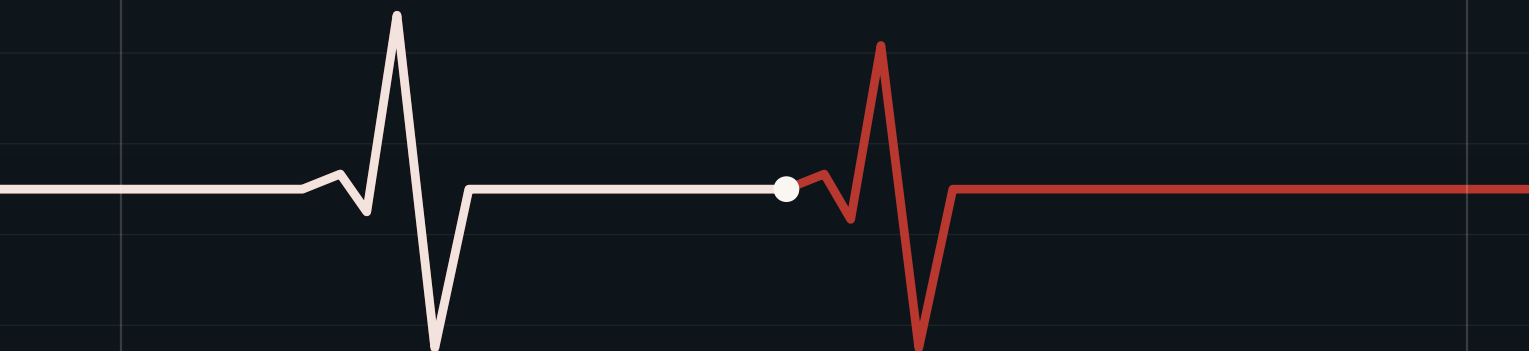


PULSO FIRME

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



20

PÁGINAS

8

PROTOCOLOS

30

DÍAS DE PLAN

AUTOR

Dr. Alberto Gonzales Guzmán

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

DR. ALBERTO GONZALES GUZMÁN

PULSO FIRME



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

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: <https://doi.org/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 o formato, siempre que se atribuya la autoría, no se utilice con fines comerciales y no se distribuyan versiones modificadas.

Aviso. Esta obra tiene fines informativos y de autogestión profesional. No sustituye la evaluación clínica, la atención en salud mental ni las obligaciones del empleador en materia de seguridad y salud en el trabajo. Las líneas y servicios públicos citados corresponden al Estado peruano y estaban vigentes a la fecha de esta edición.

Sobre los instrumentos. Este manual no reproduce ningún instrumento psicométrico. Los porcentajes del estudio de Arequipa son resultados agregados ya publicados; el Inventario de Burnout de Maslach solo se menciona como el instrumento que empleó ese estudio. Las listas de autoevaluación de las páginas 7 y 18 son de autoría propia y tienen valor orientativo, no diagnóstico.

Fotografía del autor: archivo personal. Tipografías: Inter y Source Serif 4 (SIL Open Font License).

ÍNDICE Y MODO DE EMPLEO

Cuatro bloques. Cuatro momentos.

Este manual no está hecho para leerse de corrido en un sillón. Está hecho para abrirse en un pasillo, entre dos pacientes, a las tres de la madrugada. Cada página resuelve una sola cosa.

ANTES

Entender la presión

pp. 6–8

¿Qué le pasa a tu cuerpo? ¿Cómo se rompe tu criterio? ¿Qué dicen los datos peruanos?

DURANTE

Sostener el evento

pp. 9–13

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

DESPUÉS

Cerrar bien

pp. 14–16

Los primeros 20 minutos, el *debriefing* que sí sirve, el umbral entre el turno y tu casa.

SOSTENIDO

No romperse

pp. 17–20

Las tres heridas del oficio, las banderas rojas, dónde pedir ayuda en el Perú, tu plan de 30 días y quién firma esto.

LOS SÍMBOLOS

-  **Ejercicio.** Se hace, no se lee.
-  **Bandera roja.** Aquí ya no basta con voluntad.
-  **Tiempo.** Lo que te va a costar en minutos.

Advertencia necesaria

Esto es un manual de autogestión y de trabajo en equipo. **No reemplaza atención en salud mental, evaluación clínica ni las obligaciones de tu empleador en seguridad y salud en el trabajo.**

Si al llegar a la página 18 te reconoces en más de dos banderas rojas, ese es el capítulo que importa. Los demás pueden esperar.

PÁGINA POR PÁGINA

- 06** Los primeros 60 segundos
- 07** Los tres colapsos
- 08** Lo que dicen los datos peruanos
- 09** La regla de los seis segundos
- 10** PAR: jerarquizar cuando todo urge
- 11** Hablar en asa cerrada
- 12** El familiar que grita
- 13** Cuando el error es tuyo
- 14** Los primeros 20 minutos
- 15** El *debriefing* que sí sirve
- 16** El umbral
- 17** Las tres heridas del oficio
- 18** Banderas rojas y dónde pedir ayuda
- 19** Tu plan de 30 días
- 20** Sobre el autor

ANTES DE EMPEZAR

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 es exactamente lo que ocurre cuando entra un politraumatizado a las dos de la mañana: algo que estaba sumergido sale de golpe a la superficie, y alguien tiene que sostenerlo.

He estado en los dos lados de esa superficie. Como médico, gestionando servicios que siempre tuvieron menos de lo que necesitaban. Como bombero, entrando donde otros salían. Y en ambos oficios aprendí lo mismo, tarde y a golpes: **nadie nos enseñó a sostener la presión**. Nos enseñaron protocolos, dosis, algoritmos, indicadores. Nadie nos enseñó qué hacer con el cuerpo propio cuando el cuerpo ajeno se está apagando.

Este manual es el que me hubiera gustado tener a los veintiocho años, en un turno del que todavía me acuerdo. No trae respiraciones milagrosas ni frases de cartel. Trae tres cosas: evidencia, historias y protocolos que caben en un bolsillo de mandil.

Y trae una advertencia ética que prefiero decir al principio y no en la última página: **una parte importante de tu desgaste no es tuya**. Es del sistema en el que trabajas. Ninguna técnica de respiración corrige la carencia de personal, de camas o de insumos médicos. Este libro te da herramientas para lo que sí depende de ti, y te da argumentos —con datos— para exigir lo que no.

Que emerja lo que tenga que emerger. Tú vas a seguir de pie.

LO QUE ESTE LIBRO SÍ HACE

- Te da **protocolos ejecutables en segundos**, no teoría.
- Cita **fuentes verificables**; cada cifra tiene referencia en la página 19.
- Distingue lo que **depende de ti** de lo que depende de tu servicio.
- Te dice **cuándo parar** y a quién llamar en el Perú.

LO QUE NO HACE

- No promete que dejes de sentir. Sentir es la señal de que aún estás entero.
- No te pide «resiliencia» como sinónimo de aguantar callado.
- No sustituye terapia, ni salud ocupacional, ni un sindicato.

¿Para quién es?

Medicina, enfermería, obstetricia, técnicos de enfermería, personal de ambulancia y de tóxico, y estudiantes de estas carreras. Público y privado. Hospital, centro de salud y prehospitalario. Si tu trabajo tiene turnos y tiene urgencias, es para ti.

TESIS

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

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 está haciendo, con exactitud, aquello para lo que fue diseñado hace doscientos mil años: sacarte corriendo de un tigre. El problema es que el tigre ahora es un paro cardíaco y correr no sirve.

LA CASCADA, EN ORDEN

- **Segundo 0–3.** Descarga de catecolaminas. Sube la frecuencia cardíaca antes de que tomes conciencia del estímulo.
- **Segundo 3–10.** Visión de túnel y estrechamiento auditivo. Dejas de ver el monitor lateral. Dejas de oír a la técnica que te está avisando algo.
- **Segundo 10–30.** Se degrada la **motricidad fina**: canalizar, intubar, cargar una jeringa milimetrada. Se conserva la motricidad gruesa.
- **Segundo 30–60.** Se estrecha la **memoria de trabajo**. Puedes sostener menos variables a la vez. Aquí nacen los errores de omisión.

Honestidad sobre el gráfico

La curva de activación y rendimiento (Yerkes–Dodson) es un modelo clásico y ampliamente usado. Las «zonas por pulsaciones» que circulan en cursos tácticos —condición roja, gris, negra— provienen de material de entrenamiento (Siddle y Grossman) y **se usan aquí como heurística didáctica, no como fisiología validada**. No midas tu competencia con un pulsómetro.



La idea que hay que llevarse

La degradación bajo presión **no es un defecto de carácter: es un evento predecible**. Y todo lo predecible se puede entrenar. Las páginas 9 a 13 son ese entrenamiento.

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 una vez 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, mirando el monitor durante lo que él juraba que fueron diez segundos y que la enfermera calculó en más de un minuto. «*No supe qué hacer primero*», me dijo. No es que no supiera. Sabía. Lo que no tenía era jerarquía.

01

Congelamiento

Demasiadas entradas, ninguna prioridad.

Se ve como: quedarse quieto, repetir una acción inútil, pedir un examen que no cambia la conducta.

Riesgo clínico: retraso en la intervención que sí salva.

Antídoto: protocolo PAR, p. 10.

02

Aceleración

Actuar rápido para calmar la propia ansiedad.

Se ve como: órdenes encimadas, nadie confirma nada, tres personas haciendo lo mismo.

Riesgo clínico: errores de omisión y de dosis.

Antídoto: asa cerrada, p. 11.

03

Desconexión

Anestesiarse tratando al paciente como cosa.

Se ve como: hablar del «apendicitis de la 4», ironía delante del familiar, prisa por cerrar la historia.

Riesgo clínico: es la puerta de entrada al *burnout* (p. 17).

Antídoto: cierre y umbral, pp. 14-16.

¿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 que aparece más alta en los estudios peruanos de la página siguiente: la despersonalización.

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**

Anota el resultado. En la página 19 vas a necesitarlo para elegir por dónde empieza tu plan.

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 —hospitales del MINSA, EsSalud, IREN, Hospital de la Policía, postas y clínicas privadas— aplicó el Inventario de Burnout de Maslach. El diagnóstico completo era raro. Los síntomas, no.

Nivel severo por dimensión (n = 213)

Arequipa, Perú · Inventario de Maslach · 2017

Despersonalización



Baja realización profesional



Agotamiento emocional



Síndrome completo (severo)



Escala de 0 % a 100 % del total de evaluados.

90,6 %

del personal evaluado se ubicó en **nivel moderado** de *burnout*. Es decir: 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 de salud** ($p = 0,002$). El volumen de atención no es un detalle administrativo: se te mete en el trato.

Los más nuevos, los más golpeados

En ese mismo estudio, a **menor tiempo de servicio, mayor burnout** en las tres dimensiones. Si eres interno, residente o recién contratado y sientes que no aguantas como los demás: los datos dicen que es al revés de lo que te dijeron.

Es un diagnóstico oficial, no una queja

Desde la entrada en vigor de la **CIE-11 (1 de enero de 2022)**, el desgaste ocupacional figura con código **QD85** entre los problemas asociados al empleo. La OMS lo define como **fenómeno ocupacional**: se origina en el trabajo, no en tu vida privada.

Sus tres dimensiones, según la OMS

- Falta de energía o agotamiento.
- Distancia mental o cinismo hacia el trabajo.
- Sensación de ineficacia y falta de realización.

Fuentes de esta página: Arias Gallegos WL, Muñoz del Carpio Toia A, Delgado Montesinos Y, Ortiz Puma M, Quispe Villanueva M. *Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú)*. Med Secur Trab. 2017;63(249):331-344. · Organización Mundial de la Salud, CIE-11, código QD85, vigente desde el 1 de enero de 2022.

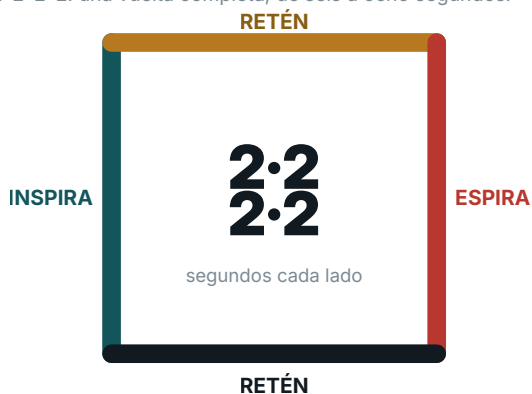
ANTES DE CRUZAR LA PUERTA

La regla de los seis segundos

No tienes cinco minutos. Tienes el tiempo que dura caminar del pasillo a la camilla: de seis a ocho segundos. Un ciclo de respiración. Es todo lo que hace falta y es más de lo que casi nadie hace.

Respiración en caja · versión umbral

2-2-2-2: una vuelta completa, 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 y pausada aumenta la **variabilidad de la frecuencia cardíaca** y la **sensibilidad barorrefleja**, dos marcadores de tono vagal.

Traducido: no te calma la mente. **Te baja el pulso**. Y con el pulso baja la visión de túnel de la página 6.

Alcance de la evidencia

Los estudios midieron **respiración lenta sostenida**, alrededor de seis respiraciones por minuto durante varios minutos. La versión de umbral que propongo aquí es una **adaptación práctica** a los segundos que sí tienes, no el protocolo que se ensayó.

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 («ahora me concentro») en un automatismo, y los automatismos no consumen atención, que es justo el recurso que se te está agotando.

«Una cosa a la vez.»

«Aquí mando yo sobre mis manos.»

«Respiro, miro, decido.»

Elige una o escribe la tuya. No la cambies nunca: su poder está en la repetición.

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.

REGLA 1

De seis a ocho segundos en el umbral valen más que seis horas de buena intención.

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 entra un motociclista con fractura expuesta y aliento etílico. Y en el fondo, el familiar de un paciente que llegó antes empieza a golpear la puerta del tóxico. Un médico. Dos técnicas. Una obstetra.

Todo es urgente.

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

PAR no es un algoritmo clínico: esos ya los sabes. PAR es lo que va **antes** del algoritmo, cuando todavía tienes que decidir a cuál de los tres entrar.

LA REGLA DE HIERRO

Una sola acción, dicha en voz alta

Nombra la siguiente acción única. En voz alta. 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 expuesta duele muchísimo, pero es reversible; el shock hipovolémico no. La analgesia puede esperar cuatro minutos, la vía de la gestante no.

R → Recursos *reales*: la obstetra a la gestante, una técnica a la vía, la otra técnica sale a hablar con el familiar (p. 12). Nadie queda mirando.

Protocolo PAR · 15 segundos

P

PELIGRO INMEDIATO

¿Quién se muere en los próximos cinco minutos si no lo toco?

Vía aérea · sangrado · circulación



A

ACCIÓN REVERSIBLE

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

Eso primero. Lo demás, después.



R

RECURSOS REALES

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

Asignar nombre y tarea a cada quien.

Y RECIÉN AHÍ: ENTRAS AL ALGORITMO CLÍNICO

Si te bloqueas igual

Di en voz alta lo que estás viendo, 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 del equipo completa la frase con la solución.

REGLA 2

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

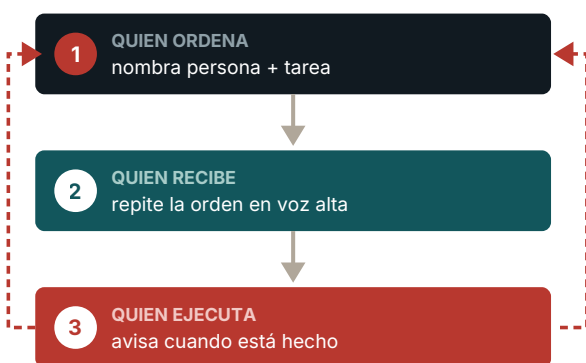
COMUNICACIÓN

Hablar en asa cerrada

Un estudio comparó hospitales con mejores y peores resultados en paro cardíaco intrahospitalario. En los de peor desempeño, la comunicación durante el paro fue descrita como **caótica, confusa o insatisfactoria**, con brechas justamente en las prácticas recomendadas por las guías, entre ellas la comunicación 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. El líder sigue creyendo que falta.
- 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 CON UN SUPERIOR 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, sin discutir jerarquías en medio del paro.

SI NO TE ESCUCHAN Y EL RIESGO PERSISTE

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

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

EJERCICIO · EN EL PRÓXIMO TURNO

Durante una 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.

Fuente de esta página: 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. · Guías de dinámica de equipo de la American Heart Association. Referencias completas en la p. 19.

REGLA 3

Una orden sin nombre y sin confirmación no es una orden: es un deseo dicho en voz alta.

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 rostro disponible en ese pasillo es el tuyo.

La violencia contra el personal de salud es un problema documentado y frecuente en el Perú: además de exponer a las personas, **altera la calidad del servicio**. Contener no es ser complaciente: es una intervención de seguridad.

LOS CUATRO MOVIMIENTOS

En este orden. Cambiar el orden es lo que hace fracasar la conversación.

1 Nombra la emoción, no el comportamiento.

No: «cálmese». Sí: «*Veo que está desesperado. Yo también estaría.*» Nombrar la emoción baja la activación; ordenar calma la sube.

2 Da un hecho verificable, aunque sea pequeño.

«*Su papá está con oxígeno y con una vía puesta.*» Un hecho concreto vale más que diez promesas. 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. La incertidumbre es el combustible de la agresión.

4 Dale una tarea.

«*Necesito que consiga su DNI y llame a su hermano.*» Una persona con tarea deja de estar impotente. 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?»

¿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.

Posición del cuerpo

- De costado, no de frente: reduce la lectura de confrontación.
- 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.

LA SEGUNDA VÍCTIMA

Cuando el error es tuyo

Existe un nombre para lo que te pasa después de un evento adverso: **segunda víctima**. Se acuñó para describir al profesional que queda traumatizado por un error o un daño no anticipado en su paciente. 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 de la segunda víctima



EN LOS 10 SEGUNDOS SIGUIENTES

Decirlo · contenerlo · seguir

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

LA TÉCNICA DEL CAJÓN

Posponer la culpa a propósito

Di por dentro, con estas palabras o las tuyas: «*Esto lo pienso a las 7. Ahora no.*»

No es negación: es **agendarlo**. Rumiar dentro del turno con la memoria de trabajo estrechada (p. 6) es la vía más corta al segundo error. Y a las 7 lo piensas de verdad: el cajón solo funciona si lo abres.

BANDERA ROJA

Cuando ya no puedes seguir

Si el error propio te saca mentalmente del turno por más de cinco minutos —te descubres parado, sin registrar lo que pasa— **pide relevo puntual**. Diez minutos fuera.

Pedirlo no es fragilidad: es la decisión clínicamente correcta. Un profesional desconectado es un riesgo para el siguiente paciente.

Fuente de esta página: Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. *The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events.* Qual Saf Health Care. 2009;18(5):325-330.

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. El paciente subió a UCI o el paciente se fue. Y tú te quedas parado en un pasillo con doscientos latidos de adrenalina sin usar y un servicio que sigue funcionando como si nada.

Ese es el momento que casi todos desperdiciamos. No porque no lo veamos, sino porque *no hay tiempo*. Los siguientes tres pasos toman menos de lo que tarda en cargarse el sistema.

PASO 1 · 90 SEGUNDOS

Descarga física

La activación necesita cerrar su ciclo por vía motora. Camina rápido cincuenta metros, sube unas escaleras, sacude manos y hombros.

Después: seis respiraciones con espiración larga (inspira 4, expira 8). Agua fría en la cara o en las muñecas.

PASO 2 · 60 SEGUNDOS

Una frase, en voz alta, a alguien

No un análisis del caso. Una sola frase sobre **tú**: «Eso estuvo feo», «Me quedé con la duda de la vía». Dicha a un colega que esté ahí. El objetivo no es resolver: es que el evento salga de tu cabeza y entre en el mundo.

PASO 3 · 30 SEGUNDOS

Marcar el corte

Un gesto físico que signifique «esto terminó»: lavarte las manos con intención, quitarte los guantes mirándolo, escribir la hora en un papel. Suena menor. No lo es: **el cerebro necesita un límite explícito** o deja el evento abierto todo el turno.

Lo que no debes hacer en esos 20 minutos

- ▶ **Café inmediato.** Sube la activación que estás intentando bajar.
- ▶ **Revisar el caso a solas.** Sin otra mirada, el repaso se convierte en juicio.
- ▶ **Escribir en redes o en el grupo de WhatsApp.** Además del riesgo de confidencialidad, fija el recuerdo en su versión más cruda.
- ▶ **Un cigarro, un trago o una pastilla** como método de cierre. Funciona. Ese es el problema.
- ▶ **Entrar de inmediato al siguiente paciente** si puedes evitarlo tres minutos.

EJERCICIO

Tu tarjeta de cierre

Escribe los tres pasos en una tarjeta y métela en el bolsillo del mandil. 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. El paso 1, comprimido —treinta segundos de movimiento y seis respiraciones—, ya cambia el estado fisiológico con el que entras al siguiente paciente. **Lo perfecto no existe en un turno. Lo mínimo sí.**

EQUIPO

El debriefing que sí sirve

Empecemos por lo que la evidencia desaconseja

La revisión Cochrane sobre **debriefing psicológico individual de sesión única** tras un evento traumático concluyó que **no previene el trastorno de estrés postraumático** ni reduce el malestar psicológico frente al control. En un ensayo, al año de seguimiento, el grupo que lo recibió mostró **mayor riesgo de TEPT (OR 2,51; IC 95 % 1,24–5,09)**. Los autores señalan que el *debriefing* obligatorio a víctimas de trauma debería cesar.

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**. Voluntario en la asistencia, pero natural en el equipo. **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.

Mezclarlas es el error clásico: se convoca a «revisar el caso» y termina siendo un juicio con público. O se convoca a «hablar de cómo estamos» y nadie dice nada porque está el jefe.

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*.

GUION · 10 MINUTOS · DE PIE

Las seis preguntas

1. ¿Qué pasó? Los hechos, en orden, sin adjetivos.
2. ¿Qué hicimos bien? Empezar por aquí no es cortesía: si no, nadie habla.
3. ¿Dónde se nos complicó? Sobre tareas y sistemas, no sobre personas.
4. ¿Qué necesitábamos y no teníamos?
5. ¿Qué cambiamos para la próxima? Una sola cosa, concreta.
6. ¿Alguien necesita algo antes de irse? Se pregunta al aire; nadie está obligado a responder.

Las cuatro reglas de sala

- Sin jerarquía mientras dura. La técnica habla igual que el jefe de guardia.
- Sin nombres propios en los juicios. «La vía tardó» y no «Ana tardó».
- Sin conclusiones sobre culpa. Ese es otro procedimiento y otro lugar.
- Se cierra con una acción concreta y un responsable. Si no, es una conversación, no un *debriefing*.

¿Cuándo hacerlo?

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

Fuente de esta página: Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. *Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, CD000560.

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. Alguien te pregunta cómo te fue y respondes «bien» mientras sigues, en algún pliegue de la cabeza, en la cama seis. *El cuerpo llegó. Tú todavía no.*

EL RITUAL DE UMBRAL

Tres elementos, siempre los mismos, siempre en el mismo orden. Su poder no está en cuáles elijas, sino en **que no cambien**: eso es lo que los convierte en señal.

1 · Un cambio corporal

Quitarte el uniforme **en el trabajo**, no en casa. Ducharte. Cambiar de calzado. El cuerpo aprende más rápido que el discurso.

2 · Un trayecto con contenido propio

El mismo pódcast, la misma música, la misma ruta caminando dos cuadras antes. El trayecto deja de ser tiempo muerto —donde el turno se repasa solo— y pasa a ser tuyo.

3 · Un gesto de entrada

Algo que hagas siempre al cruzar tu puerta: lavarte la cara, saludar a alguien por su nombre, tocar el marco. Marca el fin del turno mejor que el reloj.

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; todo lo que se discuta en ese estado se discute peor. Anuncia la regla a los tuyos: «dame una hora y hablamos». Se entiende mejor de lo que crees.

TURNO NOCHE

Dormir de día sin pelear

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

- **Oscuridad total.** Antifaz o cortina opaca. La luz es la señal más potente que recibe tu reloj interno.
- **Fresco.** La temperatura corporal debe bajar para iniciar el sueño.
- **Ruido constante.** Un ventilador enmascara mejor que el silencio.
- **Nada de cafeína** en las últimas horas del turno.
- **Luz al despertar.** Sal al exterior diez minutos: es lo que reancla el reloj.

Si no llega el sueño en 20 minutos

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

EJERCICIO · 5 MINUTOS

Diseña tu umbral

Cambio corporal:

Trayecto:

Gesto de entrada:

NO TODO ES BURNOUT

Las tres heridas del oficio

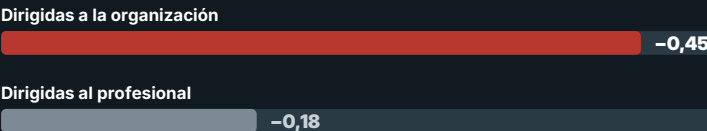
Llamamos «*burnout*» a todo, y por eso fallamos al tratarlo. Son tres cuadros distintos, con orígenes y remedios distintos. Confundirlos es como tratar una fractura con antibiótico.

	BURNOUT	ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO	DAÑO MORAL
¿De dónde viene?	Del sistema : sobrecarga sostenida, poco control, poco reconocimiento. Meses o años.	Del sufrimiento ajeno : exposición al trauma del paciente, repetida o una sola vez muy intensa.	De la transgresión moral : hacer, no impedir o presenciar algo que viola lo que crees correcto.
¿Cómo se siente?	Agotamiento, cinismo hacia el trabajo, sensación de ineficacia.	Se parece al TEPT: pensamientos intrusivos, hipervigilancia, pesadillas, entumecimiento emocional.	Culpa, vergüenza, rabia, pérdida de sentido. «Sé lo que había que hacer y no pude hacerlo.»
Ejemplo típico	Doce meses de guardias dobles, sin insumos, sin que nadie pregunte cómo va.	La noche del accidente con menores. Un mes después sigues viendo la escena.	Decidir a quién le toca el ventilador. Dar de alta a alguien porque no hay cama.
¿Qué lo revierte?	Cambios organizacionales antes que individuales. Ver el dato de abajo.	Atención especializada en trauma. Aquí la voluntad no alcanza: no lo intentes en solitario.	Reparación con sentido : nombrarlo en comunidad, comité de ética, incidencia para cambiar lo que lo produjo.

EL DATO QUE DEBERÍAS LLEVAR A TU JEFATURA

Las intervenciones organizacionales muestran un efecto mayor

Un metaanálisis de intervenciones controladas para reducir el *burnout* en médicos halló un efecto global pequeño. Separado por tipo:



Diferencia de medias estandarizada (SMD). Más negativo = mayor reducción del burnout.

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

Tres cambios de bajo costo

Para llevar por escrito, en una página, a tu jefatura:

- **Pausa tras el código.** Diez minutos protegidos tras un evento crítico. Cuesta cero.
- **Rotación de casos de alta carga.** Que el mismo profesional no reciba todos los casos graves del mes.
- **Reporte de errores sin castigo.** Si no, los errores no desaparecen: se esconden.
- **Compañero de guardia.** Dos personas, una pregunta semanal: «¿cómo estás durmiendo?».

Fuentes: Panagioti M, et al. JAMA Intern Med. 2017;177(2):195-205. · Figley CR (fatiga por compasión y estrés traumático secundario). · Litz BT et al. y Shay J (daño moral).

BANDERAS ROJAS

Cuando esto ya no es autogestión

Esta es la página más importante del libro. Todo lo anterior sirve para sostener la presión. Esta sirve para reconocer el momento en que sostener ya no corresponde y en el que aguantar deja de ser virtud para volverse riesgo.

MARCA LAS QUE RECONOZCAS

Once señales

Lista orientativa, no un instrumento diagnóstico.

- ☐ Necesitas alcohol, pastillas o algo más para poder dormir después del turno.
- ☐ Necesitas algo para poder entrar al turno.
- ☐ Evitas a pacientes concretos, o evitas 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 que un accidente te dé 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.** Atendida por personal capacitado en apoyo emocional. No necesitas dar tu nombre. Desde cualquier teléfono.

- **InfoSalud – MINSA:** orientación en infosalud@minsa.gob.pe y canales digitales oficiales de la línea 113.
- **Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC)** de tu jurisdicción, creados en el marco de la **Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental**.
- **Salud ocupacional** de tu institución y tu seguro (EsSalud o EPS). 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.

Nota: los canales indicados corresponden a servicios públicos del Estado peruano vigentes a la fecha de esta edición. Verifica los datos antes de difundir el documento en tu institución.

PONERLO A ANDAR

Treinta días

Una técnica por semana. No cuatro. Bajo presión solo sale lo que ya es automático, y nada se automatiza en paralelo.

SEMANA 1

Respirar

2-2-2-2 en el umbral de cada evento. Escribe tu frase ancla y no la cambies.

Página 9

SEMANA 2

Ordenar y hablar

PAR antes del algoritmo. Cierra todas tus asas, también en lo trivial.

Páginas 10 y 11

SEMANA 3

Cerrar

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

Páginas 14 y 16

SEMANA 4

Equipo

Propón un *debriefing* de diez minutos. Acuerda un compañero de guardia.

Páginas 15 y 17

REGISTRO SEMANAL

SEMANA	TÉCNICA	¿LA USÉ?	RESULTADO 1-5
1	Respiración + ancla		
2	PAR + asa cerrada		
3	Cierre + umbral		
4	Debriefing + compañero		

Al terminar los treinta días, vuelve a la página 8 y a la 18. No para calificarte: para saber si te mueves en la dirección correcta.

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. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (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 post traumatic stress disorder (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" after adverse patient events. *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: a systematic review and meta-analysis. *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*).

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: orientación en salud mental, gratuita y disponible las 24 horas.

13. Laborde S, Allen MS, Borges U, et al. Effects of voluntary slow breathing on heart rate and heart rate variability: a systematic review and a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2022;138:104711.

14. Joseph CN, Porta C, Casucci G, et al. Slow breathing improves arterial baroreflex sensitivity and decreases blood pressure in essential hypertension. *Hypertension.* 2005;46(4):714-718.

Nota metodológica. Las «zonas por pulsaciones» de la p. 6 provienen de material de entrenamiento táctico (Siddle y Grossman) y se presentan como heurística, no como fisiología validada. Las referencias 13 y 14 midieron respiración lenta sostenida a unas seis por minuto: la versión de umbral de la p. 9 es una adaptación práctica.

¿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 · RNA A11324

Formación

Maestro en Salud Pública (UPCH) · Maestro en Economía, gestión de riesgos y desarrollo sostenible (UNMSM) · Doctorando en Desarrollo y Seguridad Estratégica (CAEN) · *Black Belt Lean Six Sigma* · Filosofía, segunda carrera (en curso).

Contacto

gonzalesguzman.com
gonguz.beto@gmail.com
Lima, Perú

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

Llevo más de dieciocho años dentro de sistemas de salud peruanos: hospitales, aseguradoras, redes públicas y clínicas privadas. Fui **director general del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa**, con más de dos mil trabajadores y cien millones de soles anuales; dirigí el monitoreo de más de cien establecimientos en la **DIRIS Lima Norte**; conduje la campaña de vacunación contra la COVID-19 en **SISOL Salud**; y hoy trabajo en el fortalecimiento de capacidades del personal de la salud desde el **Ministerio de Salud**.

Estudio además Filosofía como segunda carrera, y esa es la que explica el tono de este libro más que ninguna otra: sostener la presión no es solo un problema técnico, es un problema ético sobre qué le debemos a quien cuida.

Y soy **bombero voluntario** del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú, con el grado de capitán, jefe de Sanidad e instructor de la Escuela Básica. Ahí aprendí lo que ningún hospital me enseñó: que entrar bajo presión se entrena, y que lo que no se entrena se improvisa.

Docencia y producción científica

- Docente de posgrado en la Universidad Científica del Sur: Maestría en Gerencia de Servicios de Salud y Diplomado en Auditoría Médica.
- Impacto de la pandemia de COVID-19 en las atenciones de emergencia por violencia en el Perú, 2015–2024. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2025.
- Ponente en el 48.º Congreso Mundial de Hospitales (IHF), Ginebra, 2025.

¿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.