin nombres propios: «la vía tardó», no «Ana tardó».
- Sin conclusiones sobre culpa: eso es otro procedimiento.
- Se cierra con una acción y un responsable.

¿Cuándo hacerlo?

Dentro de las 24 horas, de pie, en diez minutos. Si esperas a la reunión del mes, ya no es *debriefing*: es *acta*.

SALIR DE VERDAD

El umbral

Hay una forma de terminar el turno y no terminarlo: llegas a tu casa con el mandil puesto por dentro. *El cuerpo llegó. Tú todavía no.*

Tres elementos, siempre los mismos, siempre en el mismo orden. Su poder no está en cuáles elijas, sino en **que no cambien**.

1 · Un cambio corporal

Quitarte el uniforme **en el trabajo**, no en casa. Ducharte. Cambiar de calzado.

2 · Un trayecto con contenido propio

El mismo pódcast, la misma música, la misma ruta. El trayecto deja de ser el lugar donde el turno se repasa solo.

3 · Un gesto de entrada

Algo que hagas siempre al cruzar tu puerta: lavarte la cara, saludar por su nombre, tocar el marco.

La regla de la primera hora

En los primeros sesenta minutos en casa: **ninguna decisión importante y ninguna conversación difícil**. Vienes con el sistema de amenaza encendido. Anúnciala a los tuyos: «dame una hora y hablamos».

TURNO NOCHE

Dormir de día sin pelear

Higiene del sueño y control de estímulos, no un protocolo clínico.

- **Oscuridad total.** Antifaz o cortina opaca.
- **Fresco.** La temperatura corporal debe bajar para iniciar el sueño.
- **Ruido constante.** Un ventilador enmascara mejor que el silencio.
- **Luz al despertar.** Sal diez minutos: es lo que reancla el reloj.

Si no llega el sueño en 20 minutos

Levántate. Quedarte peleando enseña a tu cerebro que la cama es donde se pelea. Sal, haz algo aburrido con luz tenue, vuelve cuando tengas sueño.

NO TODO ES BURNOUT

Las tres heridas del oficio

Tres cuadros distintos, con orígenes y remedios distintos. Confundirlos es como tratar una fractura con antibiótico.

Burnout

Viene del sistema: sobrecarga, poco control, poco reconocimiento.

Se siente como agotamiento, cinismo e ineficacia.

Lo revierte: el cambio organizacional.

Estrés traumático secundario

Viene del sufrimiento ajeno: exposición al trauma del paciente.

Se parece al TEPT: intrusiones, hipervigilancia, pesadillas.

Lo revierte: atención especializada.

Daño moral

Viene de la transgresión moral: hacer o presenciar algo que viola lo que crees correcto.

Se siente como culpa, vergüenza, rabia.

Lo revierte: nombrarlo en comunidad.

EL DATO PARA TU JEFATURA

Las intervenciones organizacionales muestran un efecto mayor

Metaanálisis de intervenciones controladas para reducir el *burnout* en médicos, separado por tipo:

Dirigidas a la organización



Dirigidas al profesional



Diferencia de medias estandarizada. Más negativo = mayor reducción.

En este metaanálisis, **las intervenciones dirigidas a la organización mostraron un efecto estandarizado mayor que las dirigidas exclusivamente al profesional.**

Cuatro cambios de bajo costo

- **Pausa tras el código.** Diez minutos protegidos. Cuesta cero.
- **Rotación de casos de alta carga.**
- **Reporte de errores sin castigo.** Si no, se esconden.
- **Compañero de guardia.** Una pregunta semanal: «¿cómo estás durmiendo?».

Panagioti M et al. *JAMA Intern Med.* 2017;177(2):195-205.

BANDERAS ROJAS

Cuando esto ya no es autogestión

MARCA LAS QUE RECONOZCAS

Once señales

Lista orientativa, no un instrumento diagnóstico.

- ☐ Necesitas alcohol o pastillas para dormir después del turno.
- ☐ Necesitas algo para poder entrar al turno.
- ☐ Evitas a pacientes concretos o un servicio entero.
- ☐ Pensamientos intrusivos: la escena vuelve sin que la llares.
- ☐ No sientes nada frente a cosas que antes te movían.
- ☐ Faltas o te enfermas con una frecuencia nueva.
- ☐ Irritabilidad que ya llegó a tu casa y a tu gente.
- ☐ Piensas con frecuencia que vas a cometer un error grave.
- ☐ Fantaseas con no despertar o con una excusa para no ir.
- ☐ Has tenido pensamientos de hacerte daño.
- ☐ Alguien que te quiere ya te lo dijo y lo minimizaste.

Dos o más marcadas: busca conversación profesional esta semana. No el mes que viene.

Las dos últimas, aunque sea una sola vez: busca ayuda hoy. Hoy es hoy.

¿Dónde pedir ayuda en el Perú?

113

opción 5 · Salud mental

Línea del Ministerio de Salud. **Gratuita, 24 horas, todos los días.** No necesitas dar tu nombre. Desde cualquier teléfono.

- **InfoSalud – MINSA:** infosalud@minsa.gob.pe
- **Centro de Salud Mental Comunitaria** de tu jurisdicción (Ley N.º 30947).
- **Salud ocupacional** de tu institución y tu seguro. Es tu derecho.

¿Cómo decírselo a tu jefe sin exponerte?

«Necesito hablar contigo cinco minutos, en privado.

Tengo un desgaste que ya me afecta el rendimiento y el sueño.

Voy a buscar atención sin dejar el servicio colgado.

¿Vemos cómo acomodamos los turnos estas semanas?»

Nombras el impacto **laboral**, no tu intimidad. No debes detalles clínicos a nadie.

Los canales indicados corresponden a servicios públicos del Estado peruano vigentes a la fecha de esta edición. Verifícalos antes de difundir el documento en tu institución.

LO ESENCIAL

Pedir ayuda a tiempo es una decisión clínica, no una debilidad de carácter.

PONERLO A ANDAR

Treinta días

Una técnica por semana. No cuatro: bajo presión solo sale lo que ya es automático.

SEMANA 1**Respirar**

2-2-2-2 en el umbral. Escribe tu frase ancla.

SEMANA 2**Ordenar y hablar**

PAR antes del algoritmo. Cierra todas tus asas.

SEMANA 3**Cerrar**

Los tres pasos de los 20 minutos y tu ritual de umbral.

SEMANA 4**Equipo**

Propón un *debriefing* y acuerda un compañero de guardia.

Nos formaron para sostener la vida de otros. Nadie nos dijo que eso también se sostiene desde algún lado.

Cuídate con la misma seriedad con la que cuidas. No es un lujo ni es egoísmo: es la condición de posibilidad de todo lo demás.

— Dr. Alberto Gonzales Guzmán

FUENTES CITADAS

1. OMS. *CIE-11*, código QD85, síndrome de desgaste ocupacional. Vigente desde el 1 de enero de 2022.
2. Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia A, Delgado Montesinos Y, et al. Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Med Segur Trab.* 2017;63(249): 331-344.
3. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing PTSD. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD000560.
4. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim". *Qual Saf Health Care.* 2009;18(5):325-330.
5. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians. *JAMA Intern Med.* 2017;177(2):195-205.
6. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99-113.
7. Figley CR. Fatiga por compasión y estrés traumático secundario (*cost of caring*).
8. Litz BT et al. y Shay J. Formulaciones conceptuales del daño moral (*moral injury*).

FUENTES CITADAS

9. American Heart Association. Dinámica de equipo y comunicación en asa cerrada. Materiales de BLS/ACLS.
 10. Nallamothu BK, Guetterman TC, Harrod M, et al. How do resuscitation teams at top-performing hospitals for in-hospital cardiac arrest succeed? A qualitative study. *Circulation*. 2018;138(2):154-163.
 11. Congreso de la República del Perú. Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental.
 12. Ministerio de Salud del Perú. Línea 113 Salud, opción 5.
 13. Laborde S, Allen MS, Borges U, et al. Effects of voluntary slow breathing on heart rate and heart rate variability. *Neurosci Biobehav Rev*. 2022;138:104711.
 14. Joseph CN, Porta C, Casucci G, et al. Slow breathing improves arterial baroreflex sensitivity. *Hypertension*. 2005;46(4):714-718.
- Nota.** Las «zonas por pulsaciones» de la pantalla 7 son heurística de entrenamiento (Siddle y Grossman), no fisiología validada. Las referencias 13 y 14 midieron respiración lenta sostenida: la de umbral es una adaptación práctica. No se reproduce ningún instrumento psicométrico.

¿QUIÉN FIRMA ESTO?

Dr. Alberto Gonzales Guzmán



Médico cirujano (UPCH) ·
Especialista en Gestión en Salud
(UNMSM) · Salubrista · Bombero
voluntario del CGBVP, grado capitán ·
Esposo, padre e hijo.

CMP 47280 · RNE 028936
gonzalesguzman.com

Escribo este manual desde tres lugares que rara vez se juntan en la misma persona: la cabecera del paciente, la oficina del presupuesto y el carro de bomberos.

Llevo más de dieciocho años dentro de sistemas de salud peruanos. Fui **director general del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa** y hoy trabajo en el **Ministerio de Salud**.

Como bombero aprendí lo que ningún hospital me enseñó: que entrar bajo presión se entrena, y que lo que no se entrena se improvisa.

¿POR QUÉ ESCRIBÍ ESTO?

Porque he tomado decisiones, vivido emergencias y visto a amigas y amigos vivirlas. Y sé cuándo estas te siguen a casa.