

>>> MANUAL
RESCATE DE ACCIDENTADOS
EN INSTALACIONES ACUÁTICAS
(MFO271_2: TRANSVERSAL)

MANUAL

Rescate de accidentados en instalaciones acuáticas (MF0271_2) Módulo Transversal

90 HORAS DE FORMACIÓN

PRESENTACIÓN DEL MANUAL

La cualificación profesional es el “conjunto de competencias con significación en el empleo que pueden ser adquiridas mediante formación modular u otros tipos de formación, así como a través de la experiencia laboral” (Ley 5/2002 de las Cualificaciones y de la Formación Profesional).

Cada cualificación se organiza en unidades de competencia, siendo éstas el agregado mínimo de competencias profesionales susceptibles de reconocimiento y acreditación parcial.

Así mismo, cada unidad de competencia lleva asociado un módulo formativo donde se describe y desarrolla la formación necesaria para adquirir una competencia.

Siguiendo esta secuencia, este manual “Rescate de accidentados en instalaciones acuáticas”, está basado en el contenido del módulo formativo transversal MF0271_2, asociado a la siguiente Unidad de Competencia: “UC0271_2: Rescatar personas en caso de accidente o situación de emergencia en instalaciones acuáticas”.

CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD

- Familia Profesional: ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTIVAS
- Nivel: 2
- Códigos: AFDA0310, AFDP0109

MÓDULO FORMATIVO: RESCATE DE ACCIDENTADOS EN INSTALACIONES ACUÁTICAS

- Nivel: 2
- Código: MF0271_2
- Unidad de Competencia: UC0271_2: Rescatar personas en caso de accidente o situación de emergencia en instalaciones acuáticas.
- Horas: 90

ÍNDICE

MF0271_2: RESCATE DE ACCIDENTADOS EN INSTALACIONES ACUÁTICAS

TEMA 1. BUCEO BÁSICO 13

- Nociones físicas aplicadas al buceo
- Buceo con equipo subacuático sencillo: aletas, gafas y tubo
- Modificaciones de la visión

LO QUE HEMOS APRENDIDO 30

TEMA 2. INTERVENCIÓN EN EL SOCORRISMO ACUÁTICO 31

- Características del agua y consideraciones relativas a ropa y calzado
- Organización del salvamento y socorrismo
- La percepción del problema: elementos esenciales en la percepción
- El análisis de la situación
- La toma de decisiones
- Ejecución de las acciones de rescate

LO QUE HEMOS APRENDIDO 50

TEMA 3. TÉCNICAS DE RESCATE EN INSTALACIONES ACUÁTICAS 51

- De localización, puntos de referencia y composición de lugar
- La utilización del material como medio auxiliar de rescate acuático
- Técnicas de entradas al agua
- Técnicas de aproximación al accidentado
- Técnicas de toma de contacto, control y valoración de la víctima
- Técnicas de traslado de accidentados
- Técnicas de extracción del accidentado
- El accidentado con lesión medular o politraumatizado
- La evacuación del accidentado
- Técnicas de reanimación en el agua

LO QUE HEMOS APRENDIDO89

TEMA 4. ESTRATEGIAS DE CONDUCTA, ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA FASE CRÍTICA DEL RESCATE..... 91

- Conducta de la persona que cree ahogarse
- Actitudes y respuesta del socorrista
- Manejo de la situación
- Técnicas de control de la ansiedad para el propio socorrista

LO QUE HEMOS APRENDIDO 125

TEMA 5. COMUNICACIÓN APLICADA A SITUACIONES DE EMERGENCIA 127

- Técnicas de comunicación verbal y no verbal
- Habilidades sociales

- Comunicación en situaciones conflictivas durante el rescate y resolución de conflictos

LO QUE HEMOS APRENDIDO	163
GLOSARIO	165
SOLUCIONES ACTIVIDADES	169
BIBLIOGRAFÍA.....	175

MF0271_2: Rescate de accidentados en instalaciones acuáticas



TEMA 1. Buceo básico

TEMA 2. Intervención en el socorrismo acuático

TEMA 3. Técnicas de rescate en instalaciones acuáticas

TEMA 4. Estrategias de conducta, aspectos psicológicos en la fase crítica del rescate

TEMA 5. Comunicación aplicada a situaciones de emergencia

OBJETIVOS

- Valorar situaciones de emergencia en la instalación acuática, estableciendo los procedimientos a seguir en caso de ser necesario el rescate acuático
- Ejecutar con seguridad y eficacia las maniobras de entrada, aproximación, control y traslado en el medio acuático, adaptándolas a diferentes situaciones
- Realizar las maniobras de extracción del medio acuático de un posible accidentado con seguridad y eficacia
- Gestionar la información al accidentado o acompañantes en función de la situación de emergencia
- Aplicar técnicas de autocontrol ante situaciones de emergencia

tema

1

Buceo básico

- Nociones físicas aplicadas al buceo
- Buceo con equipo subacuático sencillo: aletas, gafas y tubo
- Modificaciones de la visión

OBJETIVOS:

- Conocer los aspectos físicos más relevantes en la práctica del buceo
- Aplicar estrategias de búsqueda de cuerpo sumergido
- Conocer cómo afecta el buceo al cuerpo humano

1. NOCIONES FÍSICAS APLICADAS AL BUCEO

En algunas ocasiones el socorrista deberá sumergirse para buscar a una víctima que se encuentre en el fondo. El medio acuático tiene unas características diferentes al medio terrestre que hacen que todos los cuerpos que se introduzcan en él se comporten de forma distinta.

Por ejemplo, podemos experimentar que al introducirnos en el agua flotamos de forma diferente si lo hacemos en una piscina o en el mar. Esto es debido a la diferencia en la densidad del agua.

Al avanzar notamos una resistencia al avance que hace que nos cueste desplazarnos por el fluido, lo que se denomina como resistencia hidrodinámica, es decir la fuerza que con la misma dirección y sentido se opone al avance en el medio acuático. Está muy relacionado con el nivel de viscosidad del agua.

Estos factores unidos a otros como la temperatura o la presión afectan a la eficiencia en el buceo del socorrista según algunos aspectos que veremos a continuación.



Persona buceando

1.1 La presión hidrostática

Muchas veces al sumergirnos notamos una presión, o incluso dolor en el oído. Esto es debido a la presión hidrostática.

La presión hidrostática no es más que la fuerza que ejerce el fluido por su peso, sobre cualquier objeto sumergido en él, por lo tanto, dependerá de la cantidad de fluido que se encuentre encima del objeto sumergido.

Ocurre de forma similar en tierra firme, la presión atmosférica hace que el aire que se encuentra encima ejerza presión sobre todo cuerpo que se encuentra debajo. Esta presión a nivel del mar es de $1,03 \text{ kg/cm}^2$, lo cual se denomina 1 atmósfera o 1013 bares de presión.

Por cada 10 metros de columna de agua tendremos una atmósfera más de presión que se sumará a la presión atmosférica a nivel del mar. De este modo tendríamos:

La presión es un elemento a tener en cuenta en buceo con equipo, en el caso de buceo en apnea en piscina no es tan relevante.

PROFUNDIDAD EN METROS	PRESIÓN EN ATMÓSFERAS
0	1
5	1.5
10	2
15	2.5
20	3
25	3.5
30	4
35	4.5
40	5
45	5.5
50	6
55	6.5
60	7

1.2 La ley de Boyle-Mariotte

La ley Boyle-Mariotte dice que el producto de la presión por el volumen de un gas es igual a su número de moles (cantidad de moléculas del gas) por una constante universal y por la temperatura a la que se encuentra. La fórmula sería:

$$PV = nRT$$

- **P**= presión a la que está sometido el gas
- **V**= volumen que ocupa el gas
- **N**= número de moles
- **R**= 0.082 atm · l / k · mol
- **T**= temperatura

En el caso del medio acuático se considera que la cantidad de gas es estable por lo que n es constante, la temperatura y r también, por lo que:

$$P_1V_1 = P_2V_2$$

De esta forma si nos sumergimos la presión afectará al volumen de forma inversamente proporcional. Por ejemplo, si sumergimos un globo con aire a 20 metros bajo el nivel del mar se verá sometido a 3 atmós-

feras de presión, y según la Ley de Boyle-Marriote su volumen será un tercio.

Este cambio de volumen puede llegar a afectar a las personas provocando lo que se conoce como barotraumatismos. Al realizar inmersiones, si no se realizan los cambios en el volumen de aire en pulmones puede provocar daños internos. Esto no ocurre con inmersiones a pulmón, ya que el volumen nunca llegará a sobrepasar los límites.

1.3 El principio de Arquímedes

El principio de Arquímedes nos dice que un cuerpo sumergido en un fluido sufre una fuerza vertical hacia arriba igual al peso de todo el fluido que ha desalojado.

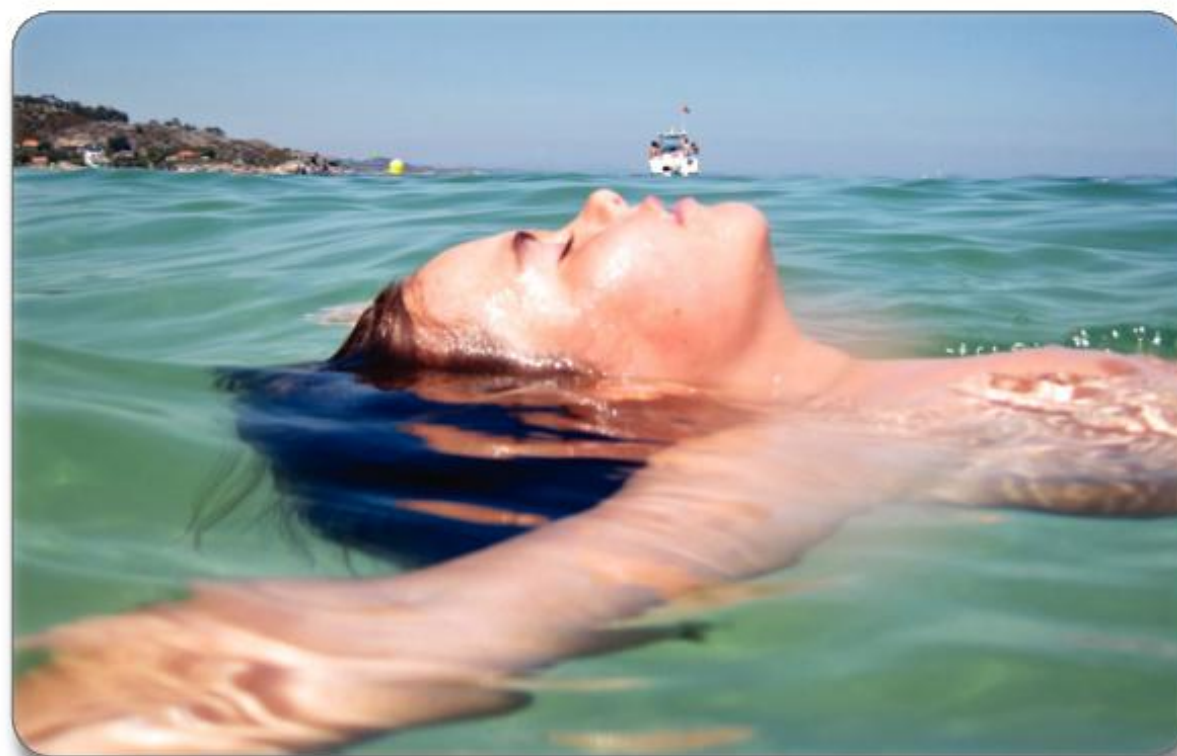
$$E = P_f \cdot g \cdot V_{os}$$

- E = valor de la fuerza de empuje expresada en Newton
- P_f = densidad del fluido
- G = es el valor de aceleración de la gravedad $9,8m/s^2$
- V_{os} = volumen del objeto sumergido

Este principio es el que nos permite flotar en el agua. Existen tres tipos de flotación:

- **Flotación estática:** es aquella que tenemos en posición estática. Depende de varios factores, entre otros:
 - Masa muscular: a mayor masa muscular menor flotación.
 - Tejido graso: a mayor tejido graso mayor flotación.
 - Distribución del tejido graso: en función de la distribución de las grasas por el cuerpo flotaremos más si el centro de flotación coincide con el centro de gravedad. Por ello (entre otras causas) las chicas suelen flotar mejor.
 - Densidad ósea: a mayor densidad menor flotación.
 - Densidad del agua: por ejemplo, en el agua salada se flota más.
 - Respiración: si llenamos los pulmones con aire flotaremos más que con ellos vacíos.





Flotación estática

- **Flotación dinámica:** es aquella que se produce realizando movimientos con las extremidades.



Flotación dinámica

- **Flotación indirecta:** es aquella que se produce al agarrarnos a algún material auxiliar que nos dé flotación, como por ejemplo un material de salvamento.



Flotación indirecta



2. BUCEO CON EQUIPO SUBACUÁTICO SENCILLO: ALETAS, GAFAS Y TUBO

Para el buceo existe una equipación básica que ayuda en el desplazamiento sumergido o ayuda en la visión:

- **Aletas:** nos permite realizar rescates de una forma más rápida. Es necesario entrenar la velocidad a la hora de colocárselas. Existen varios tipos de aletas:
 - Abiertas / Cerradas.
 - En función de la longitud de la pala.



Aletas cerradas

Para su manejo se deberá adoptar una buena posición hidrodinámica, utilizando la patada de crol o la patada de mariposa.

También es muy importante colocarse las aletas con rapidez.

- **Gafas y tubo:** permiten la búsqueda de un cuerpo sumergido. Estos materiales son más habituales en medio natural.

En cuanto a las gafas deben cumplir las siguientes características básicas:

- Deben cubrir la nariz.
- Deben estar fabricados con cristal templado para que no produzcan daños en caso de rotura y con tratamiento antiempañamiento.
- Bordes fabricados con silicona que permita ajustarse a la cara. Para ello es muy importante elegir la talla correcta. Unas gafas adecuadas son aquellas que sin colocarnos la correa se quedan fijas en la cara al realizar una pequeña inspiración por la nariz.
- La correa debe tener un ajuste rápido.

El tubo, también conocido como snorkel deberá:

- Boquilla cómoda fabricada en silicona.
- Válvula de vaciado que permita evacuar agua con facilidad.
- Longitud entre 30 y 40 centímetros y diámetro suficiente para el paso del aire a través de él.
- Deberá fijarse a las gafas por el lado izquierdo ya que, en el caso de bucear con botella, el regulador llegará por el lado derecho.

2.1 Principios para la práctica del buceo

Como hemos dicho anteriormente el socorrista tendrá que bucear realizar rastreos o búsquedas de víctimas sumergidas.

Existen tres tipos de buceo en función del material empleado:

- Buceo sin material: no es el más indicado, pero en muchas ocasiones, fundamentalmente en piscinas, el socorrista no dispondrá de equipación o no será necesario por la visibilidad y /o profundidad a la que se encuentre la víctima.



Gafas y tubo

Es muy importante que a la hora de comprar el equipo de buceo básico se adapte bien a la cara del socorrista y las aletas sean rápidas de colocar.

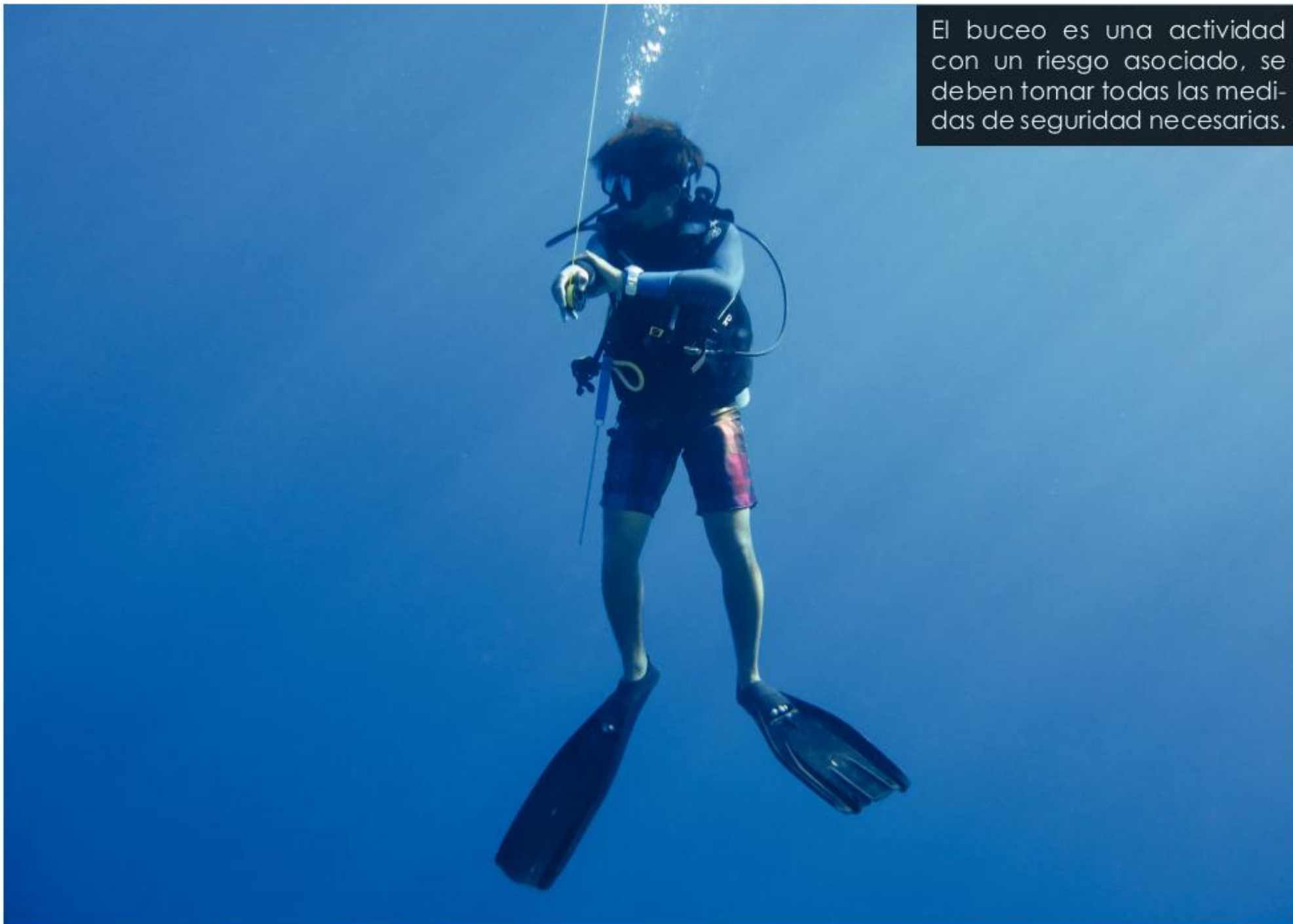
- Buceo con material básico: se realizará con la equipación que hemos visto en el apartado anterior: aletas, gafas y tubo. Permitirá un buceo básico a poca profundidad y poca duración de las inmersiones.
- Buceo con material específico: el socorrista utilizará este material en aguas abiertas. Se utilizará la equipación básica más traje de neopreno para la temperatura, cinturón de lastre, botella de aire comprimido, regulador, chaleco hidrostático, ordenador de inmersión...



Buceo con equipo autónomo

- Principios fisiológicos:
 - Hiperventilar antes de bucear: es una técnica que consiste en realizar entre cuatro y cinco inspiraciones/espирaciones profundas para eliminar mucho CO₂ del organismo y conseguir prolongar más el buceo. Esta técnica tiene un riesgo que es que al aumentar los niveles de oxígeno puede llegar a marear, por ello se debe usar con precaución.
 - No soltar el aire hasta el final: el aire que espiramos sigue teniendo oxígeno por lo que fisiológicamente es mejor conservarlo hasta el final.
 - Observar las respuestas del organismo: como hemos visto podemos tener dolor en los oídos por la presión, nos podemos marear... por ello, ante cualquier sensación extraña deberemos subir a la superficie.
- Principios biomecánicos:
 - Mantener una buena posición hidrodinámica: para garantizar una menor resistencia al avance. Por ejemplo, la cabeza deberá colocarse entre los brazos para minimizar la resistencia de forma.
 - Realizar un recorrido eficiente: deberemos fijar una estrategia para el recorrido para optimizar el buceo.

- Realizar movimientos eficientes: cada movimiento consumirá oxígeno por lo que se deben utilizar pocos movimientos y lo más amplios posible aprovechando el deslizamiento.
- Bucear por el fondo: entre la superficie y unos 50 cm de la superficie (en aguas abiertas es mayor) existe lo que se conoce como resistencia de oleaje que dificulta el avance.
- Principios psicológicos:
 - Bucear lo más relajado posible: ya que cuanto más nervioso estemos mayor será el consumo de oxígeno y por tanto menor la capacidad de buceo.
 - Conocer nuestras capacidades y limitaciones: lo más importante es la seguridad del socorrista, por ello debemos ser conscientes de hasta donde somos capaces de llegar y nunca exponernos a un riesgo.
 - Distraer la atención: el componente psicológico es esencial en el buceo, si pensamos que no vamos a llegar a un punto buceando, jamás llegaremos. En cambio, si distraemos la atención de esos pensamientos negativos, podremos bucear una mayor distancia.



El buceo es una actividad con un riesgo asociado, se deben tomar todas las medidas de seguridad necesarias.

Principios fisiológicos	Principios biomecánicos	Principios psicológicos
Hiperventilar antes de bucear (con cuidado para no marearse)	Mantener una buena posición hidrodinámica	Bucear lo más relajado posible
No soltar el aire hasta el final (el aire que espiramos sigue teniendo oxígeno)	Realizar un recorrido eficiente tanto en dirección como en profundidad	Conocer nuestras propias capacidades y limitaciones
Observar las respuestas de nuestro organismo	Realizar movimientos eficientes (pocos movimientos y amplios)	Distraer nuestra atención con algo (evitar agobio por la lejanía del objetivo)
	Bucear por el fondo (menor resistencia de oleaje)	

Al realizar buceo sin material específico deberemos realizar una apnea (aguantar la respiración bajo el agua). Existen dos tipos de apneas: las apneas inspiratorias y las apneas espiratorias.

Tipo de Apnea	Cómo se realiza
Apnea Inspiratoria	Se llenan los pulmones de aire y se bloquea la respiración
Apnea Espiratoria	Se vacía lo máximo posible los pulmones y se bloquea la respiración

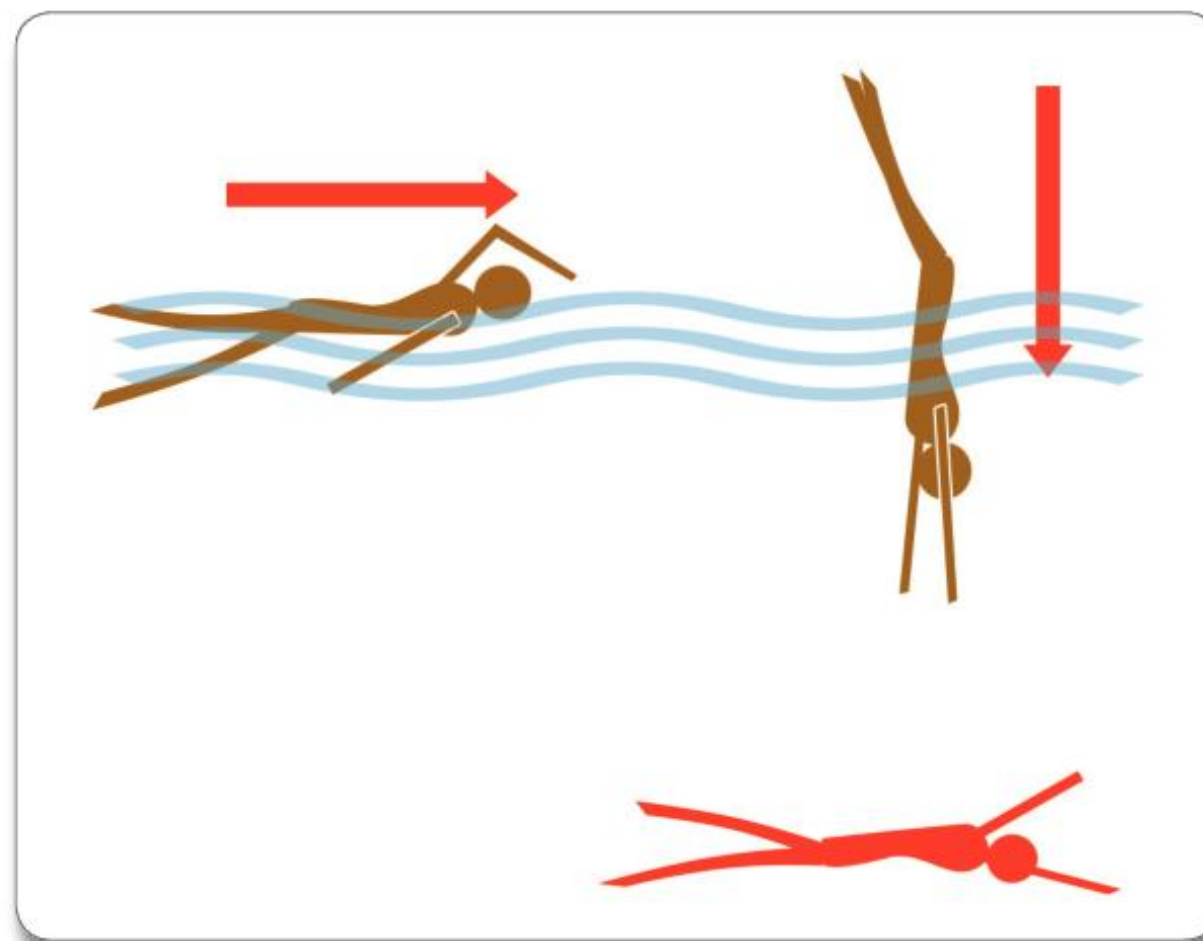
Para aguantar más tiempo buceando, el socorrista deberá realizar apneas inspiratorias por el uso del oxígeno.



Apnea

2.2 Buceo y rastreo en la búsqueda de accidentados

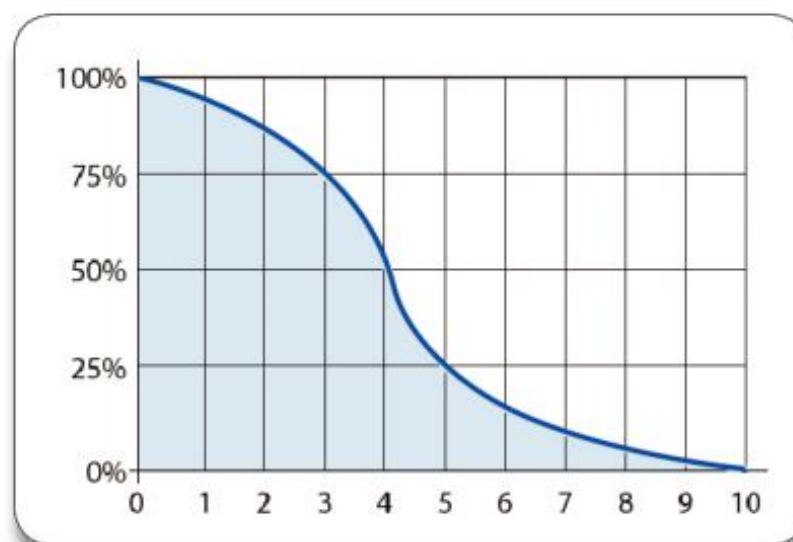
En el caso de que el socorrista tenga que recoger a un accidentado del fondo deberá bucear. Como norma general en estos casos deberá nadar hasta la altura en la que se encuentre la víctima y realizar un golpe de riñón, aprovechando la última brazada para colocarse en posición vertical y descender hasta la víctima.



Golpe de riñón

En el buceo y rastreo de una víctima sumergida deberemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Presteza:** la rapidez es uno de los parámetros más importantes en la búsqueda de una víctima ya que cada minuto que pasa con la víctima sin respirar la probabilidad de éxito disminuye exponencialmente. Es lo que se conoce como la Curva de Drinker donde nos muestra el porcentaje de éxito en función de los minutos transcurridos:



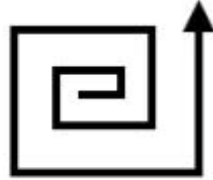

Curva de Drinker

- **Estrategia de la búsqueda:** es esencial definir una buena estrategia de búsqueda que permita realizar el rastreo de forma eficiente, no dejando zonas sin rastrear, estableciendo puntos de referencia.
- **Conocer las características del medio:** en el caso de medio natural deberemos tener en cuenta aspectos como las corrientes, las mareas...

Algunas normas generales para el rastreo son:

- No remover el fondo.
- Tener en cuenta los elementos que influyen en la orientación, analizados en el punto anterior.
- Tener en cuenta elementos que puedan existir en el fondo, como desagües, ramas, sifones...
- No realizar inmersiones prolongadas (máximo 30 segundos).
- Siempre ir acompañado y vigilarse mutuamente entre compañeros.
- Tomar referencias tanto en superficie como en el fondo para facilitar la orientación.
- Se pueden establecer búsquedas alternativas o simultáneas por parte de los socorristas.
- Mantener contacto constante con el resto de integrantes del servicio de salvamento (puesto desde tierra, medios aéreos...).

Existen dos estrategias de búsqueda de un cuerpo sumergido:

Estrategia de búsqueda	Representación gráfica
En cuadrado de expansión	
Rastreo en línea	

Estrategias de rastreo

En el rastreo de víctima es muy importante el tiempo que debe ser el menor posible y la perseverancia.

3. MODIFICACIONES EN LA VISIÓN

Al sumergirnos y abrir los ojos nos daremos cuenta de que no vemos con claridad, pero si lo hacemos con gafas la visión será más nítida.

Para poder ver el ojo necesita luz, pero en el medio acuático la luz se ve afectada por varios fenómenos. Por ejemplo, la luz se ve reducida en función de la profundidad:

A 10 metros de profundidad	Desaparece el color rojo
A 20 metros de profundidad	Desaparece el color naranja
A 30 metros de profundidad	Desaparecen los colores amarillo y verde
Hasta 40 metros de profundidad	Predominan los colores azulados y violeta
A 400 metros de profundidad	Desaparece la luz

La luz al tratarse de ondas, al igual que el sonido, sufre los mismos fenómenos físicos, por ello para no duplicar información veremos estos fenómenos en el apartado siguiente.

3.1 Modificaciones acústicas: la reflexión de la luz, la refracción, la absorción y la difusión

En este apartado veremos los diferentes fenómenos físicos que ocurren en el medio acuático relacionados con el sonido y la luz.

A. El sonido

El sonido se desplaza por el aire a 340 m/s, en cambio en el agua se desplaza a más de 1100 m/s.

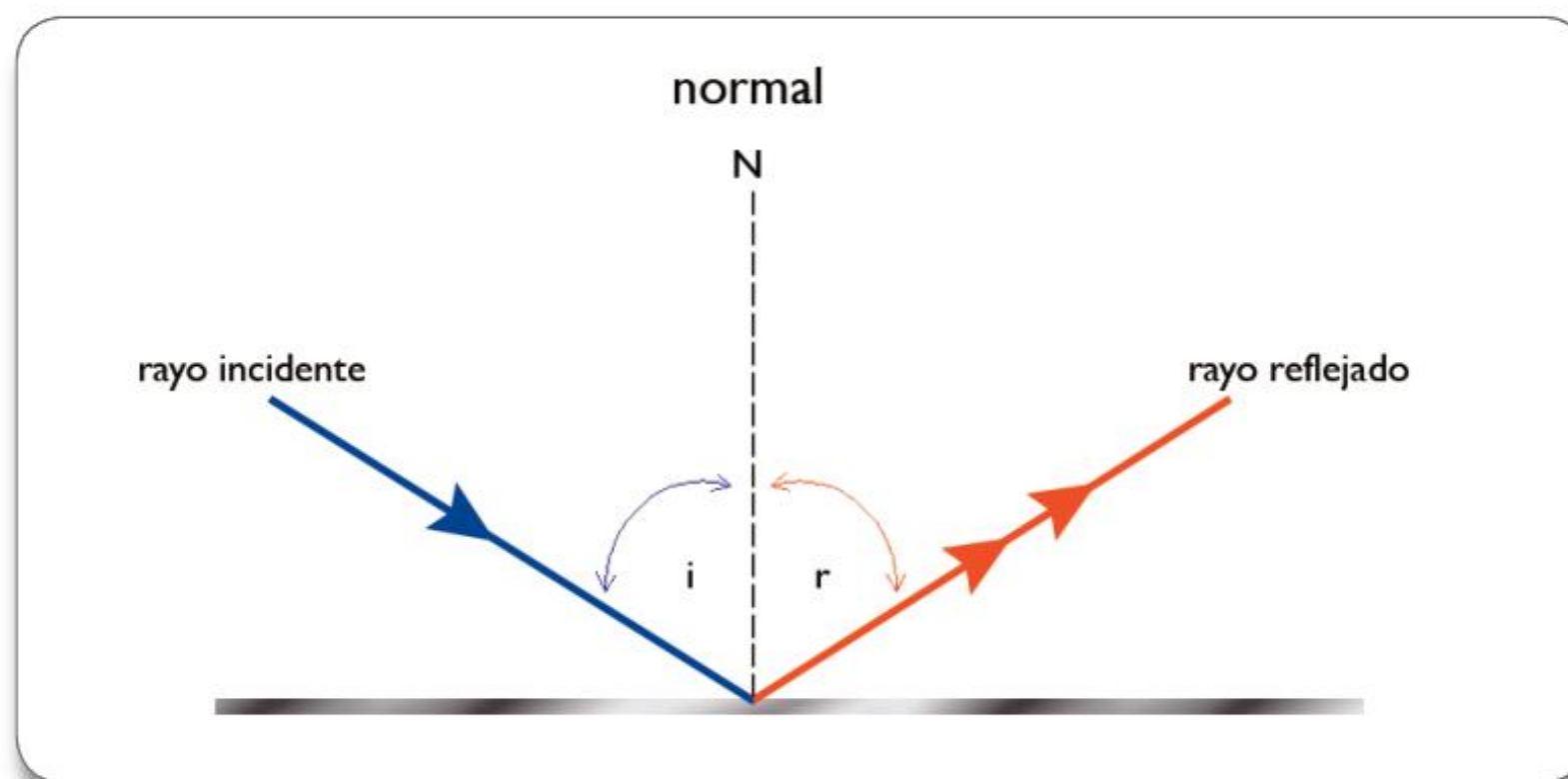
La velocidad de transmisión del sonido en el agua es mucho mayor pero no se percibe de forma tan nítida como por el aire, por lo tanto, en muchas ocasiones no podremos identificar sonidos concretos, como puede ser una persona hablando debajo del agua.





B. La reflexión

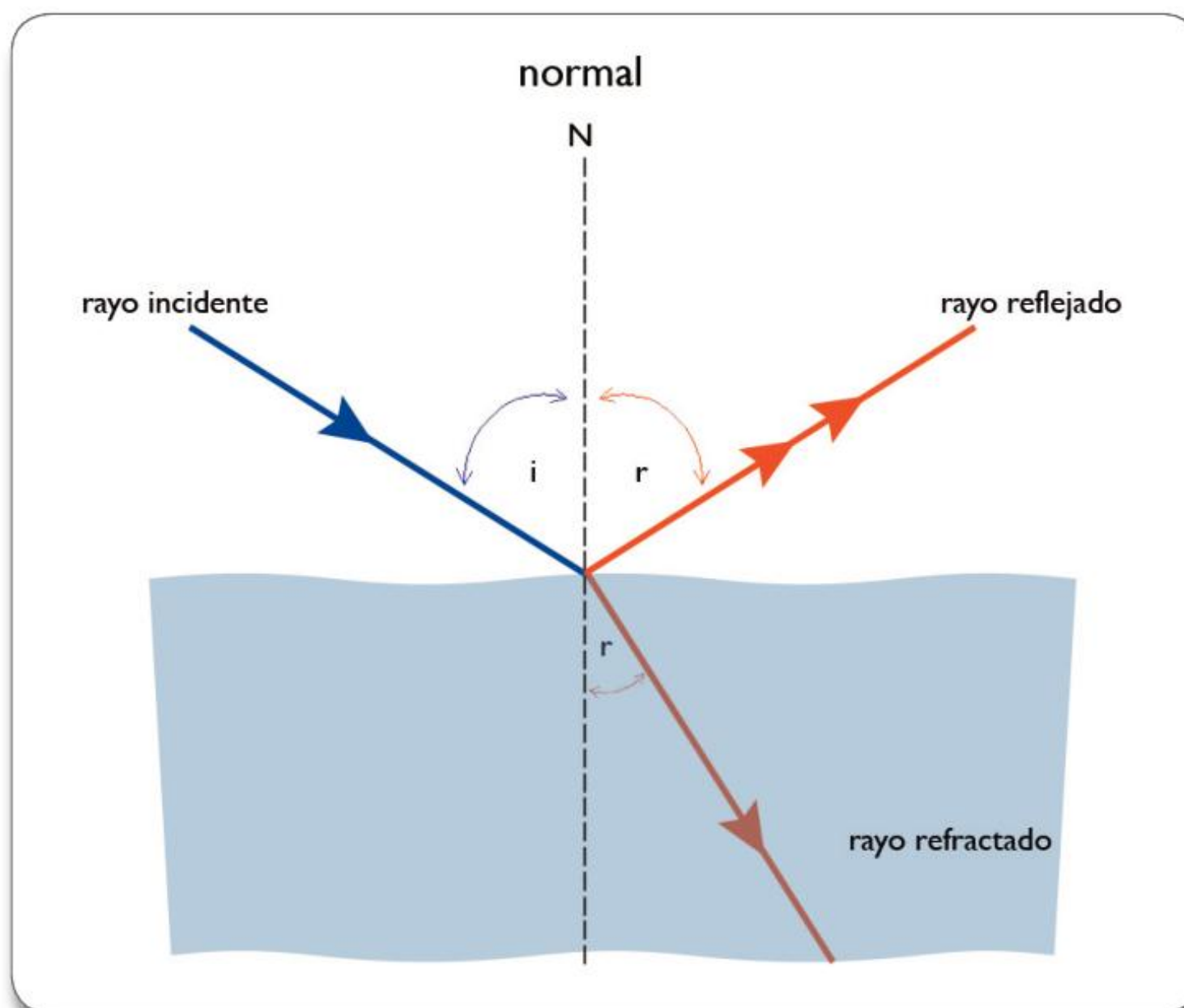
No todos los rayos de luz penetran en el agua, muchos de ellos son reflejados. Por ello vemos en la superficie del agua el reflejo por ejemplo de los árboles de alrededor.



Reflexión especular

C. La refracción

Se define como el cambio de dirección de una onda cuando cruza de un medio a otro, modificando su velocidad.

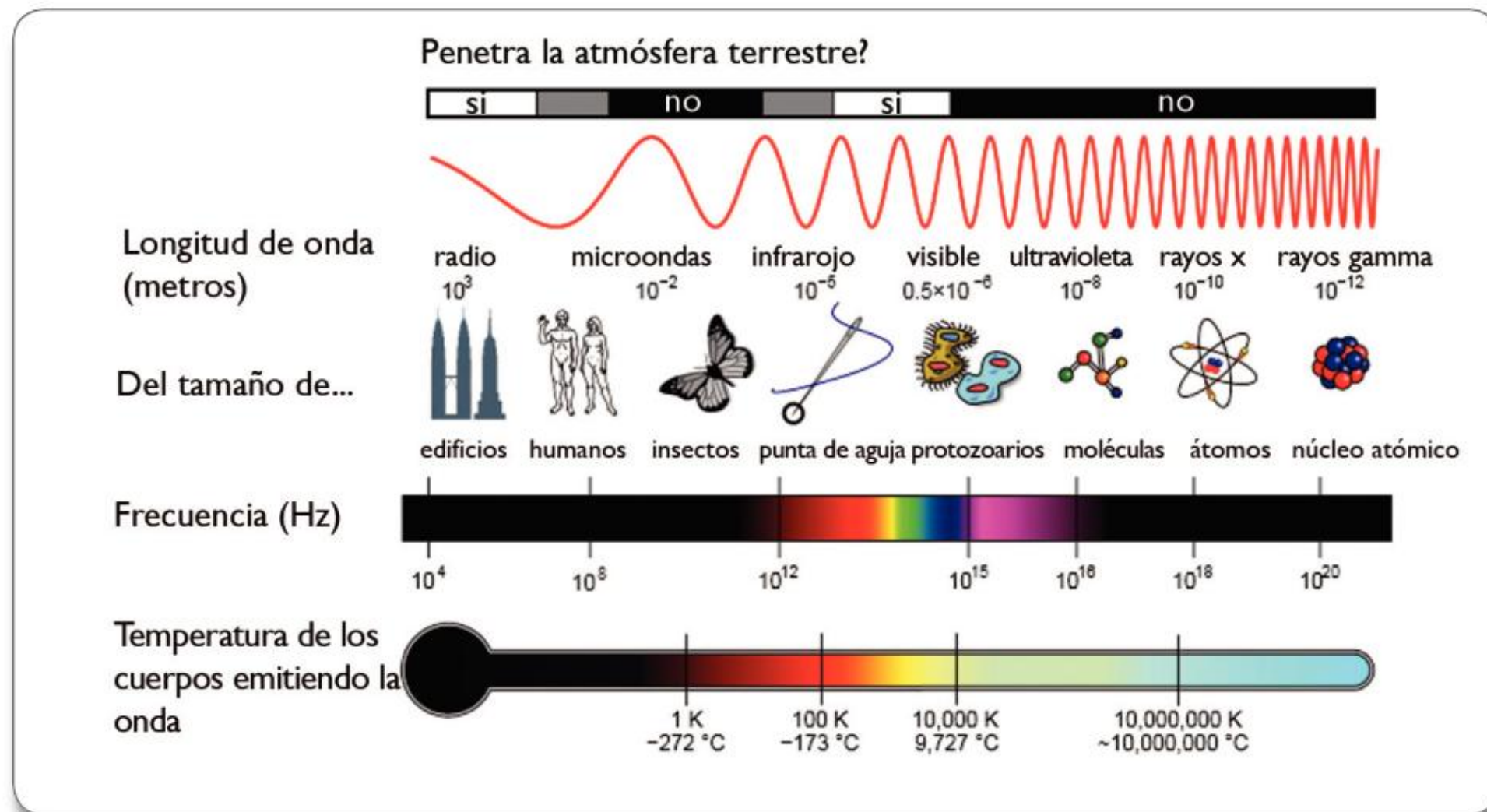


Refracción

D. La absorción

Parte de las ondas que atraviesan el agua son captadas por el mismo transformándolas en otras formas de energía (habitualmente calor).

La luz tiene un espectro de frecuencias, de las cuales los seres humanos solo somos capaces de captar una pequeña parte.



Espectro electromagnético

Cada material absorbe más unas frecuencias que otras generando los materiales opacos o los transparentes. En el caso del agua su coeficiente de absorción es muy bajo en la parte visible del espectro.

E. La difusión

Este fenómeno consiste en que las ondas son suavizadas al reflejarse en superficies con irregularidades o al atravesar medios translucidos.

De esta forma las ondas serán reflejadas de forma irregular por ejemplo en la superficie del agua que debido al oleaje generará una superficie irregular.

3.2 Cambios térmicos

La pérdida de calor en el agua es hasta veinticinco veces mayor que en el aire debido a:

- **Conductividad:** los cuerpos transmiten calor al estar en contacto con otro. En el caso del agua nuestro cuerpo está a mayor temperatura por lo que transfiere calor al agua que está en contacto con él.
- **Convección:** el agua al ser calentada por conductividad asciende y es sustituida por agua más fría por tanto el cuerpo sigue perdiendo calor.

La alteración térmica más habitual en el agua es la hipotermia debido a esa pérdida de calor. Se manifiesta con temblores, disminución del nivel de consciencia, pérdida de sensibilidad.



El socorrista debe tener en cuenta las diferencias de percepción en el agua, ya que pueden alterar la identificación de la víctima.

TEMPERATURA CORPORAL					
	35 °C	32 °C	29 °C	27 °C	25 °C
Actividad Muscular	Escalofríos	Alteración de la coordinación	Debilidad, fatiga y sueño	Inmóvil	Muerte aparente
Frecuencia Cardíaca y Respiratoria			Disminuidas	Disminuidas	Parada Cardio Respiratoria (P.C.R.)
Nivel de Consciencia	Abstraído	Confuso	Somnoliento	Inconsciente	Inconsciente

Actividad 1

Explica qué le pasaría a un globo llenado a 40 metros de profundidad y que intentamos llevar a la superficie según la Ley Boyle-Mariotte.

Actividad 2

¿Por qué en buceo se usan siempre las aletas? Justifica la respuesta.

LO QUE HEMOS APRENDIDO

- Existen unos principios físicos que hacen que nuestro cuerpo se comporte de forma diferente en el agua flotando y sufriendo una resistencia al avance.
- El buceo debe realizarse con seguridad estableciendo una estrategia de búsqueda y con la mayor rapidez posible.
- La luz y el sonido se comportan de forma diferente en el medio acuático.

Intervención en el socorrismo acuático

1. CARACTERÍSTICAS DEL AGUA Y CONSIDERACIONES RELATIVAS A ROPA Y CALZADO

Algunas características a tener en cuenta del agua son:

- **Temperatura:** la temperatura del agua determinará no solo el disfrute de los bañistas sino también otros aspectos relevantes para el salvamento acuático:
 - Factores químicos: Los microorganismos proliferarán de forma más elevada en aguas calientes que en frías. Pueden surgir bacterias, algas, enturbiamiento...

- ▀ Características del agua y consideraciones relativas a ropa y calzado
- ▀ Organización del salvamento y socorrismo
- ▀ La percepción del problema: elementos esenciales en la percepción
- ▀ El análisis de la situación
- ▀ La toma de decisiones
- ▀ Ejecución de las acciones de rescate

OBJETIVOS:

- Conocer los aspectos esenciales en cuanto al uso de ropa y calzado en el medio acuático
- Conocer los parámetros fundamentales del agua
- Determinar las características del medio, sus posibles riesgos y las pautas básicas de actuación

TOME NOTA

El socorrista debe tener precaución con la temperatura del agua no solo para los usuarios sino también para él mismo para prevenir las hidrocuaciones.

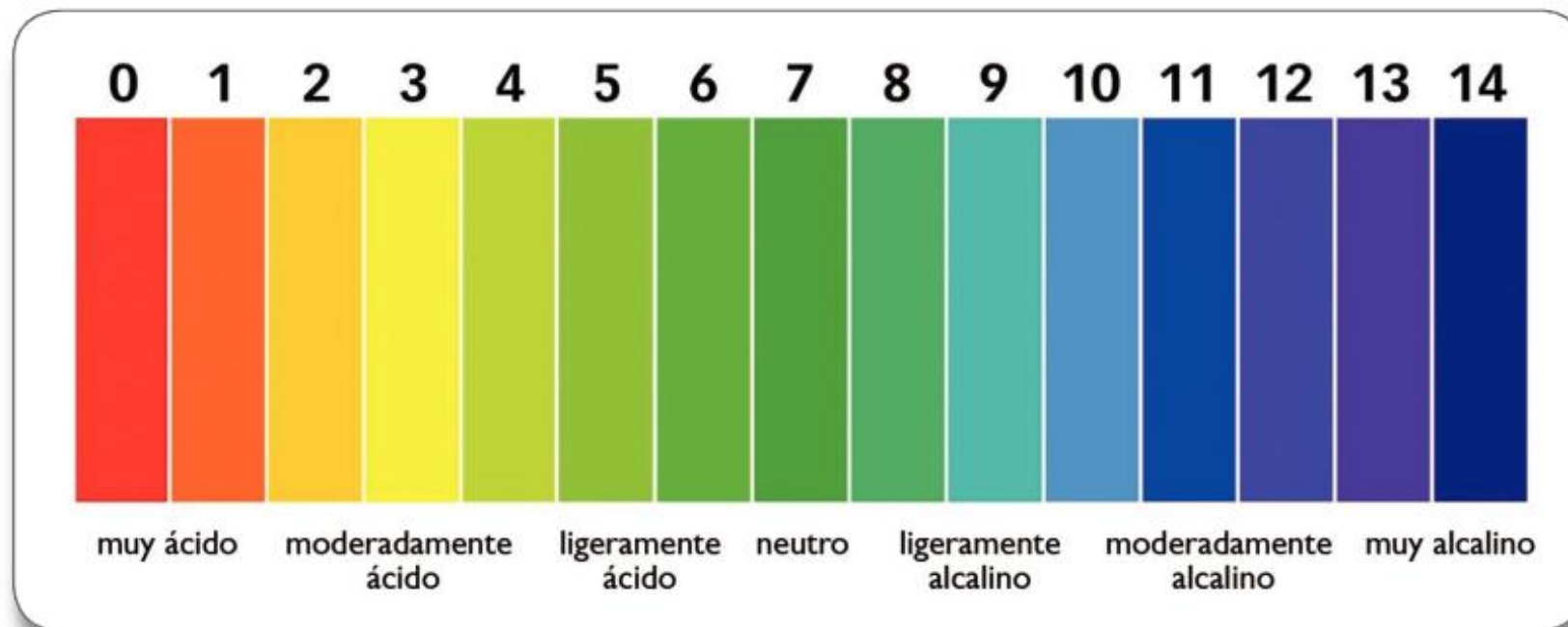
- En cuanto a la temperatura del agua se considera que por debajo de 18 °C es fría y por encima de 24 °C caliente. En el caso del Real Decreto 742/2013 que regula las condiciones higiénicas de las piscinas a nivel estatal, determina que la temperatura de los vasos climatizados deberá encontrarse entre 24 y 30 °C, siendo la temperatura ambiente un grado por encima.
- Si el agua se encuentra a una temperatura baja, aumenta el riesgo de sufrir hidrocuaciones, y mayores lesiones musculares.
- Si el agua está muy caliente puede llegar a provocar una bajada de tensión, con la consiguiente disminución del nivel de consciencia o sufrir mareos.
- La temperatura se debe tener en cuenta para el salvamento, ya que se puede producir un choque térmico al introducirse en el agua, por lo que el socorrista deberá permanecer con ropa para evitar la hidrocuación.



Termómetro de piscina

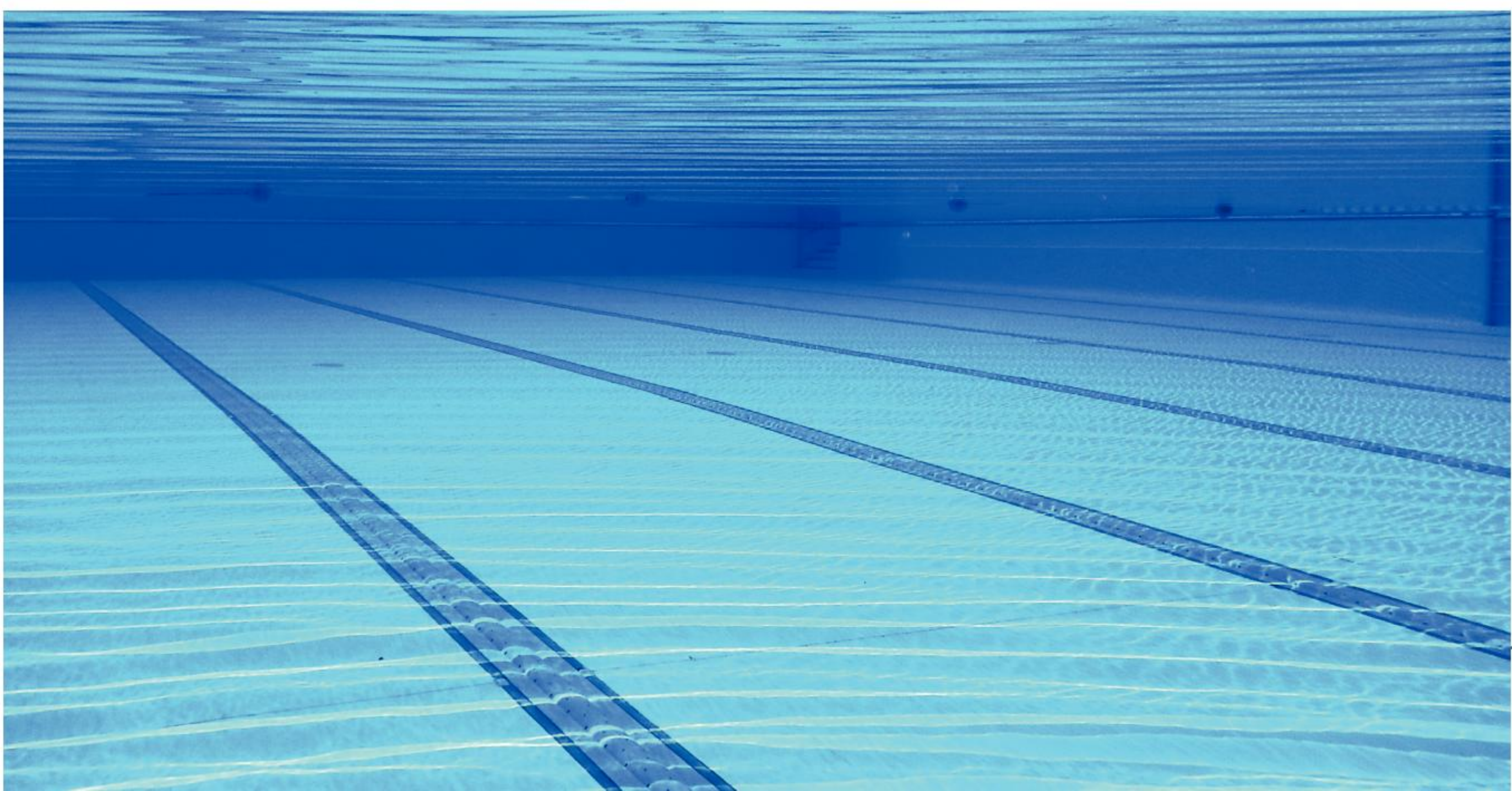
- **Nivel de acidez del agua:** más conocido como nivel de pH:
 - Nivel de pH:
 - pH mayor de 7: se considera que el agua es básica (alcalina).

- pH=7: se considera que el agua será neutra.
- pH menor de 7: el agua es ácida



Escala del pH

- Una piscina de uso público deberá encontrarse próximo a 7,2. Si se encuentra muy alejado de este nivel puede provocar:
 - Nivel bajo: irritación en piel, mucosas, ojos....
 - Nivel alto: también produce irritaciones, turbidez...
- El socorrista debe controlar los niveles de pH y la piscina se debe mantener limpia ya que de no ser así el nivel de pH se verá modificado, por ejemplo: con las hojas de los árboles.





Colorímetro medición pH y Cloro

- **Desinfectante:** la piscina debe estar desinfectada para prevenir la aparición de bacterias que afecte a los bañistas. El desinfectante más habitual es el cloro (Cl). Existen dos medidas fundamentales del cloro:
 - Cloro libre: es el cloro presente en el agua una vez desinfectada. La concentración según el Real Decreto 742/2013 deberá estar comprendida entre 0,5 y 2,0 ppm.
 - Cloro total: es la suma del cloro libre y el cloro combinado.
- **Algas:** en zonas de sombra o mal desinfectadas suele producirse lo que se conoce como “verdín” que no es más que algas incrustadas en el fondo o las paredes de la piscina. Es esencial mantener la piscina en condiciones adecuadas para evitar la aparición de estas algas, ya que es difícil retirarlas. Se suele usar sulfato de cobre para su tratamiento.



Piscina con algas



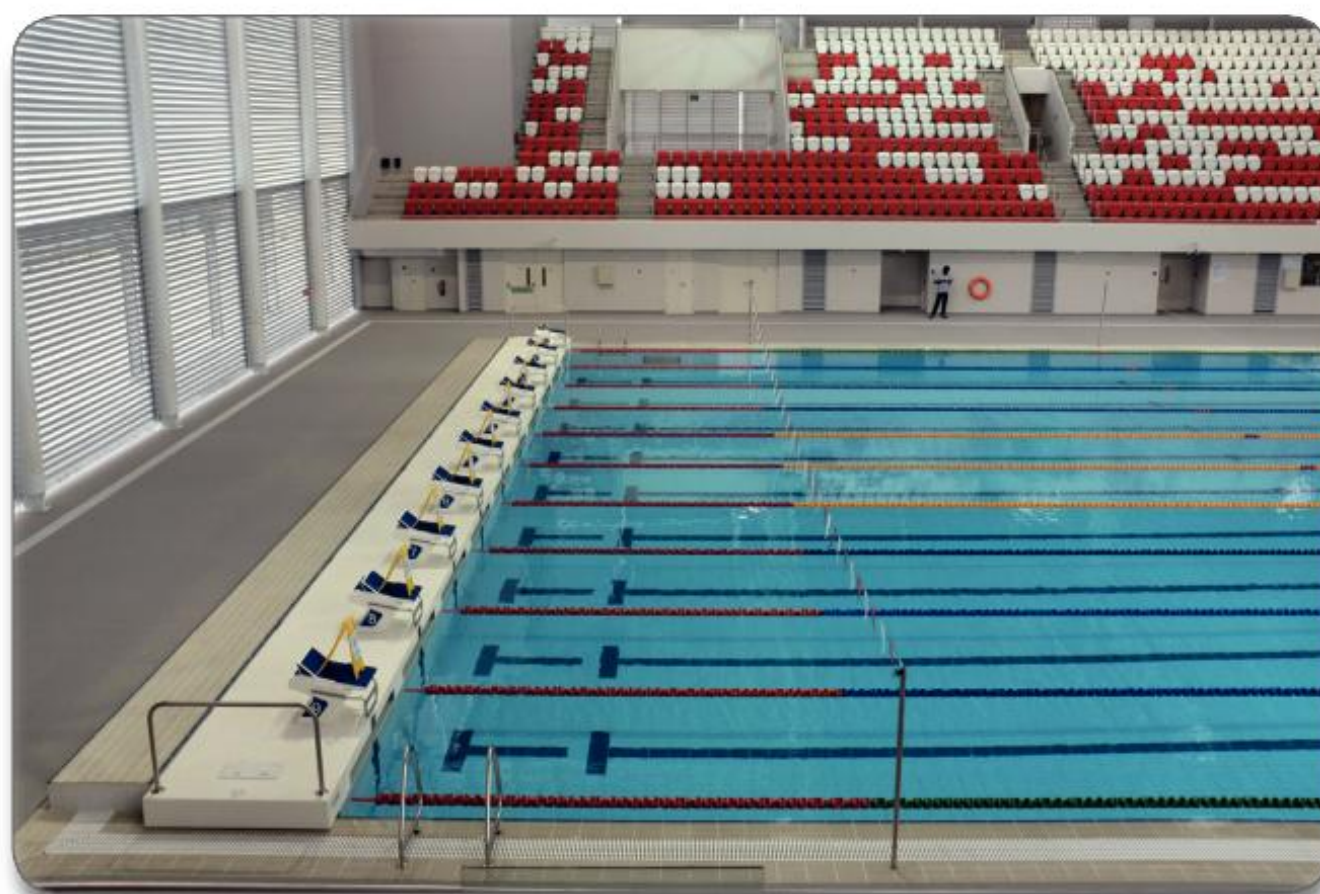
Los parámetros químicos del agua es esencial mantenerlos en los niveles adecuados ya que una alteración de los mismos puede tener consecuencias para la salud.

- **Turbidez:** si el agua no es transparente es debido a unas malas condiciones higiénico-sanitarias de la piscina. La turbidez se produce por un elevado número de partículas en suspensión. Para eliminarlas se usa un floculante, siendo el más habitual el sulfato de alúmina. Este producto químico hace que las partículas en suspensión se junten entre sí y precipiten al fondo para su posterior limpieza o que se queden en el filtro.

1.1 Tipos de piscinas

En cuanto a las piscinas existen varios tipos y varias clasificaciones, vamos a destacar las dos más habituales:

- **En función de la profundidad del vaso:**
 - *Piscina Poco Profunda:* aquellas con profundidad inferior a 1,5m.
 - *Piscina Profunda:* aquellas con profundidad superior a 1,5m.
 - *Piscina Mixta:* aquellas que tienen una parte poco profunda y otra parte profunda comunicadas por una rampa.
- **En función de su uso:**
 - *Deportivas:* aquellas que están diseñadas para practicar natación, normalmente están divididas en calles.



Piscina deportiva

- *Recreativas*: aquellas destinadas al esparcimiento.



Piscina recreativa

- *Terapéuticas*: aquellas destinadas a la rehabilitación, fisioterapia o Spas.



Piscina terapéutica

1.2 Medio natural

Cada espacio acuático en el medio natural tiene sus propias características. Según Reyerros, A. (2003), las principales diferencias son:

A. Playas

a. Profundidad desde la orilla

- Lenta: principalmente en el litoral mediterráneo. Para alcanzar profundidad es necesario andar largas distancias mar adentro.
- Rápida: frecuente en playas con oleajes fuertes. Se alcanza profundidad muy rápidamente.
- Súbita: cuando existen piedras grandes en la orilla hacia el interior, formando un desnivel a modo de escalón.

b. Movimientos del agua

Mareas

- Pleamar: cuando el agua alcanza su máximo nivel. Puede llegar a cubrir una gran superficie de la arena.
- Bajamar: cuando el agua alcanza su mínimo nivel.

- Corrientes: corresponde al movimiento de las moléculas del agua en una misma dirección. Su intensidad y trayectoria es variable.
- Resacas: se produce por la acumulación de agua, provocando una subida de su nivel que, al no poder mantenerse en el litoral, regresa fuertemente hacia el interior del mar, formando un canal de hasta 30 metros de anchura y 1 kilómetro mar adentro.
- Oleaje: movimientos circulares del agua, que forman una ola. En función de su trayectoria pueden ser frontales, laterales, cruzadas o combinadas.

Elementos del fondo

- Arena: debemos tener en cuenta la profundidad a la que se encuentra para evitar golpes en la cabeza al tirarnos al agua.
- Escolleras: si se encuentran a escasa profundidad pueden producir golpes o raspaduras.
- Restos: puede haber restos de barcos, basura, redes... en el fondo, que además de ocasionar golpes y raspaduras, pueden provocar que nos quedemos enganchados.

B. Márgenes de ríos y playas fluviales

a. Profundidad desde la orilla

La profundidad desde la orilla puede variar de un día a otro como consecuencia de un aumento en el caudal del río, por lo que no debemos confiarnos.

b. Movimientos del agua

- Corrientes: movimientos en el agua en un solo sentido. Para salir de ellas deberemos nadar siempre en diagonal.
- Remolinos: son movimientos del agua en espiral, por lo que pueden succionar hacia el fondo. Por lo tanto, no deberemos acercarnos a ellos. En el caso de caer en uno de ellos deberemos:
 - Permanecer en la superficie en posición horizontal.
 - Si no es posible, nos dejaremos arrastrar hasta el fondo, y una vez allí nos desplazaremos lateralmente a favor de la corriente para subir a la superficie.
- Cascadas: se producen al pasar el agua sobre una variación de altura en el terreno. En el punto donde cae el agua se produce un movimiento circular llamado rulo o rebufo. En caso de caer en esta zona deberemos ir hacia el fondo para ser arrastrados por la corriente y salir de él.
- Sifones: es la conducción que hace pasar el agua de una cota inferior a la superficie. Son muy peligrosos, ya que al pasar el agua a mucha presión puede ocasionar que nos quedemos atrapados junto con otros obstáculos que se encuentran dentro.

c. Elementos del fondo

- Limo: son todos los residuos orgánicos que se encuentran en el fondo. Son de carácter viscoso, y puede ocasionar que nos quedemos atrapados en ellos.
- Restos: de cualquier objeto arrojado al río.

d. Elementos de la superficie

- Ramas de árboles: puede ocasionar que nos quedemos enganchados en ellas o nos golpeemos.
- Plantas con raíces en el fondo: no se deben realizar movimientos bruscos, ya que provocarán que nos quedemos más enredados.

C. Embalses y presas

a. Profundidad desde la orilla

Al igual que en los puntos anteriores puede ser progresiva rápida o progresiva lenta.

b. Movimientos del agua

- En superficie: principalmente en la zona del dique, puesto que si es rebosante o tiene aliviaderos puede llevarnos hacia el fondo de la presa.
- En profundidad: principalmente por los desagües que pueden producir remolinos a atraparnos.
- Naturaleza del fondo: similar a los ríos.
- Lagos: similar a lo expuesto en embalses y presas.

1.3 Consideraciones ropa

- El socorrista deberá permanecer siempre con la ropa. Como hemos visto la ropa hace que prevengamos una hidrocuición. Además, el socorrista deberá permanecer siempre identificado en la intervención por lo que el distintivo que representa la camiseta es esencial.

TOME NOTA

Es muy importante que el socorrista analice los elementos de riesgo para que en caso de una intervención se garantice su seguridad.

El mantener la ropa es todavía más importante en el medio natural por todos los riesgos asociados que hemos visto, incluso manteniendo el calzado para evitar lesiones con elementos del fondo.

- Los usuarios deberán usar vestimenta de baño no introduciendo otro tipo de ropa y/o calzado para evitar una alteración de los niveles químicos del agua y poder mantener la piscina en condiciones higiénico-sanitarias adecuadas.



Rescate con uniforme

2. ORGANIZACIÓN DEL SALVAMENTO Y SOCORRISMO

El socorrista deberá actuar ante un accidente que ocurra en la instalación acuática, no obstante, debe ser consciente de sus zonas de responsabilidad y saber priorizarlas a la hora de estructurar la vigilancia.

- **Primaria:** corresponde al vaso. Es la principal zona de responsabilidad para el socorrista. La vigilancia en esta zona debe ser constante y durante toda la jornada de trabajo.
- **Secundaria:** corresponde a la playa circundante al vaso, es decir la zona de bordillo. Es la segunda zona de responsabilidad. La vigilancia de esta zona se realiza de forma simultánea a la de la zona primaria. Se debe prestar atención a la zona secundaria porque un accidente aquí puede derivar en un accidente en la zona primaria.
- **Terciaria:** corresponde al resto de la instalación acuática (zona de césped, solárium...). Esta zona se debe vigilar al principio de la jornada y al finalizar. No obstante, también durante el resto del día sería

recomendable observar esta zona de vez en cuando siempre y cuando no se descuide la vigilancia de las otras dos zonas.

Zonas a Vigilar	Definición
Zona Primaria	Corresponde a la lámina de agua. Esta zona NUNCA se debe descuidar, ya que es la principal responsabilidad del socorrista.
Zona Secundaria	Corresponde a la zona de arena. En esta zona se realizarán observaciones periódicas.
Zona Terciaria	Corresponde a los accesos. Se revisarán al iniciar y al finalizar la jornada y se atenderán las posibles incidencias que puedan surgir, pero sin descuidar las otras dos zonas.

Una vez delimitadas las zonas de vigilancia, se deberá elegir una ubicación para el puesto de salvamento. Éste deberá reunir las siguientes características:

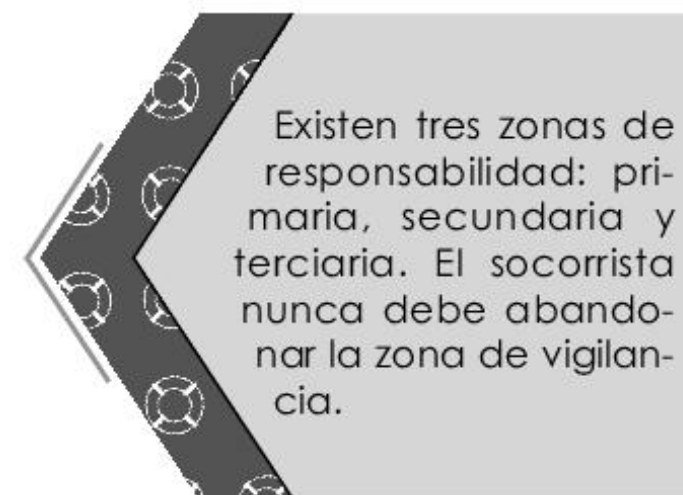
- Tener una buena visibilidad.
- Tener un fácil acceso a la zona de baño.
- Sin barreras físicas que dificulten tanto la vigilancia como la intervención.
- Sea visible para los bañistas.

3. LA PERCEPCIÓN DEL PROBLEMA: ELEMENTOS ESENCIALES EN LA PERCEPCIÓN

La vigilancia tiene una serie de complejidades, como pueden ser las características del medio que hemos detallado anteriormente, pero también la cantidad de bañistas que nos podemos encontrar.

Podemos destacar unos principios básicos definidos por Odriozola, F. J. (2011):

- Se debe vigilar toda la lámina de agua de forma sistemática.



- Los puestos de vigilancia se deben colocar de manera que permita una visión sin obstáculos.
- Los socorristas se deben desplazar para evitar interferencias de los usuarios, especialmente mientras realizan una vigilancia dinámica.
- Deben tomar las medidas necesarias para minimizar la incidencia del sol, los reflejos en el agua, calor... que puedan influir en la salud del socorrista.
- Se debe tener en cuenta que no se puede ver el fondo y la distancia desde el puesto a los bañistas, compensándolo con una buena vigilancia.
- Se debe entrenar y desarrollar las destrezas perceptivas.
- Se debe tener muy claros los diferentes tipos de usuarios, y toda la normativa aplicable.
- Para evitar la fatiga, se deben realizar turnos de vigilancias, rotando por diferentes puestos.
- Se debe prestar especial atención a zonas de aglomeración.
- Se debe tener en cuenta que el uso de prismáticos reduce el campo de visión, por lo que se debe alternar la vigilancia sin ellos.

Se debe prestar una especial atención a las personas pertenecientes a un grupo de riesgo sin descuidar al resto.



Para poder prevenir accidentes, lo primero es detectar a aquellas personas que por sus características son más propensas a sufrirlos. No quiere decir que siempre que una de estas personas acuda a la piscina vaya a sufrirlo, ni que personas que no están incluidas en estos grupos no vayan a tenerlo, pero sí que la probabilidad es mayor.

Los grupos de riesgo son:

Personas que no saben nadar	Personas obesas
Niños pequeños (principalmente hasta los 6 años)	Discapacitados
Personas que están aprendiendo a nadar	Personas con conductas inadecuadas
Personas que compiten sin tener dominio acuático	Personas que se tapan la nariz al meter la cabeza en el agua
Personas que utilizan sistemas de flotación	Personas que realizan saltos al agua con riesgo
Personas que padecen alguna enfermedad	Ancianos
Personas con intoxicación etílica o drogadas	Zonas con exceso de usuarios



Niños como grupo de riesgo



Vigilancia estática



Vigilancia dinámica

Existen dos fenómenos que van a condicionar la supervisión del vaso:

- **Vista de Túnel:** aunque nuestro campo visual es de aproximadamente de 180 grados, nuestra vista solo es capaz de focalizar la atención en un ángulo de 10 a 15 grados, lo que provoca que el socorrista, para poder vigilar de forma efectiva a los usuarios, deberá orientar su mirada hacia los distintos puntos de la lámina de agua.
- **Miopía de Campo Abierto:** al observar un punto fijo durante un tiempo se produce una fatiga visual que hace que, aunque miremos, no veamos, por lo que se debe focalizar la atención en elementos concretos.

Por todo ello, la vigilancia se realizará mediante barridos visuales focalizando la atención en elementos concretos (ej. usuarios). Estos barridos se realizarán de izquierda a derecha (o viceversa) y al finalizar se volverá a comenzar sin deshacer el barrido. Esto es debido a que debe pasar el mismo tiempo entre que se vigila a un usuario y se le vuelve a vigilar.

Existen dos técnicas de vigilancia que el socorrista debe alternar para que su atención no disminuya y para realizar las labores de prevención descritas en el tema anterior:

- **Vigilancia estática:** se realiza desde el puesto.
- **Vigilancia Dinámica:** se realiza caminando por la orilla.

TIPO DE VIGILANCIA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
ESTÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de puntos de referencia y puntos ciegos. - Puesto equidistante. - Buena visibilidad. - Fácil acceso al agua. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hace disminuir la atención con el paso del tiempo. - Las labores de prevención no son tan efectivas.
DINÁMICA	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor contacto con el usuario. - Favorece las labores de prevención. - Mantiene una vigilancia activa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se descompensan zonas de vigilancia. - Mala visibilidad.

A modo de resumen podemos destacar los siguientes principios generales que deben regir la vigilancia del socorrista:

- La vigilancia se debe realizar de forma sistemática.
- La vigilancia se realiza mediante barridos visuales focalizando la atención.
- Se debe prestar especial atención a los usuarios de riesgo sin descuidar al resto.
- Si un usuario de riesgo se dirige a la zona de responsabilidad de otro socorrista se le debe avisar.
- Se debe observar con atención las zonas de aglomeración de usuarios.
- Se debe observar periódicamente el fondo.
- La ubicación del puesto debe permitir una buena visibilidad y un acceso rápido a todos los puntos en caso de accidente.

4. EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Realizando la vigilancia el socorrista debe saber identificar los diferentes tipos de víctimas que se puede encontrar para poder aplicar las técnicas y protocolos adecuados. Existen los siguientes tipos de víctima:

- **Distrés Acuático:** se trata de víctimas que no pueden llegar por sus propios medios al bordillo, por lo que necesitan ayuda, pero están relativamente tranquilas, lo que permite hablar con ellas y acordar el sistema de remolque. Un ejemplo claro de este tipo de accidentados es la persona que ha sufrido un calambre.
- **Víctima Activa:** se trata de una víctima que se está ahogando, con un alto nivel de nerviosismo. Si no se actúa rápido se hundirá. Normalmente esta situación viene derivada de un distrés acuático prolongado y si no se interviene deriva en una víctima pasiva. Frank Pía en 1974 describió las pautas comunes que sufren las personas en situación de ahogamiento, denominándolo Respuesta Instintiva al Ahogamiento (R.I.A.):
 - Cabeza orientada hacia atrás (para mantener las vías aéreas en la superficie).

TOME NOTA

Se deben combinar los dos tipos de vigilancia para optimizar la labor de prevención y mantenimiento de la atención.



Víctima con calambre en el agua (distrés acuático)

Una víctima activa no detectada a tiempo se puede convertir en una víctima pasiva disminuyendo la probabilidad de supervivencia.

- Brazos a los lados del cuerpo, separados sin sobrepasar la superficie del agua.
- Cuerpo en posición vertical.
- Avance nulo, si no se actúa se hundirá en breve (de 20 a 60 segundos).



Víctima activa

- **Víctima Pasiva:** son víctimas inconscientes. Este tipo de accidentes puede derivarse de una víctima activa, o también de alguna patología que haga que pierda la consciencia (ej. un infarto), o una lesión medular. La víctima se encontrará en posición totalmente inmóvil, con las vías aéreas sumergidas.



Víctima pasiva

	Bañista sin problemas	Distrés Acuático	Víctima Activa	Víctima Pasiva
Respiración	Rítmica	Continúa respirando y pide ayuda	Lucha por respirar, no es capaz de pedir ayuda	Vías aéreas sumergidas. Puede haber aspirado agua (si no se le ha bloqueado la glotis)
Movimiento Extremidades	Coordinación relativa (en función de su nivel de nado)	Las usa para mantenerse a flote. Movimientos relativamente coordinados	Brazos a los lados empujando el agua hacia abajo, patada ineficaz y descoordinación	Inmóvil
Posición del cuerpo	Horizontal o vertical	Horizontal, diagonal o vertical	Vertical, cabeza hacia atrás y mirada perdida	Flotación de medusa en superficie, medio fondo o fondo
Avance	Capaz de avanzar	No es capaz de avanzar	No es capaz de avanzar. Se hundirá en breve	Inmóvil

Adaptado de V.V.A.A. (2009:59)

5. LA TOMA DE DECISIONES

Una vez que el socorrista en su labor de vigilancia detecta una víctima en base a las características detalladas en el tema anterior, se procedería a iniciar la actuación. Antes de meterse al agua el socorrista debe:

- Hacerse una composición del lugar: determinar por qué punto va a entrar al agua, por dónde le va a extraer...
- El socorrista debe elegir si ir corriendo o ir nadando. Lógicamente el desplazamiento se realiza de forma más rápida por el medio terrestre que por el medio acuático por lo que "el recorrido deberá realizarse nadando siempre y cuando la distancia sea menor o igual a la mitad del trayecto a efectuar corriendo" (Reyerros (2003:33)).
- Analizar el estado de la víctima:
 - Si está consciente, tranquilo y tiene dificultades.
 - Si está consciente, pero está nervioso.
 - Si está inconsciente.
- Analizar el estado del medio:
 - Si existe aglomeración de personas.

- El estado del agua (turbidez, temperatura...).
- Existencia de obstáculos, riesgos asociados...
- Otras consideraciones
 - El socorrista debe permanecer con la camiseta identificativa durante toda la intervención para:
 - Permanecer identificado durante todo el salvamento.
 - Prevenir una posible hidrocuación.
 - Optimizar el salvamento: tiempo perdido en quitarse la camiseta y pérdida del contacto visual con la víctima.
 - La condición física del socorrista: el socorrista debe de ser consciente de sus capacidades y limitaciones a la hora de actuar.

6. EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE RESCATE

Una vez detectada la víctima el socorrista debe de iniciar el protocolo de actuación. En este tema se explicarán aspectos generales de la intervención. Sería la tercera de las funciones del socorrista (Prevenir, Vigilar e Intervenir) y debe reunir dos características básicas:

- **Presteza:** rapidez en la actuación. Cada segundo que pasa sin sacar a la víctima del agua y sin empezar los primeros auxilios disminuye la probabilidad de éxito del salvamento.

Toda intervención debe reunir dos características básicas: presteza y control.

Actividad 1

En virtud de la diversidad normativa autonómica respecto al mantenimiento de piscinas y recintos de baño público, ¿qué dice la normativa de la Comunidad de Madrid (Decreto 80/1998, de 14 de mayo, por el que se regulan las condiciones higiénico-sanitarias de piscinas de uso colectivo) sobre la temperatura de la piscina climatizada y de verano?

Actividad 2

¿Cómo actuarías con una persona con distrés acuático por un calambre?

- **Control:** la intervención debe mantener en todo momento la seguridad del accidentado y la del socorrista. Se deben aplicar de forma correcta las técnicas manteniendo en todo momento el control de la actuación.

El último paso de todo salvamento es el análisis del mismo. El socorrista debe evaluar las causas del accidente, su actuación, las repercusiones que ha tenido la actuación, elementos que se deben mejorar para el futuro...

- Causas del accidente: ¿por qué ha ocurrido?, ¿se han tomado todas las medidas de prevención necesarias?, ¿ha sido responsabilidad del socorrista?...
- Actuación del socorrista: ¿se ha actuado de forma correcta?, ¿se han seguido todas las pautas del protocolo?, ¿he aplicado la técnica correctamente?, ¿he elegido el material adecuado?...
- Repercusiones de la actuación: ¿ha tenido alguna repercusión la actuación?, si ha sido negativa ¿cómo podría haberse evitado?...
- Elementos para mejorar: si vuelve a ocurrir un accidente similar ¿qué se debe tener en cuenta?, ¿qué debo mejorar?...

LO QUE HEMOS APRENDIDO

- Las características del medio acuático van a condicionar el tipo de intervención.
- La piscina se debe mantener en condiciones higiénico-sanitarias adecuadas para prevenir accidentes.
- Existen tres zonas de responsabilidad para el socorrista: zona primaria, zona secundaria y zona terciaria.
- Las características básicas de toda intervención son la presteza y el control.

Técnicas de rescate en instalaciones acuáticas

1. DE LOCALIZACIÓN, PUNTOS DE REFERENCIA Y COMPOSICIÓN DEL LUGAR

Una vez que el socorrista en su labor de vigilancia detecta una víctima en base a las características detalladas en el tema anterior, se procedería a iniciar la actuación. Antes de meterse al agua el socorrista debe:

Hacerse una composición del lugar: determinar por qué punto va a entrar al agua, por dónde le va a extraer...

El socorrista debe elegir si ir corriendo o ir nadando. Lógicamente el desplazamiento se realiza de forma más rápida por el medio terrestre que por el medio acuático por lo que "el recorrido deberá realizarse

- De localización, puntos de referencia y composición de lugar
- La utilización del material como medio auxiliar de rescate acuático
- Técnicas de entradas al agua
- Técnicas de aproximación al accidentado
- Técnicas de toma de contacto, control y valoración de la víctima
- Técnicas de traslado de accidentados
- Técnicas de extracción del accidentado
- El accidentado con lesión medular o politraumatizado
- La evacuación del accidentado
- Técnicas de reanimación en el agua

OBJETIVOS:

- Conocer las maniobras de entrada, aproximación, control, extracción y traslado en el medio acuático, en función de las diferentes situaciones
- Establecer el protocolo de actuación ante un accidente en el medio acuático
- Adaptar los estilos de natación al salvamento acuático

TOME NOTA

Actualmente no se concibe un rescate sin un material auxiliar de rescate para disminuir riesgos y optimizar el salvamento.

nadando siempre y cuando la distancia sea menor o igual a la mitad del trayecto a efectuar corriendo” (Reyerros (2003:33)).

2. LA UTILIZACIÓN DEL MATERIAL COMO MEDIO AUXILIAR DE RESCATE ACUÁTICO

Actualmente no se concibe un rescate sin el uso del material de salvamento. Con estos elementos se consigue eliminar el cuerpo a cuerpo, garantizando así la seguridad de la víctima y sobre todo la seguridad del socorrista.

Los materiales principales para el rescate son:

- Aro salvavidas.
- Brazo de rescate.
- Boya torpedo.

2.1 El aro salvavidas

A. Entrada al agua

El aro, al ser un material rígido, no se debe lanzar. Imaginando que el aro es un reloj, el socorrista cogerá el aro con una mano en “las 9” y otra en “las 3”, y lo colocará paralelo a la lámina de agua con los brazos en 45 grados con respecto al tronco.

Desde esta posición se realiza la entrada al agua mediante paso de gigante manteniendo los codos extendidos y aprovechando la flotación del aro para mantener la cabeza fuera del agua, cayendo ligeramente sobre él.



Entrada al agua con aro salvavidas

B. Nado de aproximación y parada de control

Una vez realizada la entrada al agua se inicia el nado de aproximación a crol con la cabeza fuera del agua y con el aro por delante del socorrista, empujándolo con las yemas de los dedos. A una distancia prudencial de la víctima se realiza la parada de control.

C. Víctima consciente

En el momento en el que la víctima esté subiendo o en su punto más alto se entrega el aro haciendo contacto con él en el pecho de la víctima. Ésta se agarrará fuertemente a él. El socorrista introducirá un brazo por debajo del aro y agarrará el interior del aro en un punto cercano a la víctima. Con la otra mano sujetará el aro por la parte exterior más cercana.

Desde esta posición se realizará un movimiento a modo de palanca, de manera que el aro salvavidas pase por encima de la cabeza de la víctima, introduciéndola en él. A su vez y aprovechando la inercia, el socorrista se colocará rápidamente en el otro extremo, a la espalda del accidentado.

Se iniciará el remolque agarrando el aro por la parte superior (de esta forma se realiza una pequeña palanca que ayudará a dar más flotación). El socorrista se podrá ayudar con la otra mano y en todo momento mirará a la víctima y hacia el punto de extracción.



Nado de aproximación con aro salvavidas



Víctima consciente con aro salvavidas

TOME NOTA

Es esencial entrenar las técnicas de materiales antes y durante la temporada de trabajo

D. Víctima Inconsciente

Se deberá hundir el aro con una mano agarrándolo por la parte interior del mismo. Al realizarlo, el aro se colocará en posición vertical y se deberá sumergir hasta aproximadamente la mitad.

Con la mano que queda libre el socorrista agarrará el antebrazo de la víctima, y del mismo modo que con el brazo de rescate, realizará un giro a través del eje longitudinal de la víctima colocándola en posición de tendido supino con el aro colocado en la zona lumbar.

Una vez colocada la víctima, se cambiará el agarre a una de las técnicas de remolque de víctima inconsciente y se iniciará el mismo manteniendo la apertura de las vías aéreas.



Víctima inconsciente con aro salvavidas

2.2 El tubo de rescate

A. Entrada al agua

El socorrista se coloca la cinta de la bandolera con una sola mano, agarrándola a modo de bandeja, introduciendo primero el codo y luego la cabeza, de manera que quede cruzada al pecho.

Se agarra el brazo de rescate con la mano del mismo lado donde cae la cuerda (para no cruzarla por delante), con el extremo de la misma apuntando hacia delante. En el caso de que la cuerda sea muy larga se deberá recoger para evitar tropezarse con ella.

En esta posición el socorrista realiza un paso de gigante, dejando caer al final el brazo de rescate un poco hacia atrás para evitar que el material se enrede al empezar el nado. La entrada al agua se debe realizar sin perder el contacto visual con la víctima.

En el caso de que el socorrista tenga que realizar la entrada al agua desde una posición elevada, el brazo de rescate se colocará a la altura del pecho paralelo a la lámina de agua, agarrándolo con los dos brazos. De esta forma se realizará la entrada y la propia flotación del material ayudará al socorrista a no sumergir la cabeza.



Entrada al agua con brazo de rescate

B. Nado de aproximación y parada de control

Una vez realizada la entrada al agua, el socorrista empezará a nadar a crol con avistamiento de la víctima. Al realizar la parada de control de frente a la víctima y a una distancia que no permita al accidentado agarrarle, el socorrista cogerá la cuerda del material sin echar la vista atrás y tirará de ella mediante un golpe seco con el codo bajo y pegado al cuerpo. El material vendrá flotando y el socorrista podrá agarrarlo sin necesidad de perder el contacto visual con la víctima.

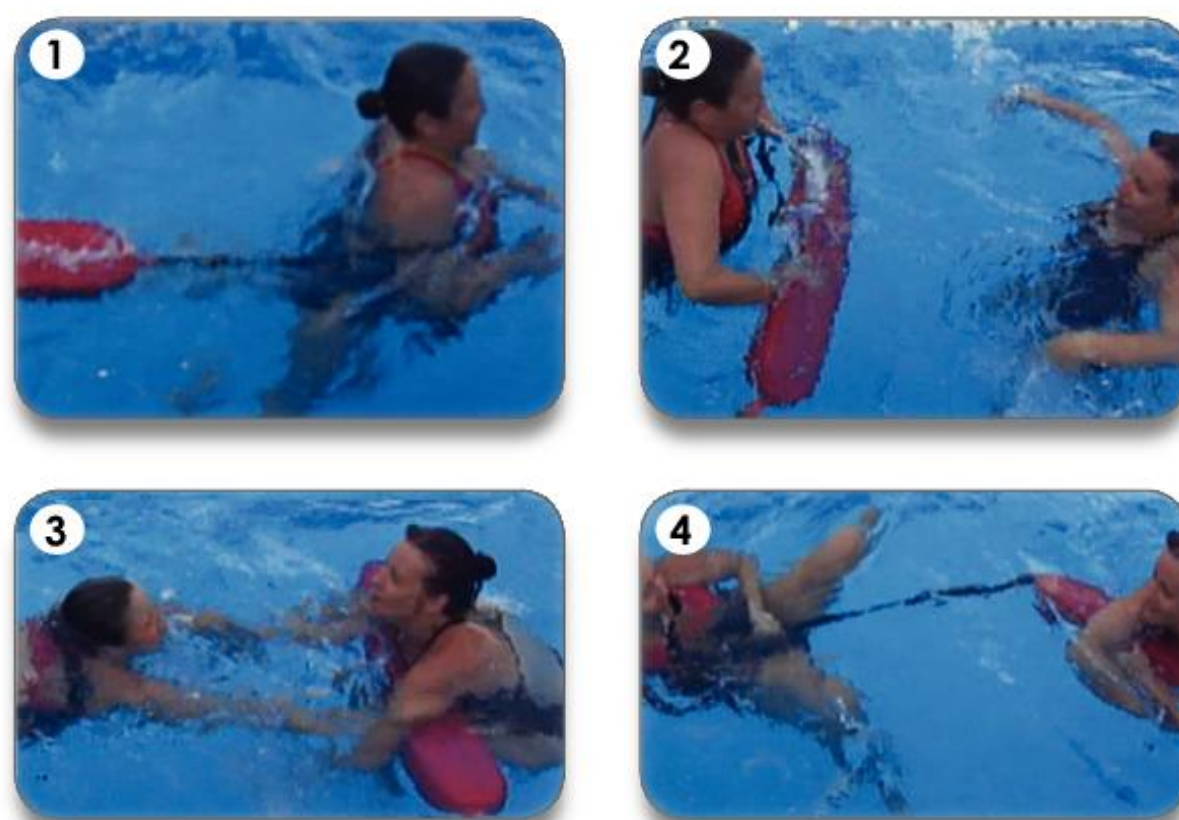


Nado de aproximación con brazo de rescate

C. Víctima Consciente

El socorrista se colocará de frente a la víctima a una distancia prudencial. La entrega del material se realizará dentro de los movimientos que realiza el accidentado cuando ésta se encuentra subiendo o en su punto más alto. En este momento el socorrista proporciona el brazo de rescate a la víctima hundiéndolo ligeramente del centro con una sola mano e impactando contra el pecho del accidentado, empujándolo para evitar un posible agarre. De esta forma la víctima, al notar el contacto e iniciar el movimiento descendente, se agarrará instintivamente al material.

Una vez agarrado, el socorrista inicia el remolque sujetando la cuerda con una mano, mirando en todo momento a la víctima y hacia el punto donde se va a realizar la extracción.



Víctima consciente con brazo de rescate

D. Víctima Inconsciente

Al igual que en el caso anterior el socorrista se colocará de frente a la víctima, que se encontrará en flotación de medusa. Con una mano hundirá el brazo de rescate del centro, por lo que el material adquirirá forma de "U". Con la mano libre el socorrista agarrará de uno de los antebrazos de la víctima, siempre cruzado (brazo izquierdo con izquierdo o derecho con derecho) y realizará un giro de la víctima para colocarla en posición supina. Dicho giro se realizará siempre en sentido descendente. Además de girar, de forma simultánea se debe acercar a la víctima hacia el brazo de rescate y éste hacia él para colocarle el material bien centrado en la zona lumbar.

Una vez colocado, el socorrista cambiará el agarre a alguna de las técnicas de víctima inconsciente para garantizar la apertura de la vía aérea e iniciará el remolque.



Víctima inconsciente con brazo de rescate

2.3 La boya torpedo

A. Entrada al agua

La colocación del material es similar a la del brazo de rescate, colocándose la cinta a modo de bandolera, cogiendo la boya de una de las asas laterales con la punta orientada hacia delante, recogiendo la cuerda en caso necesario y en el lado del cuerpo hacia donde caiga ésta.

TOME NOTA

El socorrista debe revisar el estado de su material de salvamento periódicamente.

Desde esta posición se realiza la entrada al agua con paso de gigante, manteniendo el contacto visual con la víctima y dejando caer el material ligeramente hacia atrás.



Entrada al agua con boya torpedo

B. Nado de aproximación y parada de control

El nado se realizará a crol con avistamiento de la víctima. Al realizar la parada de control de frente a la víctima y a una distancia que no permita al accidentado agarrarle, el socorrista cogerá la cuerda del material sin echar la vista atrás y tirará de ella mediante un golpe seco con el codo bajo y pegado al cuerpo. El material vendrá flotando y el socorrista podrá agarrarlo del asa lateral sin necesidad de perder el contacto visual con la víctima.

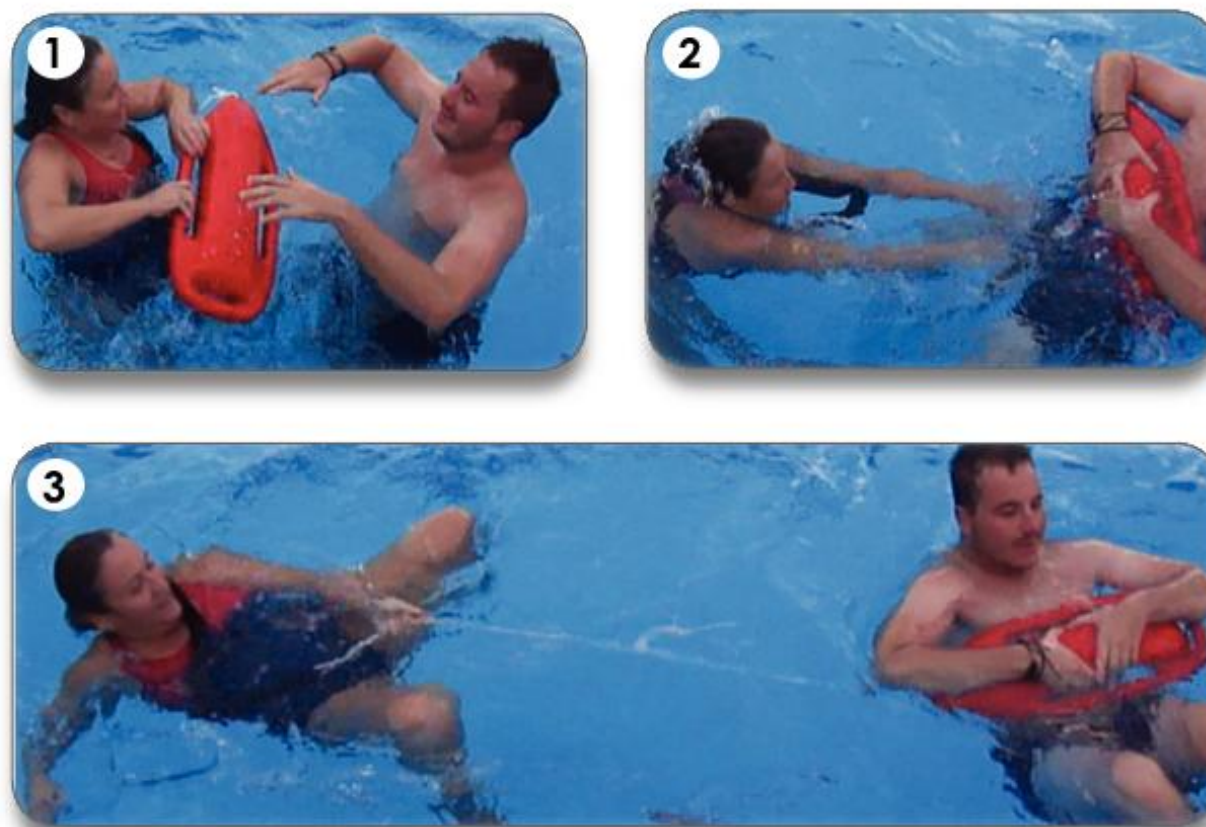


Nado de aproximación con boya torpedo

C. Víctima consciente

El socorrista se colocará de frente a la víctima a una distancia prudencial. La entrega del material se realizará dentro de los movimientos que realiza el accidentado cuando éste está subiendo o en su punto más alto. En este momento el socorrista proporciona la boya torpedo a la víctima hundiéndola ligeramente, agarrando de una de las asas laterales con una sola mano, impactando con ella contra su pecho y em-

pujándola para evitar un posible agarre. De esta forma el accidentado, al notar el contacto e iniciar el movimiento descendente, se agarrará instintivamente al material.



Víctima consciente con boya torpedo

D. Víctima inconsciente

El socorrista cogerá la boya de un asa lateral del extremo más cercano a la punta con la mano derecha, colocará su hombro izquierdo junto al hombro izquierdo de la víctima e introducirá el brazo izquierdo por debajo de la axila derecha del accidentado. A continuación, pasará la boya por encima de la víctima



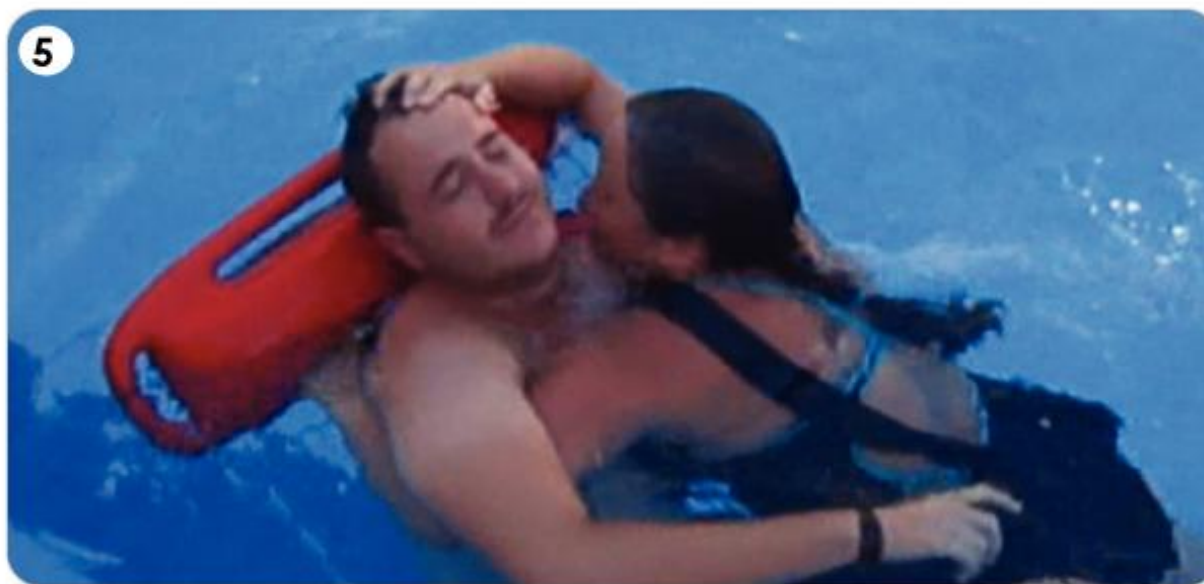
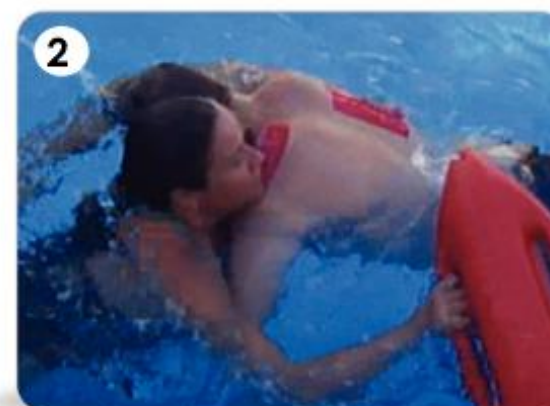
TOME NOTA

En el caso de disponer de varios materiales el socorrista elegirá el que mejor se adapte a sus capacidades y las necesidades del salvamento.

y girará la muñeca para colocar la boya de modo que con la mano izquierda agarre del extremo contrario del mismo asa que la mano derecha.

A continuación, soltará la mano derecha, sujetará la frente del accidentado y apoyará el cuello de la víctima encima de la boya, realizando así la apertura de la vía aérea. Con el codo del brazo derecho deberá abarcar la boya para formar un bloque y poder arrastrar a la víctima en bloque.

El remolque se realizará de forma lateral, y el socorrista puede aprovechar la flotación del material para facilitar el traslado.



Víctima inconsciente con boya torpedo

3. TÉCNICAS DE ENTRADAS AL AGUA

La entrada al agua debe mantener en todo momento el contacto visual con la víctima. El socorrista debe divisar al accidentado y por tanto no debe hundir la cabeza. Existen varios tipos de entrada al agua que cumplen este requisito.

3.1 Sin material

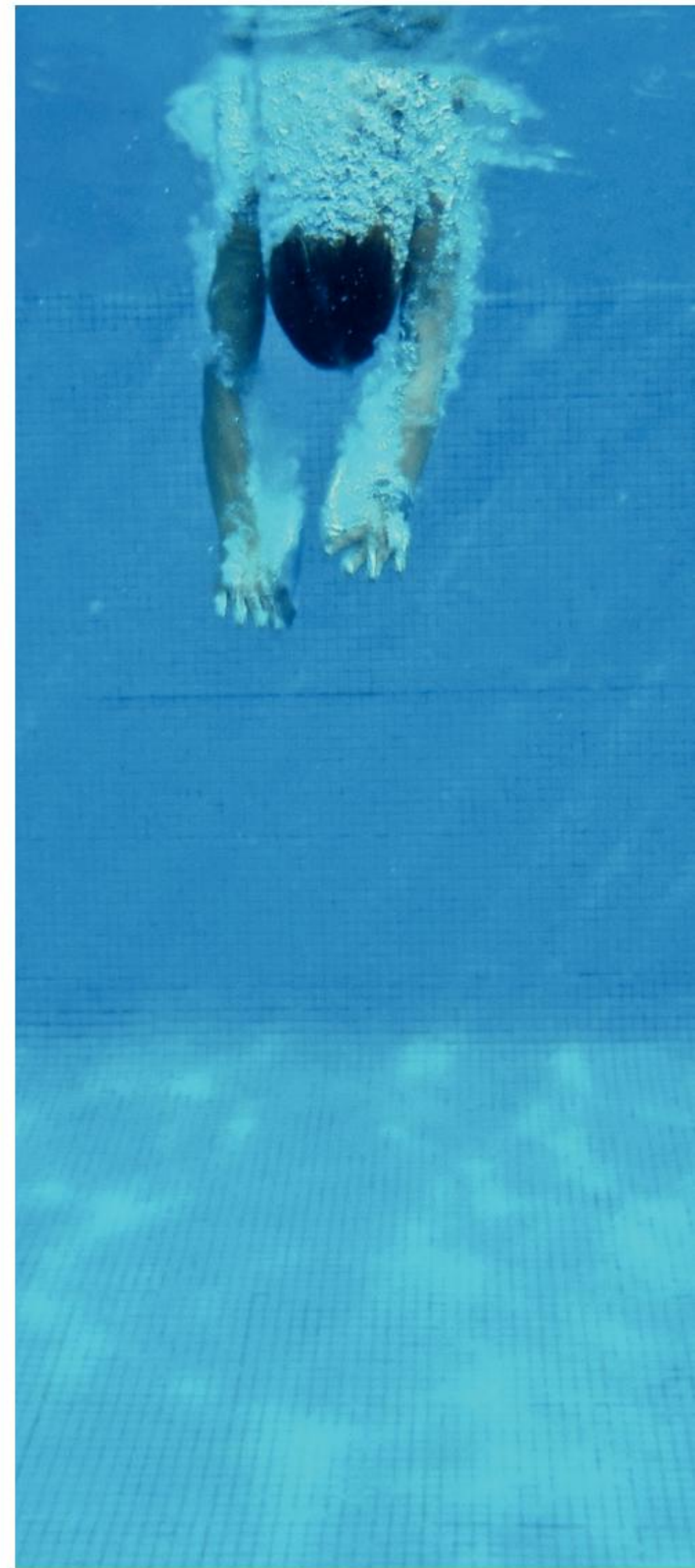
Paso de Gigante: es la entrada al agua más habitual de un socorrista. Consiste en saltar desde el borde separando las piernas en el plano sagital lo máximo posible para poder caer con la mayor superficie posible. Se inclina el cuerpo hacia delante y los brazos se separan a los lados del cuerpo con las palmas hacia delante y abajo.

Al caer se debe empujar el agua con los brazos en dirección contraria a la caída para evitar hundirse. En todo momento la cabeza debe permanecer sobre la superficie.



Paso de gigante

Desde posición elevada: el socorrista debe saltar de pie con los brazos junto al cuerpo y con una de las manos pinzándose la nariz y la otra alrededor del abdomen.



En la entrada al agua no se debe perder nunca de vista al accidentado.



Entrada desde posición elevada

3.2 Con material

Cada material requiere una técnica específica. Todas estas técnicas se detallan en el punto anterior

4. TÉCNICAS DE APROXIMACIÓN AL ACCIDENTADO

El nado de aproximación debe realizarse al igual que la entrada, manteniendo en todo momento el contacto visual con la víctima. Para ello podemos utilizar:

- **Crol de rescate:** es el nado más habitual por ser el más rápido. Consiste en nadar al estilo crol, pero manteniendo la cabeza fuera del agua y con la mirada al frente.



Crol de rescate

- **Braza de rescate:** similar al estilo braza, pero manteniendo la cabeza fuera del agua y el contacto visual con la víctima.



Braza de rescate

4.1 Los estilos de nado adaptados al salvamento

Los estilos de natación son: crol, braza, espalda y mariposa. La técnica de estos estilos se adapta al salvamento acuático para poder desplazarnos en el medio acuático, no solo de una forma lo más rápida posible, sino también garantizando la seguridad del accidentado, del socorrista, y en definitiva de la intervención ante un accidente.

4.2 El estilo crol y sus adaptaciones



Estilo crol

"CROL DE RESCATE"	
Posición del cuerpo	Inclinado de delante hacia atrás. La cabeza se coloca fuera del agua con la vista al frente (contacto visual con la víctima)
Movimiento de piernas	Batido de piernas a mayor profundidad y mayor potencia
Movimiento de brazos	Codos más altos en el recobro. Brazadas más cortas y rápidas por la inclinación del cuerpo
Respiración	Libre
Coordinación	Similar al estilo tradicional salvo en la respiración

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Aproximación muy rápida al accidentado	Excesivo desgaste en acciones de control (ej. parada de control)
Eficaz en el arrastre con aletas	Ineficaz en el arrastre sin aletas

4.3 El estilo braza y la patada de braza invertida



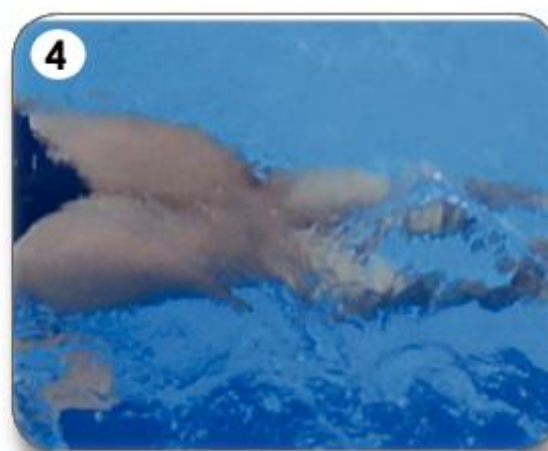
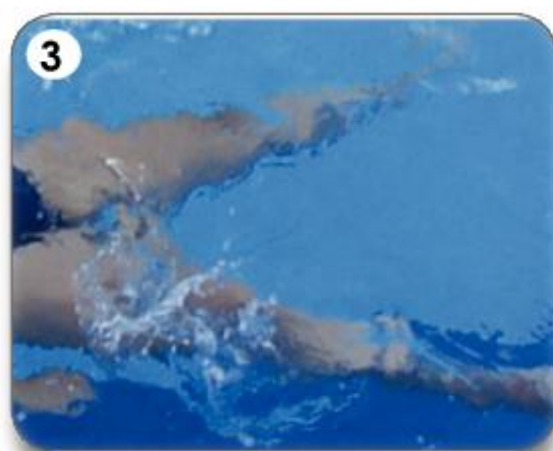
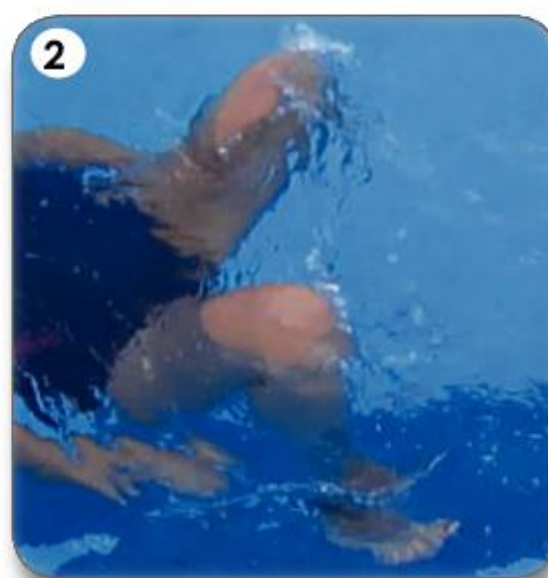
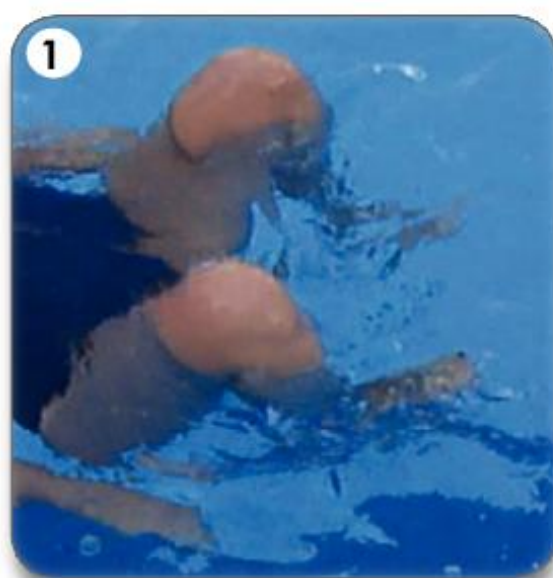
Estilo braza

"BRAZA DE RESCATE"	
Posición del cuerpo	Similar a la braza tradicional, manteniendo la cabeza fuera del agua
Movimiento de Piernas	Movimiento similar al estilo tradicional
Movimiento de brazos	Codos más altos en el recobro
Respiración	Libre
Coordinación	Similar al estilo tradicional salvo la respiración



Braza de rescate

PATADA DE BRAZA (REMOLQUE)	
Posición del cuerpo	Decúbito supino
Movimiento de Piernas	Movimiento simultáneo o alternativo
Movimiento de brazos	Agarre de la víctima, aunque en algunas técnicas se puede impulsar con una mano
Respiración	Libre
Coordinación	Muy importante en socorrismo



Patada de remolque

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Eficaz en los rastreos	Aproximación muy lenta al accidentado
Básico en el control y aplicación de técnicas	Ineficaz con aletas
Muy eficaz en los remolques	

4.4 El estilo espalda y su adaptación al remolque

El estilo espalda no se suele usar en salvamento, ya que su patada es menos propulsiva. Si que podemos utilizar una brazada de espalda subacuática para ayudarnos en el remolque de una víctima consciente.



Estilo espalda

4.5 La patada de mariposa y sus aplicaciones

En instalaciones acuáticas no se utiliza la patada de mariposa. Su uso se limita al buceo, fundamentalmente con aletas, en la búsqueda de un cuerpo sumergido, siendo este caso más habitual en el medio natural.



Estilo mariposa

4.6 Técnicas de aproximación con material de salvamento

Cada material requiere una técnica concreta de aproximación. Estas técnicas vienen detalladas en el apartado de materiales.

5. TÉCNICAS DE TOMA DE CONTACTO, CONTROL Y VALORACIÓN DE LA VÍCTIMA

Una vez que el socorrista llega a la víctima después del nado de aproximación debe realizar una parada de control a una distancia que no permita al accidentado agarrarle (aproximadamente 1 metro de distancia). Esta parada además de evitar una presa de la víctima sirve para reevaluar al accidentado, recoger y preparar el material y elegir el momento idóneo para la toma de contacto.



Parada de control

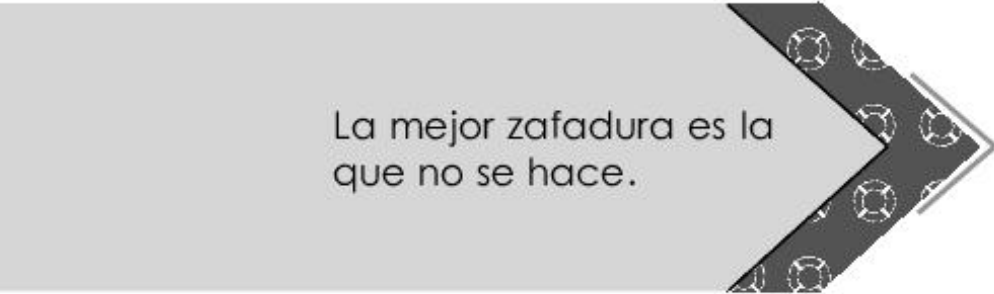
5.1 Consciente: Las zafaduras: definición y tipos

La toma de contacto es el momento en el que el socorrista aplica la técnica/agarre correspondiente. En el caso de víctimas conscientes, éstos realizan movimientos violentos, descoordinados y mantendrán un movimiento ascendente/descendente derivado de los movimientos. El momento para realizar el contacto será cuando está subiendo o en su punto más alto, nunca cuando está bajando para facilitar el agarre o la entrega de material.

El socorrista tiene que evitar por todos los medios que una víctima le agarre. Para ello dispone de los materiales de salvamento

TOME NOTA

En todo salvamento es esencial realizar la parada de control para evitar que la víctima nos agarre.



La mejor zafadura es la que no se hace.

que debe utilizar con la técnica correcta, y si no dispusiera de ellos utilizará algún material de fortuna.

En el caso de no disponer de ningún material y tener que realizar un remolque directo se deberán extremar las precauciones. No obstante, existen técnicas que permiten librarse de una presa.

En función del agarre, existen diferentes zafaduras:

- **Zafadura Universal:** consiste en hundirse, para que la víctima al sumergirse con el socorrista le suelte y poder de esta manera reiniciar el salvamento por la espalda.
- **Zafadura para agarres por el cuello:** el socorrista agarrará de uno de los brazos de la víctima (con una mano a la altura del codo, y la otra a la altura de la muñeca). Retorcerá el brazo hasta conseguir situarse en una posición similar a la técnica denominada “brazo rodado” vista anteriormente.
- **Zafadura para agarres por las manos o muñecas:** el socorrista realizará una pronación y/o supinación de sus antebrazos, para poder librarse de la presa y reiniciar el rescate.
- **Zafadura para agarres por el pecho:**
 - *Con los brazos del socorrista apresados:* se realizará una abducción de hombros, elevando los brazos, para intentar abrir el espacio suficiente de manera que el socorrista pueda sumergirse y escapar de la presa.
 - *Con los brazos del socorrista libres:* se colocará una mano en el mentón del accidentado para realizarle una hiperextensión de cuello que incomode a la víctima, y en consecuencia disminuya la fuerza con la que hace la presa, y el socorrista pueda zafarse.

5.2 Inconsciente

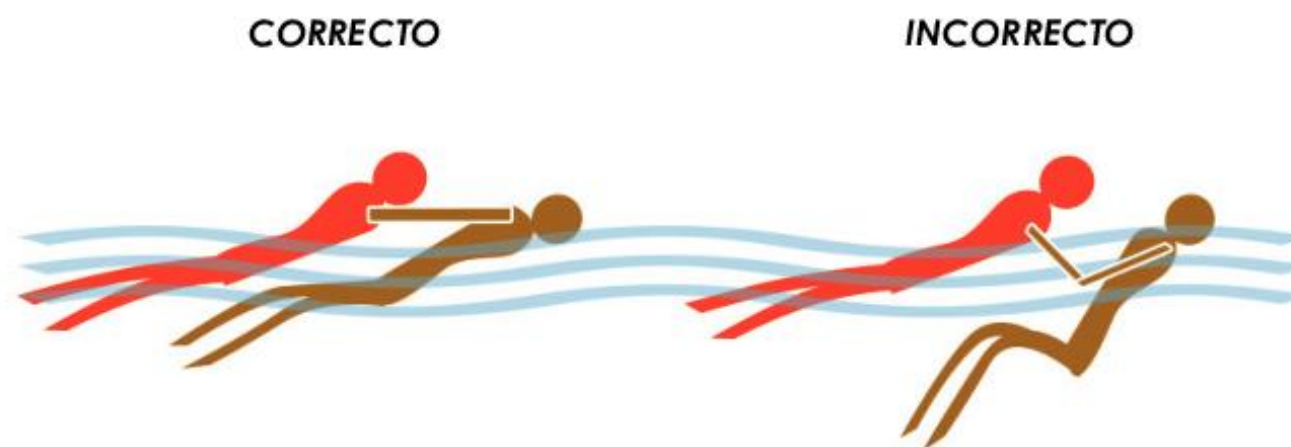
Las víctimas inconscientes se van a encontrar en flotación de medusa. El primer paso que debe realizar el socorrista es girarlas a través de su eje longitudinal para colocarla con las vías aéreas fuera del agua. En el caso de víctimas inconscientes sin lesión medular dicho giro se realizará de forma rápida sin importar los movimientos de su cuello. Todos los tipos de remolque para este tipo de víctimas deben garantizar, además de los principios detallados en el tema anterior, la apertura de la vía aérea. Para ello, deben realizarse con una hiperextensión del cuello del accidentado.

6. TÉCNICAS DE TRASLADO DE ACCIDENTADOS

En este apartado veremos todas las técnicas de remolque. Recordemos que siempre que sea posible utilizaremos un material que sirva de barrera entre la víctima y el socorrista.

Se utilizará preferentemente la patada de braza dorsal, la patada alternativa de braza o de Over. El desplazamiento se produce por dos principios físicos: el Principio de Acción/Reacción y el Principio de Bernoulli. Las características que debe reunir todo remolque son:

- Caderas lo más cercanas a la superficie posible: para reducir la resistencia “de forma”, que se produce al chocar la espalda del socorrista contra el agua.
- Brazos lo más estirados posibles: para alejar a la víctima de nosotros y aprovechar su flotación.



Posición de remolque

Toda técnica de remolque debe mantener los siguientes principios:

- Garantizar la seguridad del accidentado.
- Adaptar la técnica al socorrista.
- Utilizar en la medida de lo posible material de salvamento.
- Realizar el remolque lo más rápido posible.
- Hay tener en cuenta la distancia que debe ser recorrida.

6.1 Sin material

A. Víctimas conscientes

Para el remolque de una víctima consciente sin material, el socorrista siempre se debe colocar a la espalda de ésta para hacer la parada de control y la toma de contacto para evitar que el accidentado pueda realizarle una presa. En caso de realizar el nado de aproximación de frente, se rodeará manteniendo una distancia prudencial para poder colocarse detrás de la persona que sufre el ahogamiento. La víctima consciente normalmente va a realizar, debido a sus movimientos descoordinados, movimientos ascendentes y descendentes. El momento de la toma de contacto deberá ser cuando el accidentado esté subiendo o en su punto más alto.

a. Axilas

El socorrista agarra a la víctima de las axilas y la remolca mediante patada de braza o alternativa manteniendo los brazos extendidos. Es el remolque con la técnica más sencilla y permite un buen control del accidentado.



Axilas

b. Brazo a la espalda o brazo rodado

Esta técnica normalmente se utiliza después de una zafadura. Se coloca el brazo del accidentado a la espalda y el socorrista agarra de su antebrazo y remolca ayudándose de la mano libre para impulsarse. Se trata de una técnica que permite un gran control de víctimas muy nerviosas.



Brazo rodado

c. Nadador cansado

Se utiliza para víctimas que están muy tranquilas, por ejemplo, una persona con distrés acuático que ha sufrido un calambre. El socorrista se acerca a él y le pide que se apoye en sus hombros para ayudarle a llegar al bordillo. Esta técnica permite el contacto visual con la víctima durante el remolque.



Nadador cansado

d. Nuca

El socorrista agarra la nuca de la víctima con una mano a modo de bandeja, de modo que el hueco entre el dedo pulgar e índice quede colocado en la parte baja del cuello del accidentado. Permite que el socorrista se ayude con la mano libre.



Nuca

e. Nuca dos nadadores

Similar al anterior pero el socorrista remolca a dos víctimas de forma simultánea.



Nuca dos nadadores

f. Brazos apresados

El socorrista agarra los dos brazos de la víctima por la espalda de ésta. Permite la ayuda en la propulsión con el brazo libre.



Brazos apresados



B. Víctimas inconscientes

a. Nuca-Frente

Una mano del socorrista se coloca igual que en el sistema de nuca, y con la otra mano colocada en la frente de la víctima se realiza la hiperextensión de cuello. Manteniendo esta posición se realiza el remolque con patada de braza o alternativa.



Nuca-frente

b. Sienes

Las manos del socorrista se colocan a la altura de los huesos temporales del cráneo y a partir de esta superficie ósea se realiza la hiperextensión de cuello del accidentado para el remolque.



*Siene*s

c. Maxilares

El socorrista coloca el dedo anular o el dedo corazón de cada mano a lo largo del borde del maxilar inferior de la víctima y realiza la hiperextensión de cuello a partir de esta superficie. El resto de dedos se apoya en la cara de la víctima, pero manteniendo el punto de tracción en los dedos indicados.



Maxilares

d. Brazo cruzado al pecho

Se utiliza para sacar a una víctima que se encuentra en fondo o medio-fondo. El socorrista, después de realizar un golpe de riñón pasa un brazo por debajo de la axila de la víctima y lo cruza por delante de su pecho. Este agarre permite subir a la víctima a la superficie. Una vez allí se cambiará el agarre a alguno de los descritos anteriormente.



Brazo cruzado al pecho

6.2 Con material

Cada material requiere una técnica específica. Estas técnicas vienen descritas en el apartado de materiales.

7. TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN DEL ACCIDENTADO

Una vez que se remolca la víctima hasta el bordillo se debe proceder a su extracción, la cual se realizará en función del tipo de víctima.

7.1 Sin material

A. Víctima consciente

Se la acercará al bordillo o a la escalera y una vez que se tranquilice se la ayudará a salir por sus propios medios. Si no fuera posible se la tratará como una víctima inconsciente.

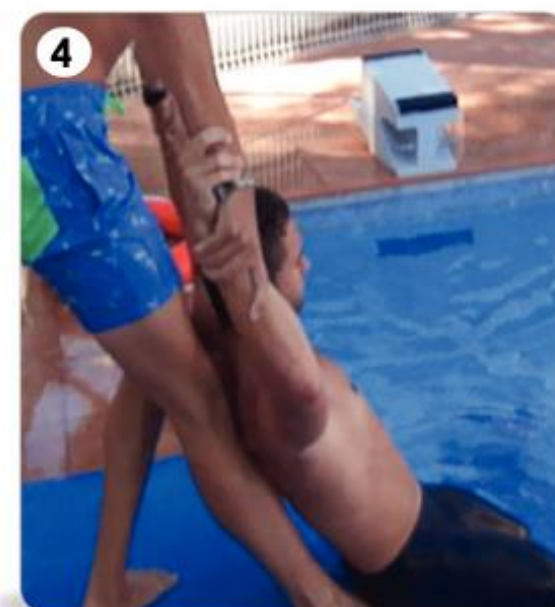
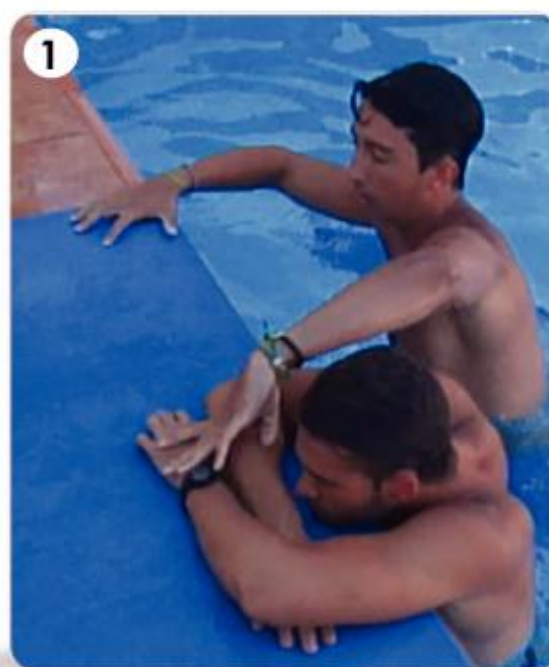
TOME NOTA

Las técnicas de remolque sin material se utilizarán como último recurso, siempre se debe usar material.

B. Víctima inconsciente

Se utilizaría el sistema denominado A.R.M. El socorrista cambia el sistema de remolque a brazo cruzado al pecho y con esa mano agarra el bordillo para pegar el cuerpo de la víctima a la pared del vaso. Con la otra mano coloca los antebrazos de la víctima paralelos y en el bordillo, y coloca su cabeza para que no se golpee o se hunda. Sin soltarle en ningún momento (al estar inconsciente se hundiría), el socorrista sale del agua apoyando los pies, coge con ambas manos los antebrazos de la víctima realizándole un giro a través del eje longitudinal para colocarle de espaldas al bordillo. El socorrista coloca uno de sus pies en forma de garra en el bordillo (para que la víctima no se golpee con el bordillo si se resbalara) y procede a sacarle del agua sentándole en el bordillo y sujetándole la cabeza le coloca en posición tendido supino.

En el caso de víctimas con gran sobrepeso que no permita al socorrista realizar la técnica anterior, se solicitaría ayuda a un usuario/compañero y se realizaría la extracción entre los dos (uno de cada brazo). En el hipotético caso de que el socorrista estuviera solo, existe una variante que consiste en realizar la extracción de frente (en vez de espaldas del sistema A.R.M.) apoyando a la víctima por debajo de la altura del abdomen,



Extracción A.R.M.

para posteriormente arrastrarle y girarle para colocarle en posición dorsal.

7.2 Con material

La extracción con material se utiliza principalmente en el manejo de lesionados medulares. Para ello es necesario el uso de tablero espinal como medio de inmovilización de la víctima. La técnica y protocolo de actuación se verán en el siguiente apartado.

8. EL ACCIDENTADO CON LESIÓN MEDULAR O POLITRAUMATIZADO

Uno de los casos más graves con los que se puede encontrar un socorrista es una lesión medular. Realizando un símil, la médula espinal es como un cable que conduce la electricidad desde el cerebro hasta los distintos puntos del cuerpo. Dicho cable está envuelto por las vértebras. Si este cable se corta, deja de pasar la información y queda inutilizada la parte del cuerpo a la que se dirige.

En piscinas la lesión medular más habitual es debido a una fractura por estallido de las vértebras más débiles, que son las cervicales. Esto se produce por ejemplo cuando la persona se lanza de cabeza sin colocar los brazos a modo de protección y golpea contra el fondo o una pared. Debido a la inercia, las vértebras sufren una compresión que puede llegar a hacer que una de las vértebras cervicales estalle, llegando a afectar a la médula.

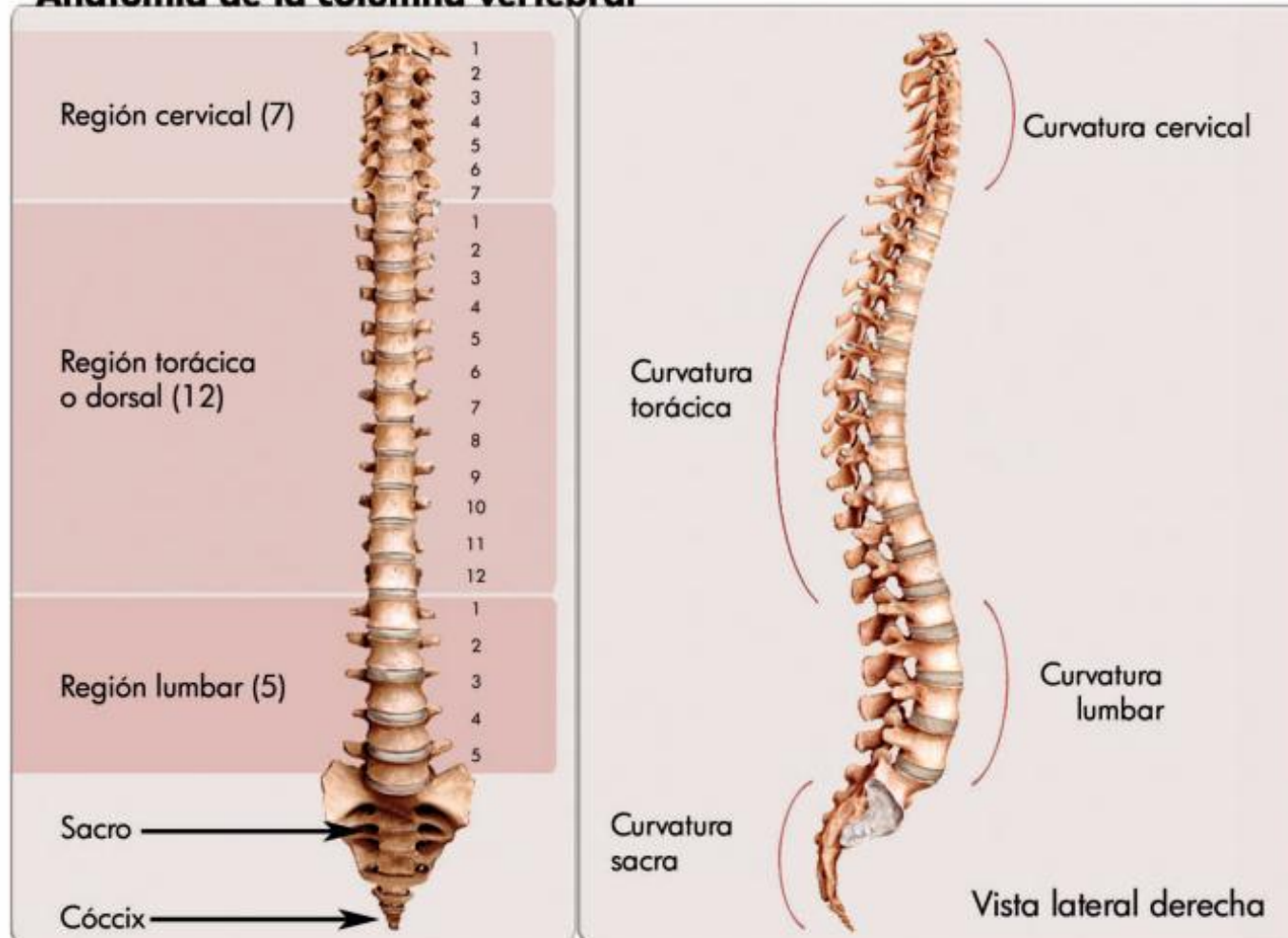
En función de a qué altura de la columna vertebral se produzca la lesión más o menos grave serán las secuelas. Cuanto más cercano al cráneo peores serán las consecuencias:

VÉRTEBRA AFECTADA	CONSECUENCIAS
C1/C2	Muerte directa
C3	Tetraplejía total con problemas respiratorios
C4	Tetraplejía total
C5/C6/C7	Tetraplejía con cierta movilidad en miembros superiores

TOME NOTA

A la hora de realizar una extracción es recomendable pedir ayuda para su levantamiento.

Anatomía de la columna vertebral



Columna vertebral

Para realizar un diagnóstico correcto se deberá realizar una radiografía para detectar la posible fractura de la vértebra. Por tanto, el socorrista debe guiarse por indicios que indiquen que pueda sufrir una lesión medular, siempre pensando en el caso más grave. Principalmente lo detectará viendo cómo ha ocurrido el accidente. No obstante, los lesionados medulares pueden cumplir alguna de las siguientes características.

Si están inconscientes estarán en flotación de medusa y si están conscientes sentirán molestias en el cuello.

- Imposibilidad de realizar algún movimiento.
- Parestesias y acorchamientos.
- Imposibilidad de realizar inspiraciones profundas.
- Volumen de voz muy bajo.
- Pueden parecer inconscientes, pero tener una audición clara.
- Cortes o raspaduras en la cabeza o en la cara.
- Dolor o cosquilleo en cuello o espalda.
- Debilidad en miembros superiores y/o inferiores.
- Vista nublada.

Cuando el socorrista detecte a una víctima con alguno de esos síntomas le tratará como un lesionado medular para evitar que se agrave la lesión con algún movimiento que seccione más la médula.



Simulacro lesionado medular

8.1 Entrada al agua, aproximación, control y extracción

Si el socorrista se encuentra con este tipo de víctimas la entrada al agua debe procurar producir el menor oleaje posible para no agravar la lesión del accidentado.

La lesión medular es el accidente más grave que nos podemos encontrar en piscinas.

A. Lesionados medulares en piscina poco profunda

Se utilizará el sistema de Pinza de Bíceps. En este caso el socorrista entrará al agua sin generar oleaje y se acercará a la víctima de la misma forma. Se colocará a su lado y agarrará sus brazos por encima del codo, realizando una pinza que fije la cabeza con los brazos del accidentado. Una vez colocado se girará a la víctima para situarla con las vías aéreas fuera del agua.

El socorrista esperará en esta posición hasta que acuda un compañero con el tablero espinal para poder realizar la extracción con seguridad.

Algunos puntos clave de la pinza de bíceps son:

- La víctima se debe mantener en todo momento a ras de la lámina de agua (no se debe elevar la cabeza de la misma).
- La pinza debe fijar fuertemente la cabeza para evitar movimientos del cuello.
- El socorrista deberá agacharse lo necesario para no elevar a la víctima.
- El socorrista empieza colocado al lado de la víctima, situado en el mismo sentido de ésta y terminará mirando a los pies del accidentado.
- Una vez realizado el giro el socorrista puede apoyar a la víctima en su cuello sin aflojar la pinza para dejar una mano libre y pedir ayuda.



Pinza de bíceps

B. Lesionados medulares en piscina profunda

Para estos casos se utilizará el sistema de Torno Canadiense. El socorrista entrará al agua sin provocar oleaje, se acercará a la víctima realizando los últimos metros a braza de rescate. Se situará en un lateral del accidentado y colocará un brazo paralelo al esternón, agarrando el maxilar inferior de la víctima y con el otro brazo paralelo a la columna vertebral, sujetando la coronilla.

Se realizará una pinza con ambos brazos, fijando firmemente el cuello de la víctima, y a continuación el socorrista se sumergirá por debajo del accidentado, saliendo por el lado contrario. De este modo la víctima girará y se colocará con las vías aéreas fuera del agua.

Para la extracción se utilizará el tablero espinal. Para facilitar su colocación es recomendable remolcar a la víctima hasta una zona en la que el socorrista haga pie, aunque no es imprescindible. Dicho remolque se realizará con patada alternativa y sin dejar de fijar el cuello para que no se produzcan movimientos que agraven una posible lesión medular.

Algunos puntos clave del torno canadiense son:

- La víctima se debe mantener en todo momento a ras de la lámina de agua (no se debe elevar la cabeza de la misma).
- La pinza realizada con los brazos del socorrista debe fijar fuertemente la cabeza para evitar movimientos del cuello.
- El socorrista deberá sumergirse lo necesario para no elevar la cabeza de la víctima.
- En el caso de remolcar se deberá realizar intentando minimizar los movimientos.



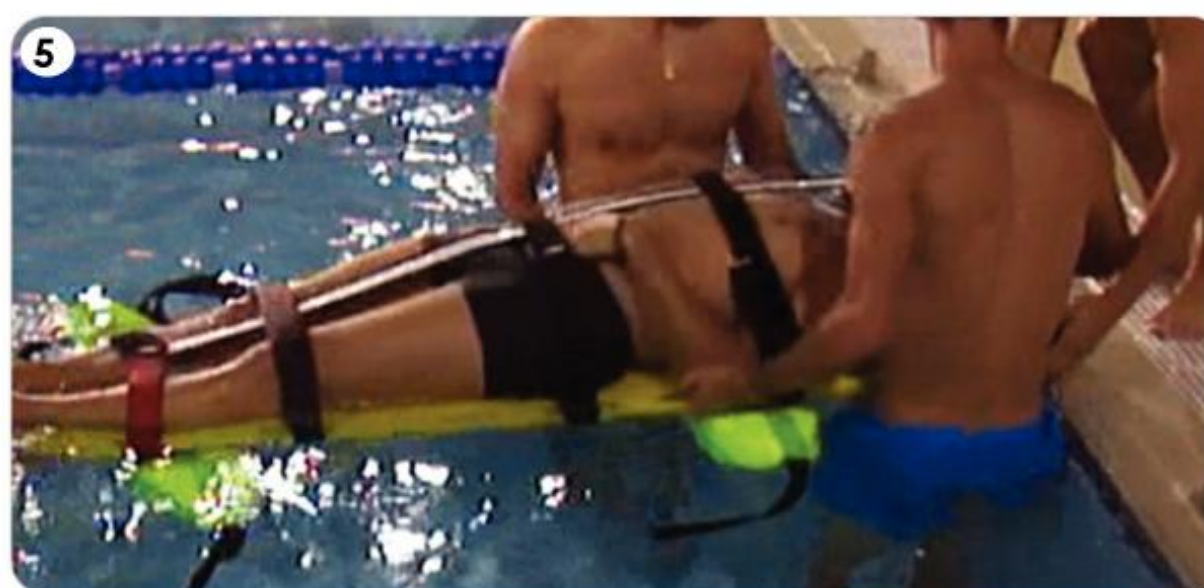
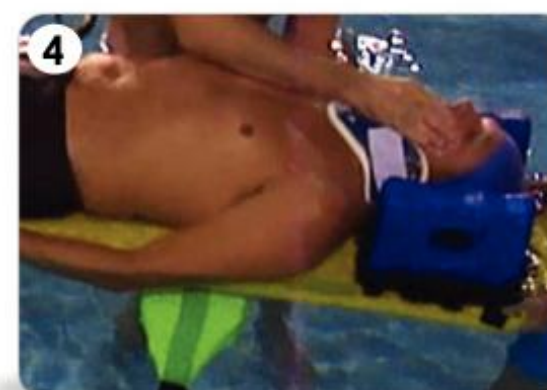
Torno canadiense

C. Extracción de un lesionado medular

Una vez realizada la pinza de bíceps o el torno canadiense se procederá a la extracción mediante el tablero espinal. Para ello es necesaria la actuación de al menos dos socorristas, uno que se mantenga con la fijación del cuello y otro que pueda ir colocando los distintos materiales. A continuación, vamos a describir los pasos para realizar una inmovilización y extracción seguras.

Para ayudar a la explicación vamos a denominar socorrista 1 (S1) a la persona que ha realizado la pinza de bíceps o el torno y socorrista 2 (S2) al compañero:

- S2 acude al lugar donde se encuentra S1 con el accidentado con el tablero espinal, las cinchas, el inmovilizador de cabeza y un collarín. Colocará con cuidado el collarín. Para ello S1 irá dejando hueco en su pinza para que pueda introducirlo sin que se le mueva el cuello. Aún con collarín S1 seguirá sujetando con la pinza correspondiente.
- S2 coge el tablero espinal y lo coloca horizontal, perpendicular a la lámina de agua al lado de la víctima, haciendo coincidir la cabeza del accidentado con la zona del tablero que le corresponde.
- A continuación, se sumerge el tablero, sujetando de las asas laterales con los brazos un poco más abiertos que la anchura de los hombros, manteniendo la perpendicularidad. En el momento que alcance profundidad suficiente se girará para que con la propia flotación del tablero ascienda de forma controlada



Extracción de un lesionado medular

hasta quedar la víctima sobre él. A continuación, se podrán colocar dos brazos de rescate bajo el tablero para dar una mayor flotación y estabilidad.

- S2 colocará el inmovilizador de cabeza e irá fijando a la víctima al tablero con las cinchas. Se dejará un brazo por dentro de las cinchas y otro por fuera, para no tener que deshacer las fijaciones si hubiera que coger una vía posteriormente. No obstante, la mano de ese brazo se introducirá por la cincha de la altura de la cadera para que no quede colgando.
- Una vez que ha quedado la víctima totalmente fijada al tablero, S2 saldrá del vaso y agarrará de las asas del tablero de la parte más cercana a la cabeza de la víctima. S1 se colocará a los pies de la víctima, y entre los dos arrastrando extraerán el tablero con el accidentado.



Para evitar los casos de lesionados medulares es esencial la prevención para limitar las imprudencias.

9. LA EVACUACIÓN DEL ACCIDENTADO

Una vez hemos extraído al accidentado, en caso de accidente grave será trasladado a un centro hospitalario para aplicarle un tratamiento adecuado.

Una víctima politraumatizada es una persona que sufre múltiples lesiones que pueden conllevar fracturas visibles u otras que no veamos a simple vista. Por ello, el manejo de estas víctimas debe ser muy cuidadoso intentando movilizarla lo menos posible y fijando nuestra atención principalmente en la zona del cuello.

Dentro de los primeros auxilios que puede realizar un socorrista, se recomienda que, si no es totalmente imprescindible, no se debe mover a este tipo de víctimas. Por tanto, las técnicas que vamos a ver a conti-

nuación se utilizarán solo en caso de necesidad de evacuación o como colaboración con los servicios de emergencia.

El primer paso sería alinear al accidentado segmento corporal por segmento corporal hasta colocarle con los brazos extendidos y pegados al cuerpo, y las piernas extendidas y juntas.

En el caso de que la víctima se encuentre en tendido prono se utilizará el sistema de rodadura. Se deberá girar a la víctima hacia el lado contrario al que se encuentre mirando. Se colocarán los brazos del accidentado de forma similar a la pinza de bíceps, y entre cuatro personas se girará. Uno fijará la cabeza y dará las órdenes a los otros tres, que se colocarán a un lado de la víctima y la girarán en bloque. Una vez girado se alineará y se tratará como si hubiera estado en tendido supino desde el principio.

9.1 Sistema de puente

Para realizar esta técnica se necesitarán al menos cinco personas, cuatro para levantar a la víctima y una para colocar el tablero.

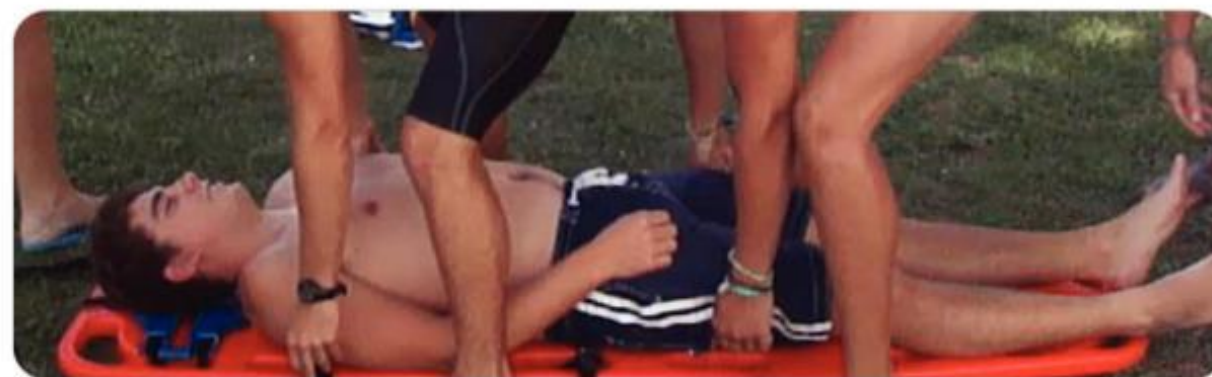
Un socorrista (el que coordinará toda la operación) se colocará en la cabeza de cuclillas, e introducirá las manos por debajo del cuello de la víctima. Los pulgares se colocarán en los maxilares inferiores para realizar una pequeña tracción, y poder posteriormente elevar a la víctima.

Tres socorristas se colocarán de pie a horcajadas de la víctima, mirando hacia el primer socorrista. Uno se colocará a la altura del tronco, otro a la altura de la cadera y el último a la altura de las rodillas del accidentado.

Cuando el socorrista dé la señal, el resto seguirán los siguientes pasos:

- **Chequeo:** los socorristas colocarán los brazos por encima del cuerpo de la víctima para indicar al socorrista 1 de dónde van a agarrar. Los brazos se colocarán paralelos procurando repartir el peso entre todos los integrantes. El socorrista de la cabeza realizará las indicaciones necesarias para ello.
- **Agarre:** a la señal, los socorristas introducirán los brazos por debajo de la víctima a la altura que habían acordado.
- **Elevación:** a la señal los cuatro socorristas elevarán a la víctima totalmente en bloque.
- **Introducción del tablero:** una vez que la víctima es levantada, el quinto socorrista meterá el tablero espinal entre las piernas de sus compañeros, con las cinchas abrochadas (para evitar enganchones o que la cincha se salga). Una vez colocado el tablero a la altura de la víctima, desabrochará las cinchas colocándolas a los lados y se lo indicará al socorrista de la cabeza.
- **Descenso de la víctima:** el socorrista de la cabeza da la señal y se baja a la víctima para colocarla sobre el tablero. Durante este descenso el quinto socorrista realizará pequeños ajustes del tablero para que la víctima se coloque en el punto exacto del tablero.
- **Fijación de la víctima:** se colocará el inmovilizador de cabeza y el resto de cinchas de la misma forma que se realiza en el agua.

- **Traslado:** se colocarán cuatro socorristas, uno en cada esquina del tablero, mirando hacia la parte delantera. Cogerán el mismo con una mano y a la señal levantarán y darán los pasos necesarios de forma sincronizada para su evacuación.

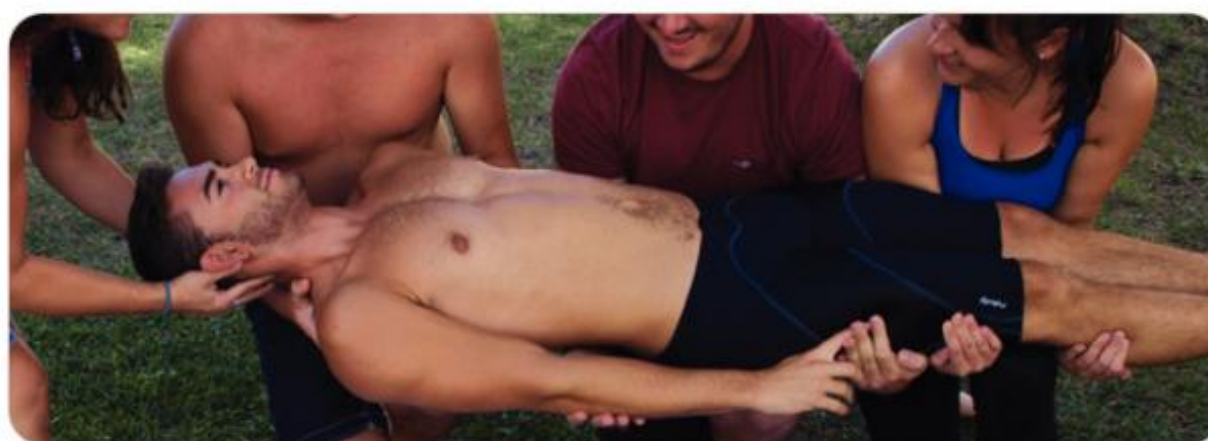


Sistema de puente

9.2 Sistema de cuchara

Este sistema se ideó en las minas de carbón, puesto que un desprendimiento no permitía situarse a ambos lados del accidentado. Los pasos son los siguientes:

- **Colocación:** se coloca un socorrista en la zona de la cabeza y realiza el agarre de forma similar al sistema de puente, y tres socorristas a un lado con una de las rodillas apoyada en el suelo y la otra en ángulo recto (los tres la misma rodilla).
- **Chequeo:** los tres socorristas indican sobre el cuerpo del accidentado los puntos de agarre, y el socorrista de la cabeza realiza las indicaciones necesarias para repartir el peso.
- **Agarre:** a la señal los tres socorristas introducen los brazos por debajo de la víctima hasta la altura del codo.
- **Elevación:** se realiza en tres pasos:
 - A la señal se sube a la víctima encima del muslo de la pierna que tienen flexionada los tres socorristas.
 - A la señal realizan una flexión de codos pegando el tronco de la víctima al tronco de los socorristas. A su vez el socorrista de la cabeza deberá girar para que en todo momento la cabeza siga alineada con el cuerpo.
 - A la señal los cuatro socorristas se ponen de pie sin deshacer la flexión de codos.
- **Separación:** a la señal los socorristas darán los pasos necesarios hacia atrás para dejar hueco para introducir el tablero. Estos pasos deberán ser sincronizados para evitar oscilaciones. Una vez que exista hueco suficiente un quinto socorrista introduce el tablero.
- **Descenso de la Víctima:** a la señal los socorristas deben deshacer paso por paso los movimientos de elevación para colocar a la víctima sobre el tablero espinal.
- **Fijación:** se realiza de la misma forma que en el sistema de puente.
- **Traslado:** la evacuación se realiza de la misma forma que en el sistema de puente.





Sistema de cuchara

TOME NOTA

En el manejo de politraumatizados se debe mantener la alineación de la columna en todo momento.

9.3 Coordinación con otros recursos

Una vez la víctima se encuentre fuera del agua aplicaremos los primeros auxilios correspondientes hasta que lleguen los servicios de emergencia. El socorrista deberá informar de cómo ha ocurrido el accidente y de todos los primeros auxilios realizados hasta el momento. A partir de este momento se deberá poner a disposición de los servicios médicos para ayudarles en lo que necesiten hasta el traslado del accidentado.

Actividad 1

¿Se podría utilizar la entrada de cabeza con una víctima que se encuentra sumergida con el fin de ganar tiempo? Justifica la respuesta.

Actividad 2

¿En qué casos crees que es más adecuado el uso de la braza de rescate y sustitución del crol de rescate, siendo este último una técnica más rápida? Justifica la respuesta.

10. TÉCNICAS DE REANIMACIÓN EN EL AGUA

En el caso de parada cardiaca se deberá realizar la maniobra de R.C.P. Al no poder realizar compresiones en el agua, el socorrista podrá realizar las insuflaciones correspondientes durante el remolque del accidentado, siempre y cuando esto no merme la rapidez del rescate.

LO QUE HEMOS APRENDIDO

- Utilizar los materiales de salvamento en función de los diferentes tipos de víctima.
- Adaptar los estilos de natación al salvamento acuático, garantizando la seguridad del accidentado.
- Actuar ante un lesionado medular, manteniendo como prioridad fundamental la alineación de la columna vertebral, para evitar un agravamiento de las lesiones.

Estrategias de conducta, aspectos psicológicos en la fase crítica del rescate

1. CONDUCTA DE LA PERSONA QUE CREE AHOGARSE

Ante un acontecimiento traumático y estresante y que suelen ocurrir de forma inesperada, como puede ser un posible ahogamiento; las personas reaccionan con:

- Temor.
- Miedo.
- Malestar psicológico intenso.
- Ansiedad.

- **Conducta de la persona que cree ahogarse**
- **Actitudes y respuesta del socorrista**
- **Manejo de la situación**
- **Técnicas de control de la ansiedad para el propio socorrista**

OBJETIVOS:

- Aplicar técnicas de autocontrol ante situaciones de emergencia
- Describir las técnicas de autocontrol en la resolución de situaciones de emergencia
- Ante un supuesto donde se determinen las condiciones de la intervención: características del accidentado, lugar de la intervención y distancia hasta el accidentado, describir las técnicas de control de la ansiedad que puede utilizar el socorrista durante las maniobras de rescate acuático y elaborar una propuesta concreta de las mismas para utilizar durante la supuesta intervención
- En un supuesto práctico donde sea preciso trasladar a un accidentado, aplicar técnicas de control cognitivo, físico o conductual para el control de la ansiedad durante el traslado

TOME NOTA

El objetivo último del Counselling es mejorar la salud del paciente-usuario-cliente.

La causa es porque se ven envueltos en situaciones que representan un peligro real para su vida o la de los demás.

1.1 El Counseling o consejo asistido

Es difícil encontrar en castellano una palabra que pueda traducir el significado de Counselling y que englobe todos aquellos elementos y matices que le son propios. Las traducciones más frecuentemente utilizadas son “consejo asistido” y/o “relación de ayuda” y/o asesoramiento. En definitiva, se está intentando definir un concepto cuyos elementos constitutivos se presentan a continuación. El objetivo último del Counselling es mejorar la salud del paciente-usuario-cliente.

El logro de los objetivos propuestos pasa por la adquisición y/o mejora de una serie de conocimientos, actitudes y habilidades para la relación “profesional-usuario”, en especial en aquellas situaciones donde puedan producirse alteraciones emocionales en alguno de los protagonistas implicados y/o cuando se desea promover cambios en las conductas de los pacientes/usuarios/clientes.

1.2 Reacciones colectivas ante una situación de riesgo

En muchas catástrofes y situaciones de riesgo se observan conductas colectivas adecuadas (como, por ejemplo: el orden en la evacuación de una población en riesgo), lo cual va a permitir luchar contra la propagación del peligro, o de los rumores, y la organización racional de los recursos.

Sin embargo, en otras circunstancias se observan conductas inadecuadas como es el considerar que la situación es irreal o el éxodo desorganizado de un grupo o una comunidad.

Estas conductas no constituyen una respuesta adecuada y, como consecuencia, aumentan la desorganización social del grupo.

A. Reacción Conmoción- Inhibición- Estupor

El comportamiento colectivo, inmediato, más frecuente ante una catástrofe es la reacción de Conmoción - Inhibición - Estupor, en el curso de la cual se ve a los afectados, alterados por el choque emocional, sin iniciativas y cuya única movilidad es un lento

éxodo centrífugo que los alejan de los lugares de la catástrofe para ganar espacios amplios hacia la periferia o lugares alejados de la catástrofe. Estas reacciones duran, la mayor parte de las veces, unas horas según *Crocq, Doutheau y Sailhan (1987)*.

B. Miedo Colectivo

El sentir intensamente miedo es una reacción frecuente en situaciones de catástrofe o de amenaza, pero no es una condición suficiente para que aparezcan conductas de pánico.

Las investigaciones llevadas a cabo sobre personas aterrorizadas por desastres sugieren que el pánico es de corta duración y que, aún las personas que sienten miedo intenso y están más alteradas, pueden ser rápidamente inducidas a seguir las reglas de las autoridades y los líderes locales (*Turner y Killian, 1972*).

El valor adaptativo del miedo ha sido reconocido en diferentes contextos de manejo de situaciones amenazantes.

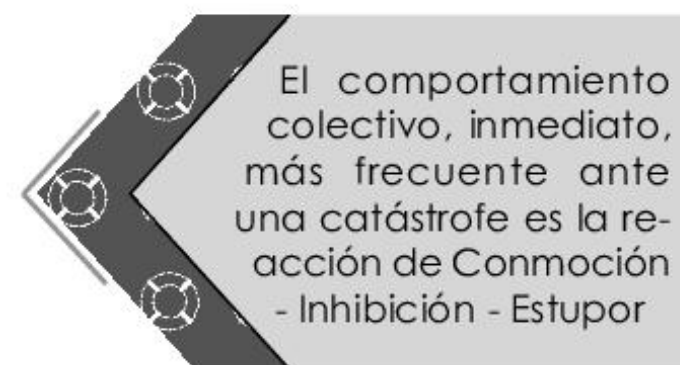
C. Reacción de Pánico

El pánico es una reacción colectiva muy temida, a pesar de no ser la más frecuente, que se puede definir como el miedo colectivo intenso, sentido por todos los individuos de una población y que se traduce por las reacciones primitivas de “fuga loca”, de fuga sin objetivo- desordenada, de violencia o de suicidio colectivo (*Crocq et al., 1987*). El pánico se define a partir de los siguientes elementos:

- a) Componente subjetivo, un intenso miedo.
- b) Contagio emocional, es un miedo compartido.
- c) Componente conductual, asociado a huidas masivas.
- d) Efectos negativos para la persona y la colectividad, se trata de reacciones no adaptativas, egoístas o individualistas (“sálvese quien pueda”), que producen más víctimas que la catástrofe misma que lo provoca (*Schultz, 1964; Quarantelli, 1976*).

Smelser (1962) argumentó que el comportamiento colectivo que desemboca en conductas de pánico se desarrolla a través de una cadena de pasos acumulativos y necesarios:

- a) En primer lugar aparece una sensación de estar atrapado.



TOME NOTA

El pánico depende del grado de coordinación percibido, del nivel de información, de la experiencia previa y del grado de tranquilidad con que se afronta el hecho; en un primer momento, después de un gran desastre, la gente herida y confusa intenta escapar del área de peligro, entonces el mayor problema es establecer de antemano un número alternativo de rutas de escape que sean posibles, tener en cuenta las diversas maneras que hay de abandonar esa situación y planificar adecuadamente los modos de actuación, transmitiendo tranquilidad y seguridad.

- b) Además se da un malestar general provocado por esa sensación y se produce la imposibilidad de escapar de la situación por las diferentes rutas.
- c) El tercer paso que desencadena el pánico es la dificultad de comunicarse para solicitar ayuda.
- d) En cuarto lugar, según Smelser, estaría la percepción de peligro para la vida. El pánico aparece cuando existen trabas para movilizarse hacia la huida, y cuando se percibe que no existe una coordinación, información y actuación eficaces.

D. Éxodo y huida colectiva

Los éxodos constituyen la variante menos extrema de las conductas colectivas. Los éxodos de la población del norte y este de Francia por el avance alemán (1914, 1940), el éxodo de la población alemana huyendo del ataque soviético en 1945 y los éxodos de los habitantes de Somalia y Ruanda en la década de los 90 a causa de la guerra, son acontecimientos que reflejan esta conducta.

Las condiciones de precariedad o amenaza asociadas al éxodo suponen, frecuentemente, nuevos peligros para la vida.

1.3 Reacciones psicopatológicas de las personas afectadas por una situación de emergencia o crítica

Las reacciones psicopatológicas de los afectados por una situación crítica son las siguientes:

- Numerosas manifestaciones de consternación (llanto, silencio cargado de tristeza, abatimiento...)
- Ferviente deseo de ver o identificar el cadáver de su ser querido.
- Aparición de distintos mecanismos de afrontar de forma inmediata la pérdida: negación (negar los hechos), aislamiento (no querer estar con nadie para no compartir o contagiar el dolor), regresión (manifestar a través de verbalizaciones y posturas corporales cierto retroceso a etapas evolutivas anteriores).
- Rápida aparición de síntomas fóbicos en distintas manifestaciones: agorafobia, fobia a la oscuridad, aunque es más probable que aparezcan en personalidades premórbidas o en situaciones de especial sensibilidad (embarazo, lactancia, postoperatorio...)

- En algunos casos, los miembros familiares se arrojan entre sí, pero no siempre, dado que las situaciones límite pueden favorecer la reaparición de conflictos familiares antiguos o permanentes, incluso aquellos que no se manifiestan habitualmente pero que existen de forma latente.
- Aparece la necesidad de buscar una causalidad a la muerte del ser querido, casi siempre revestido de agresividad en forma de culpa, bien hacia otros, bien hacia uno mismo.
- En caso de haber salvado la vida habiendo tenido probabilidades de sufrir el desastre o el accidente, pueden aparecer sentimientos contradictorios de alegría ("he vuelto a nacer"), de pesadumbre y culpa ("¿por qué ella y no yo?"), de asombro o incredulidad ("no me puedo creer que me haya salvado").

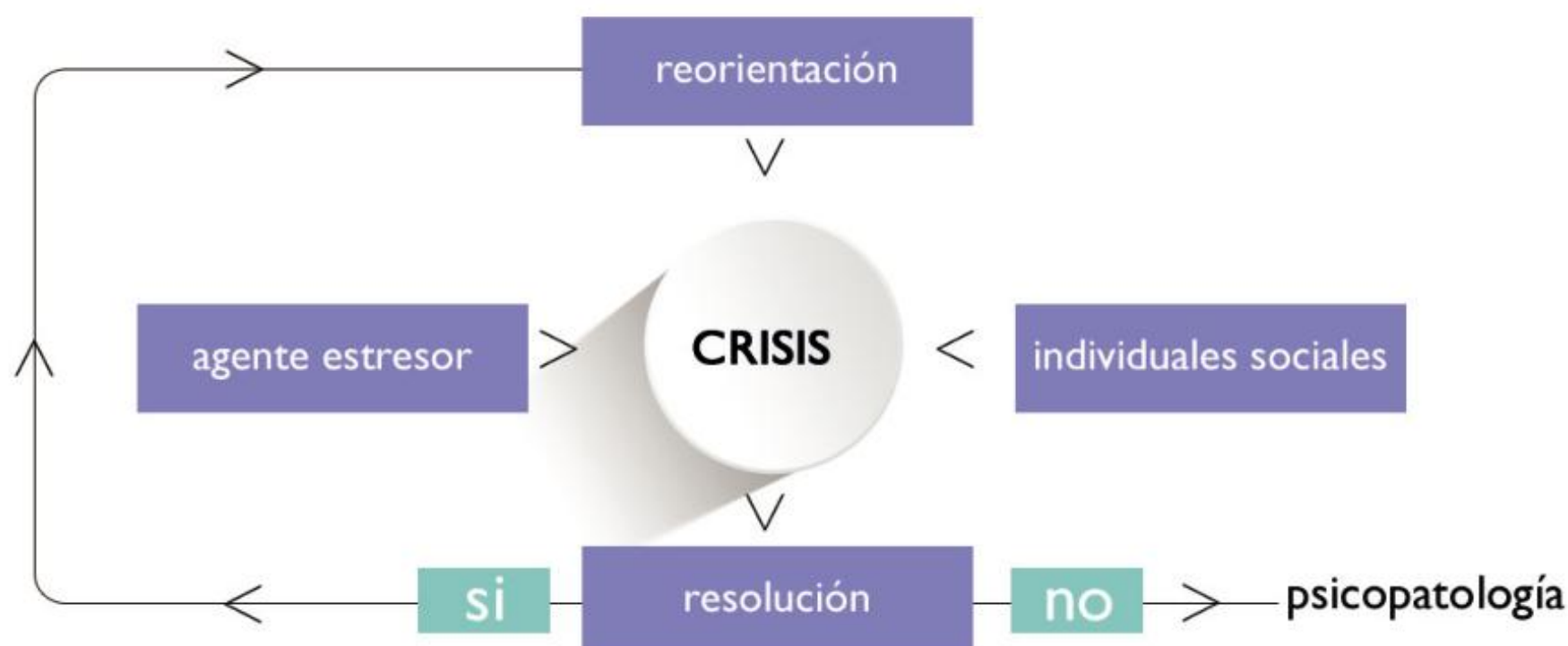
En ocasiones después de una situación crítica, suele ser corriente la existencia de reacciones psicopatológicas tales como una:

- **Reacción emocional desajustada** (no ajustada a la realidad de la propia catástrofe).
- **Reacción neuropatológica duradera** (más larga de lo habitual).
- **Reacción psíquica grave.**

Estudios poblacionales reflejan que a medio y largo plazo se pueden desarrollar trastornos psicológicos, siendo los más frecuentes el **Trastorno de Estrés Postraumático** y **Trastorno por Ansiedad Generalizada**, aunque también aparece **Depresión Mayor**, y algunos tipos de **fobias**.

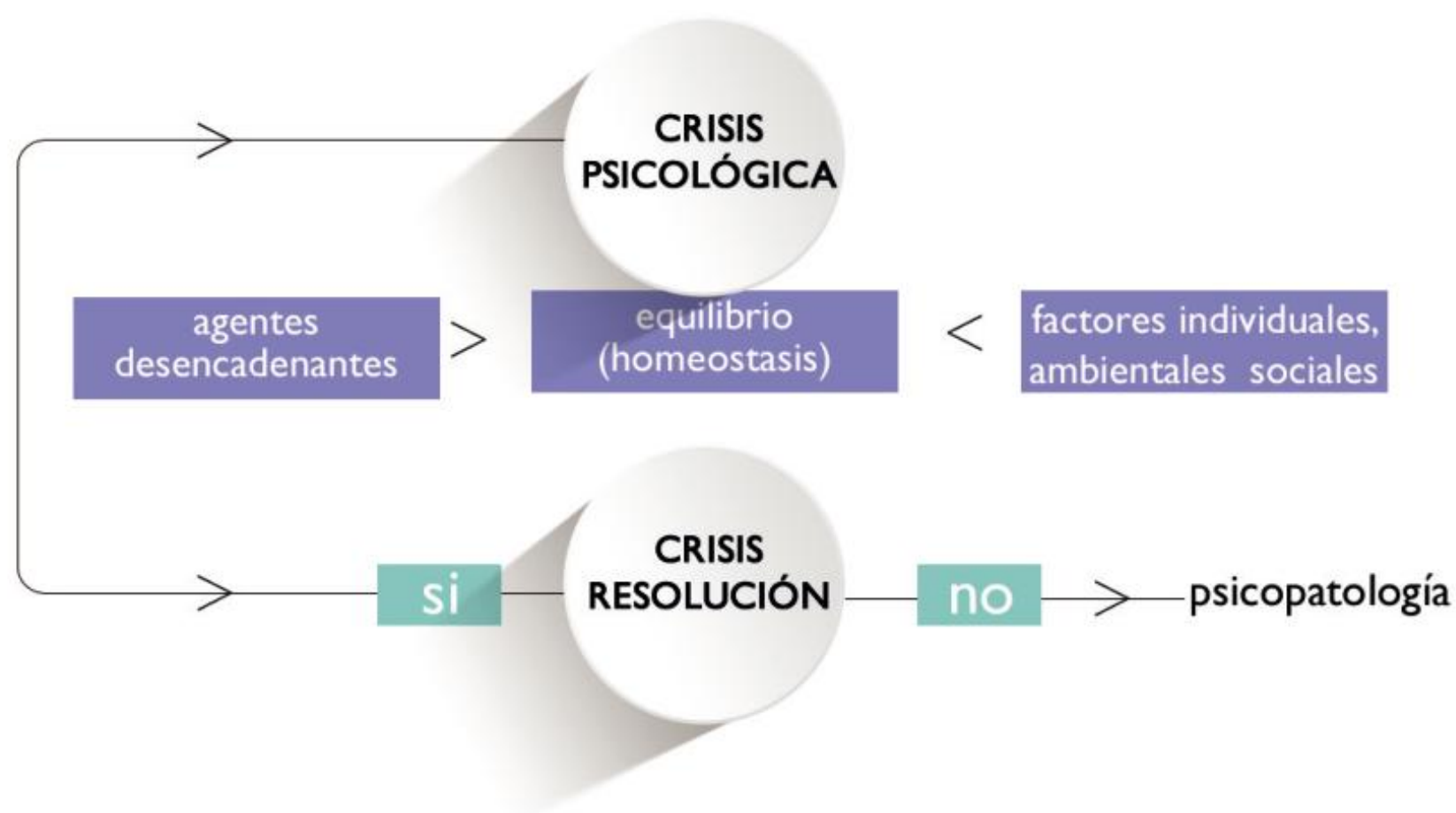
1.4 Reacciones psicológicas y del comportamiento según el periodo de la situación crítica

En estas reacciones psicológicas, no solo influye la magnitud del propio acontecimiento traumático en sí, sino que dichas reacciones, van a estar moduladas, por factores individuales, estrategias de afrontamiento del individuo, evaluación subjetiva de la situación, etc.) y sociales, (Apoyo social, Aprendizaje preventivo de normas de autoprotección en su comunidad, etc.).



Estas reacciones psicológicas suelen mantenerse en los días/semanas siguientes al acontecimiento traumático y suelen ir evolucionando en varias fases:

- **Periodo Pre-crítico:** Abarca desde que comienzan los indicios de la catástrofe hasta que se produce realmente. Se suelen dar dos actitudes:
 - **Rechazo de la idea de peligro.** Se produce una negación debido a que la idea de peligro supone tal ansiedad que únicamente se puede soportar negando la situación.
 - **Temor exagerado ante el peligro.** Se produce una elevada ansiedad y un sentimiento de fatalidad.
- **Periodo de Crisis:** En este periodo se va a producir una *pérdida del nivel normal de conciencia*, que se observa inmediatamente después del siniestro. Todo se ve confuso y oscuro y la única idea es escapar de la situación. Este momento se divide en tres fases:
 - **De choque.** En esta fase una minoría conserva la sangre fría (no más del 15%); un 75% no saben reaccionar y se muestran aturridos e indefensos y una minoría muestra reacciones de inadaptación como histeria y pánico.
 - **De retroceso.** Cuando se ha superado el peligro más inminente, se intenta comprender lo sucedido y al recapacitar, hay personas que pierden la serenidad.
 - **De interacción de conductas.** Se comienza a reaccionar y a intentar trabajar en conjunto para controlar la situación.



Se caracteriza por:

- **Reacciones emocionales** de tristeza, rabia, llanto, incredulidad y negación (no pueden creer que haya sucedido ese accidente o catástrofe.).

- **Reacciones cognitivas** caracterizadas por una limitada capacidad de pensamiento y acción. Se produce embotamiento emocional y un deterioro en la capacidad de concentración y memoria, afectando a la capacidad de toma de decisiones, y a la realización de determinadas gestiones legales, necesarias tras una catástrofe.
- **Alto nivel de ansiedad**, caracterizado por reacciones fisiológicas como aumento del ritmo cardiaco, aumento del ritmo respiratorio (pudiendo dar lugar a mareos), dilatación de pupilas, dilatación de capilares de manos y piernas, sudoración de manos, inhibición salivar, micción frecuente, opresión torácica, etc.
- **Reacciones motoras extremas de hiperactividad o hipoactividad:**
 - La hipoactividad se produce cuando las personas reaccionan quedándose inmóviles, estáticas, como petrificadas (p.ej. permanecen sentadas en una silla con la mirada pérdida, carentes de energía, apenas hablan, etc.)
 - La hiperactividad se caracteriza porque las personas se manifiestan en movimiento continuo, desplazándose de un lugar a otro, sin parar de hablar, con tics (como movimiento continuo de una pierna, etc.)
- **Periodo de Reacción:** Se caracteriza por:
 - **Reacciones emocionales fuertes** (odio, culpabilidad):
 - **Culpa y Autoreproche:** la culpa y el autoreproche son experiencias comunes entre los supervivientes. La mayoría de las veces, la culpa es irracional y se mitigará con la confrontación con la realidad. (P.ej. ante un terremoto en Turquía una madre comentaba “no debía haber dejado a mi hijo ir al colegio ese día “ “he tenido yo la culpa por enviarlo allí”).
 - **Reacciones de evitación**, con relación a todos los aspectos relacionados con la catástrofe. (P.ej. evitan hablar de lo sucedido, pasar por el lugar del accidente, estar con personas que estuvieron en la catástrofe).
 - **Reacciones fisiológicas** resultado de una ansiedad mantenida una serie de días, donde aparecen, además de los síntomas de ansiedad de la fase de shock, cefaleas, alteraciones del sueño (insomnio) y de la alimentación (vómitos, diarreas, pérdida del apetito, etc.).

Además, las catástrofes o emergencias suelen afectar al sistema de creencias y valores produciendo una visión negativa del mundo, de sí mismo y de los demás.

Respecto a la idea de sí mismo, aparece pérdida de confianza en sí mismo, baja autoestima, baja percepción de la eficacia de uno mismo, la persona pasa a pensar que los hechos ocurren por azar y no por la influencia de las actuaciones de uno mismo, se altera la idea de que la vida está llena de sentido y la presunción de que es una persona importante.

En cuanto a los demás, se altera la idea de que la gente es de confianza y que vale la pena relacionarse con ella.

Se debe ayudar a las personas a comprender su experiencia, ofrecer un acompañamiento que les permita restaurar su sentido de control sobre el medio “*nadie podía prever lo que pasó*” “*la mayoría de*

la gente hubiera hecho lo mismo que usted..." de forma que no se sienta victimizada por un mundo que sea meramente azar o amenazante.

En la mayoría de los individuos estas reacciones se van resolviendo paulatinamente, dando lugar a una retroalimentación o a un equilibrio, donde el individuo ha superado la situación a las pocas semanas y además puede haber adquirido nuevas estrategias de afrontamiento para hacer frente a esta situación nueva o fortalecer las estrategias que ya poseía.

En otros individuos estas reacciones persisten y se agudizan interfiriendo el funcionamiento de su vida social, laboral o familiar y generando determinados trastornos psicopatológicos (Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno por Estrés Agudo, Depresión, etc.).

- **Periodo Postcrítico:** se da cuando la catástrofe o emergencia ya ha pasado y los supervivientes intentan controlar la situación hasta que llega ayuda.

Como prevención a nivel profesional, es fundamental un adecuado conocimiento de los planes de actuación a seguir en caso de catástrofe y conocer la normativa de evacuación. En general, ante una situación de pánico lo que debemos hacer es:

- Conservar nosotros la calma.
- Procurar pensar racionalmente y actuar de la misma manera.
- No dejarnos llevar por la emoción.
- Calmar a los que se encuentran sobreexcitados.
- Movilizar rápidamente a los que se encuentran en estado de estupor.
- Observar y obedecer las instrucciones de la persona que tenga autoridad.

Las enfermedades que suelen ocurrir a más largo plazo y tras suceder la catástrofe son las siguientes:

- Estrés Postraumático.
- Trastorno por estrés agudo.
- Crisis de angustia.
- Trastornos disociativos.
- Agorafobia.
- Depresión.

2. ACTITUDES Y RESPUESTA DEL SOCORRISTA

2.1 Habilidades emocionales por parte del socorrista

El socorrista debe tener las habilidades emocionales que permita optimizar una respuesta adecuada a la víctima y provocar una actitud que ayude a manejar tanto las propias emociones como las de los pacientes y allegados, y las de otros profesionales.

El objetivo de las habilidades emocionales no es eliminar, reprimir o “tragarse” las emociones, pues este tipo de emociones pueden resultar útiles, ya que al ser desagradables empujan a buscar soluciones y a actuar sobre las situaciones a las que están asociadas. El objetivo es lograr que estas emociones no desborden al profesional (sea por su intensidad y/o duración) y pierdan entonces su funcionalidad.

Para lograrlo, se interviene sobre los tres niveles de la respuesta humana que están en el origen y mantenimiento de las emociones:

- Nivel cognitivo.
- Nivel fisiológico.
- Nivel motor.

2.2 Áreas de aplicación por parte del socorrista

El socorrista deberá colaborar en todas aquellas situaciones en que se precise facilitar la adopción y mantenimiento de conductas de salud relacionado con su área de actuación.


Las dimensiones psicológicas que debe fortalecer son:

- Prevención de problemas psicológicos, relacionales, espirituales y conductuales debilitantes.
- Promoción del crecimiento psicológico, social y espiritual desde una perspectiva contextual, ecológica, transformadora e integradora.
- Resolver y remediar los problemas de origen cognitivo, emocional, social y espiritual que puedan estar impidiendo el despliegue del potencial humano y el bienestar integral de la persona y de su comunidad.

3. MANEJO DE LA SITUACIÓN

En todo el proceso de rescate (incluso antes de que suceda), deben tenerse en cuenta los siguientes apartados:

- **Previsión:** a través de la investigación se deben conocer las variables que se tendrán en cuenta: quienes son los afectados, qué etapas de reacción psicológica existen, qué aspectos psi-



Las habilidades emocionales son necesarias antes de establecer cualquier comunicación y, también, durante y después de la misma (a fin de controlar las alteraciones emocionales que puedan ir apareciendo en el propio profesional y en el usuario y/o familiares).

cológicos se desencadenan, quien puede y debe ayudar a las víctimas, qué tipo de ayuda es necesaria y en qué momento, qué técnicas y estrategias terapéuticas obtienen mejores resultados, qué necesidades de formación requieren los actuantes...

- **Prevención:** diseño e implantación de programas de prevención primaria dirigidos a la elaboración y puesta en marcha de programas de información sobre los distintos riesgos, los planes de emergencia y las medidas de autoprotección a adoptar (fomento de la cultura preventiva).
- **Planificación:** necesidad de incluir en los planes de emergencia un grupo de intervención, así como establecer los procedimientos operativos para dar una respuesta, rápida y coordinada, a las necesidades psicosociales en el rescate.
- **Intervención:** en la que se encuadrarían tres aspectos. Por un lado, la coordinación del grupo de intervención en el lugar de rescate, por otro, el asesoramiento a las instituciones y responsables de la gestión de la emergencia y, finalmente estaría la intervención psicosocial inmediata.
- **Rehabilitación:** donde se hace imprescindible el establecimiento de una red de seguimiento de las víctimas del rescate.

3.1 Planificación general de la intervención

En primer lugar, se debe planificar el marco general del contexto en el que se realiza la intervención. La planificación deberá reunir una serie de requisitos:

- a) Ser flexible para poder adaptarse diferencialmente a cada situación.
- b) Incluir una perspectiva evolutiva o temporal. La situación de rescate es un proceso dinámico que evoluciona en el tiempo, a veces de forma muy rápida e imprevista. Las medidas de intervención que pueden servir para los primeros momentos pueden no ser útiles, e incluso perjudiciales, en fases posteriores.

Sobre estos principios básicos, el proceso de planificación debe intentar responder a una serie de cuestiones generales como las que se exponen a continuación:

- ¿A quién debe ir dirigida la intervención?
- ¿Quién debe realizar las diferentes intervenciones?
- ¿Cuándo y dónde se debe intervenir?
- ¿Objetivos de la intervención?
- ¿Qué principios debe seguir la intervención?
- ¿Con qué medios se cuenta?

3.2 Población que puede necesitar ser rescatada

En principio, cualquier persona involucrada en un rescate, incluidos los equipos de socorro y los dirigentes, puede resultar psicológicamente afectada. Nadie es totalmente inmune, por principio, a los efectos de la catástrofe.

La mayoría de los involucrados experimentan, en mayor o menor medida, emociones penosas (miedo, temor, inseguridad, incertidumbre, preocupación, pena, dolor, etc.), que son reacciones normalmente esperables en una situación anormal (excepcional) como la catástrofe.

La mayoría de los involucrados van a precisar una intervención psicológica más específica:

- a) Personas que han sufrido lesiones físicas de consideración o que sin haber sufrido lesiones físicas de importancia hayan resultado psicológicamente muy afectadas por el acontecimiento catastrófico. Precisarán un tratamiento para el alivio de sus síntomas actuales y la prevención de secuelas posteriores.
- b) Sujetos que necesitan ayuda psicológica para afrontar las dolorosas pérdidas sufridas: personas, (compañeros, familiares, amigos...), materiales (domicilio, enseres), sociales (trabajo, rol social).
- c) Intervenientes en los equipos de salvamento (sanitarios, socorristas, bomberos, psicólogos, cuerpos de seguridad...).

4. TÉCNICAS DE CONTROL DE LA ANSIEDAD PARA EL PROPIO SOCORRISTA

4.1 Técnicas de control de la ansiedad para el propio socorrista

Existen diferentes técnicas de control de la ansiedad y de afrontamiento de situaciones críticas por parte de los intervenientes, es decir del propio socorrista a la hora de enfrentarse a una situación de emergencia o rescate.

A. Relajación

a. Concepto

Una técnica de relajación es cualquier procedimiento cuyo objetivo es enseñar a una persona a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de recursos externos.

Las bases de las técnicas modernas de relajación tienen su origen en los procedimientos de meditación de las religiones orientales. En el ámbito de la modificación de conducta tienen una historia de apenas sesenta años a partir de dos obras fundamentales: Progressive relaxation (Jacobson 1929) y Das Autogene Training (Schultz, 1932). El nacimiento formal de las principales técnicas de relajación se sitúa entre 1925 y 1935.



La relajación en sentido estricto constituye un proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico no son simples correlatos uno del otro, sino que ambos interactúan siendo partes integrantes del proceso como causa y como producto. Cualquier definición de relajación debe hacer referencia necesariamente a sus componentes fisiológicos, subjetivos (informes verbales de tranquilidad) y conductuales (estado de quiescencia motora) así como de sus posibles vías de interacción e influencia.

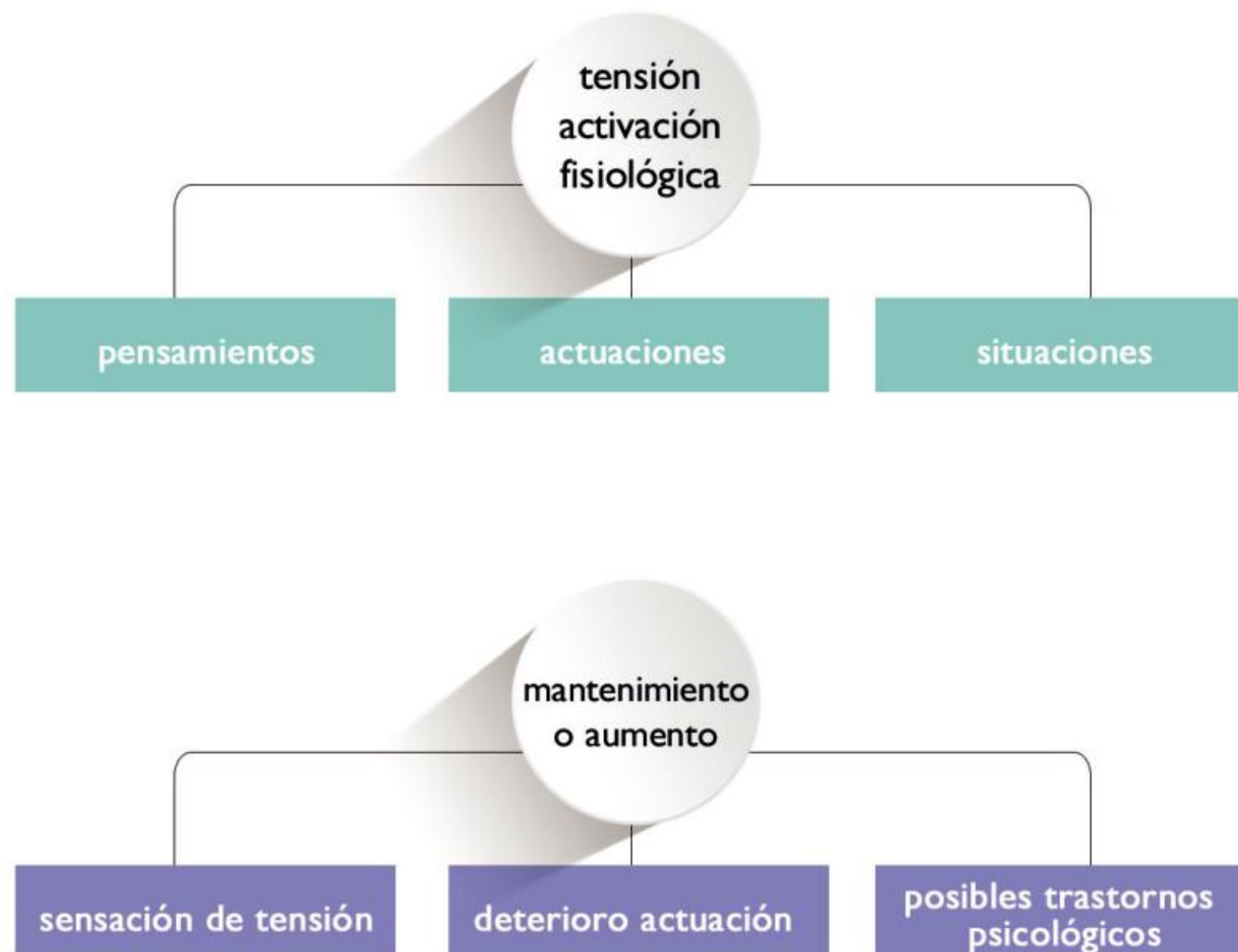
b. Aspectos implicados en la activación

La tensión o activación, en especial la activación emocional, puede estar producida por aspectos muy variados, como:

- Pensamientos (“tengo que enfrentarme a una clase de matemáticas”).
- Condiciones externas (humos, ruidos, calor, etc.).
- Las propias actuaciones o conductas (no he respetado un stop y he estado a punto de provocar un accidente).

Es más, esta tensión puede provenir no sólo de eventos aislados, sino de eventos mantenidos o situaciones que se repiten sistemáticamente (malestar en el trabajo, discusiones constantes con la pareja...).

En la siguiente figura aparecen los aspectos implicados en el desarrollo de la activación y sus efectos.



c. Efectos de la Relajación

Frente a los efectos que la tensión y/o activación reiterada o mantenida pueden producir (Labrador, 1992), repetidas veces se ha constatado que la relajación produce efectos contrarios (Lehrer et al., 1983). Entre éstos, los más estudiados han sido los **cambios psicofisiológicos**, destacándose los siguientes:

- Disminución de la tensión muscular tónica.
- Disminución de la frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco.
- Aumento de la vasodilatación arterial con el consiguiente incremento en el riego periférico y en la oxigenación celular.
- Cambios en la respiración con una disminución en la frecuencia, así como un aumento en la intensidad y en la regularidad del ritmo inspiratorio-espíatorio.
- Disminución de la actividad simpática general.
- Disminución en los niveles de secreción de adrenalina, y noradrenalina por las glándulas suprarrenales.
- Disminución del consumo de oxígeno y eliminación de CO₂ sin cambios en el cociente respiratorio.
- Reducción en el nivel de ácido láctico en la sangre arterial.

Pero no sólo se han de señalar cambios específicos, también es de considerar los **cambios generales** inducidos en el organismo, como la:

- Disminución en el metabolismo basal.
- Disminución de los índices de colesterol y ácidos grasos en plasma.
- Incremento del nivel de leucocitos con mejora en el funcionamiento del sistema inmunológico.
- Incremento en los ritmos *alfa* y en los ritmos *theta* cerebrales, etc.

Alternativamente, los **informes subjetivos de las personas** en estado de relajación señalan cambios percibidos en los niveles de tensión y ansiedad, destacándose una sensación especial de confort y tranquilidad, aspecto que probablemente sea el más rápida y fácilmente perceptible y sin duda uno de los más importantes. Es decir, se produce un cambio general en el organismo, con consecuencias tanto más importantes cuanto más sistemáticamente haya sido la utilización de la relajación.

TOME NOTA

La tensión puede controlarse bien dirigiéndose a modificar directamente la activación fisiológica inicial y/o su mantenimiento, bien modificando los efectos que los pensamientos, situaciones, conductas, etc., tienen sobre ella. En ambos niveles de acción se pueden conseguir importantes resultados:

- En el primer caso porque se controla directamente la propia activación del organismo.
- En el segundo porque se reducen los agentes que instigan su aparición.

No es posible señalar cuál es el mejor nivel de acción, pues no deben verse las dos posibilidades de actuación señaladas como soluciones alternativas sino complementarias.

d. Principales variables implicadas en la eficacia de los procedimientos de relajación

Según Carnwarth y Miller (1989), las principales variables implicadas en la eficacia de los procedimientos de relajación son las siguientes:

- Instrucciones administradas por el terapeuta:
 - Respondiendo a demandas individuales.
 - Dando ánimos.
 - Modelando eficazmente.
- Elevada motivación y compromiso por parte del cliente:
 - Práctica intensa en casa (o en el medio habitual).
 - Generación de expectativas de mejoría.
 - Aumento de la autonomía del cliente.
- Sesiones de prácticas frecuentes y regulares.
- Un ambiente de calma.
- Una actitud pasiva, receptiva.
- Limitación de la atención sensorial.
- Limitación de la actividad corporal.
- Proporcionar instrucciones sencillas y monótonas.
- Reducción de la tensión muscular.
- Aumento de la conciencia corporal.
- Sugerir la relación corporal y cognitiva.

e. Mecanismos fisiológicos de la Relajación

Parece que hay acuerdo en señalar al sistema límbico como determinante en el desarrollo y control de la actividad emocional, pues por un lado actúa integrando las señales de la estimulación interna y externa, y por otro, en el control de la activación cortical de corte emocional.

Del mismo modo se apunta como mecanismo subyacente a muchos trastornos psiquiátricos y psicofisiológicos, una especial hipersensibilidad a la estimulación, basada en la activación del sistema límbico, y una propensión para mantener de forma sostenida niveles elevados de activación.

La relajación como un estado psicológico de hipoactivación que puede conseguirse a través de diferentes procedimientos. Así, Everly (1989) propone considerarla como una “desensibilización del SL” o de sus eferentes simpáticos. Esta desensibilización a grandes rasgos podría conseguirse:

- a) Actuando sobre la actividad propioceptiva muscular.
- b) Actuando sobre la actividad cognitiva cortical.

Las técnicas de relajación serían así dispares en cuanto que sea distinta la vía de activación mediante la que se quiere actuar para conseguir el efecto. Pero dada la integración e intervención entre los distintos niveles, es lógico esperar también que sea cual sea el componente al que más directamente se dirijan las técnicas, todos ellos resulten afectados y se produzca un efecto general de desactivación.

f. Relajación Progresiva

Edmund Jacobson es el creador del método de relajación conocido como relajación progresiva. Descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. La culminación de los estudios fue la Relajación Progresiva (1938), una descripción teórica de su teoría y procedimientos. Fue Josep Wolpe, sin embargo, quien adaptó la técnica como elemento de contracondicionamiento para acortar el tiempo de aplicación de dicha técnica.

El objetivo sería conseguir que la persona aprenda a identificar las señales fisiológicas provenientes de sus músculos cuando están en tensión y posteriormente cuando los identifique ponga en marcha las habilidades aprendidas para reducirlas.

Lugar para realizar la Relajación

Las condiciones del lugar donde realicemos la práctica tienen que cumplir unos requisitos mínimos:

- Ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos exteriores perturbantes.
- Temperatura adecuada; la habitación tiene que tener una temperatura moderada (ni alta ni baja) para facilitar la relajación.
- Luz moderada; es importante que se mantenga la habitación con una luz tenue.

La posición para la Relajación

En la relajación progresiva podemos utilizar diferentes tipos de posiciones.

- Tendido sobre una cama o un diván con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.
- Un sillón cómodo y con brazos; en este caso es conveniente que utilicemos apoyos para la nuca y los pies.
- Sentados en una silla o banqueta. En este caso utilizaremos la posición del cochero descrita para el entrenamiento autógeno.

La Ropa

En una sesión previa se advierte al paciente que no lleve prendas de vestir demasiado ajustadas que puedan interferir en el proceso de entrenamiento o que sean fuente de una tensión extra. Es importante el tema de las gafas, zapatos, sujetadores, lentes de contacto, etc. Todos estos temas deben de discutirse con el cliente y buscar un acuerdo de cómo se va a seguir el procedimiento.

El curso del entrenamiento

Partiendo del trabajo inicial de Jacobson y posteriormente de Wolpe se empezaron a desarrollar toda gama de variaciones del proceso original. Un ejemplo de relajación estándar sería:

“Empezaremos entrenando la mano y el antebrazo [...]. Le pediré que tense los músculos de la mano y antebrazo derechos apretando el puño. Ahora debe ser capaz de sentir la tensión en su mano, en los nudillos, en el antebrazo. ¿Puede sentir esa tensión? De acuerdo, bien. Después de que hemos relajado ese grupo de músculos iremos al del bíceps derecho y le pediré que lo tense empujando el codo contra el brazo del sillón. Debe ser capaz de obtener una sensación de tensión en el bíceps sin incluir los músculos del antebrazo y la mano. ¿Puede sentir la tensión ahí, ahora? [...]. Después que hemos completado la relajación de la mano, del antebrazo y del bíceps derecho, nos trasladaremos a los músculos de la mano y antebrazo izquierdos, tensándolos y relajándolos de la misma manera que en el brazo derecho.

También, tensaremos y relajaremos los músculos de bíceps izquierdo igual que hicimos con el derecho”...

Según estos autores el entrenamiento tiene tres fases: en la primera se le enseña al cliente la relajación sobre 16 grupos de músculos, continuando con el aprendizaje de la relajación sobre 7 grupos de músculos y finalmente la práctica se reduce sobre 4 grupos de músculos.

A continuación, se muestran las tablas correspondientes a las distintas fases del entrenamiento: (J.M. Buceta y otros, 1989):

Tabla 1. Grupos musculares correspondientes al entrenamiento básico propuesto por Bernstein y Borkovec (1973)

1. Mano y antebrazo dominante
2. Bíceps dominante
3. Mano y antebrazo no dominante
4. Bíceps no dominante
5. Frente
6. Parte superior de las mejillas y nariz
7. Parte inferior de las mejillas y mandíbulas
8. Cuello y garganta
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda
10. Región abdominal o estomacal
11. Muslo dominante
12. Pantorrilla dominante
13. Pie dominante
14. Muslo dominante
15. Pantorrilla no dominante
16. Pie no dominante

Tabla 2. Grupos musculares correspondientes al entrenamiento intermedio propuesto por Bernstein y Borkovec (1973).

1. Mano y brazo dominantes
2. Mano y brazo dominantes
3. Cara
4. Cuello y garganta
5. Tórax, hombros, espalda y abdomen
6. Pie y pierna dominantes
7. Pie y pierna no dominantes

Tabla 3. Grupos musculares correspondientes al entrenamiento avanzado propuesto por Bernstein y Borkovec (1973).

1. Mano y brazos
2. Cara y cuello
3. Tórax, hombros, espalda y abdomen
4. Pies y piernas

Técnica para 16 grupos musculares

Hay que explicar en primer lugar la importancia de esta técnica para disminuir la tensión que padece el paciente. Luego hay que dejar bien claro que aprender las habilidades de relajación es igual que aprender cualquier tipo de habilidad como nadar, conducir, etc. Por lo tanto, el éxito de la técnica está en la práctica tanto en la consulta como en casa. Previo a todo esto hay que explicar en qué consiste esta técnica (tensar y destensar los músculos). También se informará al paciente que en esta primera sesión se le enseñará a tensar y distender dieciséis grupos de músculos y que según se vaya desarrollando su habilidad, este número será reducido significativamente. Todo esto se hará en el siguiente orden:

- 1) Mano y antebrazo dominante: apretar el puño.
- 2) Bíceps dominante: empujar el codo sobre el brazo del sillón o presionar el codo y tirar de él hacia dentro, en dirección al cuerpo.
- 3) Mano y antebrazo no dominante: apretar el puño.
- 4) Bíceps no dominante: empujar el codo sobre el brazo del sillón, o, presionar el codo y tirar de él hacia dentro en dirección al cuerpo.
- 5) Músculos de la frente: levantar las cejas tan alto como pueda o fruncir el ceño lo más posible.
- 6) Músculos de la parte central de la cara: bizquear y arrugar la nariz.
- 7) Músculos de la parte inferior y mandíbulas: morder con fuerza y estirar las comisuras de la boca hacia atrás.
- 8) Cuello: empujar la barbilla hacia el pecho y a la vez intentar no tocarlo o presionar la parte de atrás de la cabeza contra el sillón, es decir, utilizar los músculos del cuello para ejercer presión contra el sillón.



Hay que tener mucho cuidado con los músculos de los pies ya que estos no deben tensarse más de cinco segundos debido al riesgo de calambres. Si un paciente tiene calambres en las pantorrillas, el terapeuta debe acortar el ciclo de tensión para este grupo de músculos.

- 9) Pecho, hombros y la espalda: respiración profunda, manteniéndola al mismo tiempo, colocar los omóplatos de los hombros juntos o también que el paciente imagine que dos cuerdas atadas a sus hombros y que cuelgan del techo están tirando hacia arriba, esto produce un encogimiento de hombros exagerado y la tensión deseada.
- 10) Abdomen: poner el estómago duro, o meter el estómago tanto como pueda o que la empuje hacia fuera.
- 11) Parte superior de la parte dominante: (muslos) contraponer los músculos de delante con los de atrás o elevar la pierna.
- 12) Pantorrilla dominante: tirar de los dedos hacia arriba en dirección a la cabeza o tirar de los dedos hacia abajo.
- 13) Pie dominante: estirar y curvar los dedos, torcer el pie hacia dentro.
- 14) Parte superior de la pierna no dominante: contraponer los músculos de delante con los de atrás, o elevar la pierna.
- 15) Pantorrilla no dominante: tirar de los dedos hacia arriba en dirección a la cabeza, o, tirar de los dedos hacia abajo.
- 16) Pie no dominante: estirar y curvar los dedos, torcer el pie hacia dentro.

Una vez que el paciente ha entendido y practicado la forma en que se relajan los dieciséis grupos de músculos, uno por uno, el terapeuta debe explicarle que a partir de ahora es muy importante que se fije en las diferencias entre la sensación de tensión y relajación en cada músculo. Para ello el terapeuta le va pidiendo que manifieste si un determinado grupo de músculos está tan relajado como el que le ha precedido. No debe hablar mientras dura la sesión de relajación, y moverse lo menos posible salvo para ponerse más cómodo. Debe levantar el dedo meñique de la mano derecha cuando se lo pida el terapeuta y para indicar que está relajado, en caso contrario no hacerlo. El paciente debe empezar a tensar sólo una vez que el terapeuta ha dicho "ahora" (durante 5 o 7 segundos). Posteriormente relajarlo cuando oiga "bien relajado" (durante 30-40 segundos). La primera vez se tensarán y relajarán cada grupo de músculos dos veces seguidas.

Rara vez en la primera sesión un paciente consigue una relajación profunda, de todos los grupos de músculos cada vez que el terapeuta se lo solicita, lo normal es hacer varios ensayos en algunos músculos, el terapeuta debe intentar una solución alternativa al problema.

Después que el paciente ha señalado la relajación de los dieciséis grupos de músculos el “terapeuta” está preparado para hacer una evaluación final del estado de relajación del paciente. Para esto se debe dar un repaso uno por uno de los músculos relajados y una instrucción para que continúen relajándose. Y por último una manera de asegurarse que el paciente está totalmente relajado, es pedirle que haga la señal, en caso de que no la haga, el terapeuta intentará determinar el grupo de músculos que aún no está relajado, intentar relajarlo antes de dar por terminada la sesión, el terapeuta dejará el paciente uno o dos minutos disfrutando de este estado.

Posteriormente se informa al paciente que se contará hacia atrás de cuatro a uno y que al decir cuatro el cliente debe empezar a mover las piernas y pies, al decir tres mover los brazos y manos, al decir dos, mover la cabeza y cuello, al decir uno, abrir los ojos.

Por último, el paciente debería practicar dos veces al día, durante períodos de unos 15-20 minutos cada vez, con una separación de por lo menos tres horas entre las dos sesiones diarias. Hay que decidir el entorno físico y el periodo del día en que la técnica se va a llevar a cabo.

Técnica para 7 grupos musculares

- 1) Mano, antebrazo y bíceps dominante: extender el brazo con el codo doblarlo unos 45 grados y apretar el puño.
- 2) Mano, antebrazo y bíceps no dominante: igual que el caso anterior.
- 3) Frente, parte central de la cara, parte inferior y mandíbulas: levantar la ceja (o fruncir el entrecejo), bizquear, arrugar la nariz, apretar las mandíbulas y estirar las comisuras de los labios.
- 4) Cuello: empujar la barbilla hacia el pecho y a la vez intentar no tocarlo o presionar la parte de atrás de la cabeza contra el sillón.
- 5) Pecho, hombros, espalda y abdomen: inspiración profunda manteniéndola se juntan los omóplatos por detrás, mientras al tiempo pone el estómago duro.
- 6) Muslo, pantorrilla y pie dominante: levantar la pierna del sillón muy ligeramente mientras estira los dedos de los pies y tuerce el pie hacia dentro.
- 7) Muslo, pantorrilla y pie no dominante: igual que el caso anterior.

Técnica para 4 grupos musculares

- 1) Mano, antebrazo y bíceps dominante y no dominante: elevar ambos brazos del sillón y doblarlos por los codos o apoyarlos en el sillón, cerrando el puño de ambas manos.
- 2) Músculos de la cara y cuello: levantar la ceja (o fruncir el entrecejo), bizquear, arrugar la nariz, apretar las mandíbulas, estirar las comisuras de los labios y empujar la barbilla hacia el pecho sin tocarlo o presionar la parte de atrás de la cabeza contra el sillón.
- 3) Tórax, hombros, espalda y abdomen: inspiración profunda, manteniéndola y juntar los omóplatos por detrás, mientras al mismo tiempo pone el estómago duro.
- 4) Muslos, pantorrillas y pies dominante y no dominante: levantar ambas piernas del sillón muy ligeramente mientras estira los dedos de los pies y tuerce los pies hacia dentro.

g. Relajación a través de la Evocación

Este procedimiento no requiere que el paciente produzca tensión muscular, sino que se basa en la concentración del paciente, en cualquier tensión de un grupo determinado de músculos y evocación de las sensaciones relacionadas con la distensión.

El terapeuta debe recorrer uno a uno los grupos de músculos vistos anteriormente. Después de que el paciente evoque la sensación de distensión durante 30-45 segundos el terapeuta le pedirá que haga la señal convenida si reconoce el grupo de músculos en cuestión relajado.

h. Relajación por Evocación con Recuento

Este procedimiento se incluye al final de una sesión de evocación que tenga éxito justo antes de terminar el terapeuta informará al paciente de que va a emplear un nuevo procedimiento que va a permitir que la relajación se haga más profunda. El terapeuta irá contando de uno a diez y mientras lo hace el paciente deberá relajar más y más los músculos. El terapeuta cada vez que cuente un número debe hacer referencia a un grupo de músculos.

i. Relajación por Recuento Solo

Este procedimiento se empleará una vez que el paciente ha superado la evocación. Si al final del procedimiento de recuento el cliente indica que continúa alguna tensión, se localizará y el cliente tendrá que eliminarla a través de la técnica de la evocación, o en caso de que esto fallara a través de la tensión y distensión, ya no serán necesarias dos sesiones de relajación al día, y con una bastará.

j. Relajación Diferencial

La relajación diferencial se basa en el principio de que solo deben ser tensados aquellos músculos directamente relacionados con una actividad y solamente hasta el grado requerido por una realización eficiente.

El procedimiento consiste en la identificación de la tensión durante las actividades diarias y la relajación de aquellos músculos que están tensos. La identificación de la tensión se aprende mediante la relajación progresiva. Luego la relajación de los músculos tensos se puede realizar por medio de ciclos de tensión-distensión o por evocación.

k. Relajación Condicionada

El objetivo de la relajación condicionada es permitir al cliente conseguir la relajación como respuesta a una señal autoproducida. En este procedimiento se entrena primero al cliente en la relajación progresiva y luego se le enseña la asociación entre el estado producido por una relajación profunda y una palabra-señal autoproducida tal como "tranquilidad", "control" o "relax".

l. Dificultades en la relajación y posibles soluciones

Siguiendo a Bados (2000) señalamos posibles dificultades a la hora de poner en práctica el entrenamiento en relajación y estrategias de solución.

- Una falta de relajación puede ser debida a ir demasiado rápido a través de cada grupo muscular, a dejar poco tiempo para discriminar las sensaciones de tensión y relajación.
- Un cliente puede informar falsamente de que está completamente relajado. Puede hacer esto para agradar al terapeuta o para intentar acelerar el tratamiento. Hay que acentuar la importancia de ser sincero, ya que si no se retrasará el progreso del aprendizaje de la relajación.
- Un cliente puede creer que está relajado, cuando de hecho aún está tenso. Esto puede ser debido a que existe tal estado persistente de tensión que cualquier reducción notable del mismo parece un estado muy relajado. Posibles soluciones:
 - a) Liberación gradual en vez de inmediata de la tensión.
 - b) Entrenamiento en discriminación de diferentes niveles de tensión; esto se consigue reduciendo progresivamente el grado en que se tensan los músculos y haciendo que el cliente atienda a las diferencias en los niveles de tensión.
 - c) Empleo de aparatos de retroalimentación EMG.
- Una persona puede sentirse muscularmente relajada, pero todavía tensa o ansiosa. Puede esperarse una sesión más para ver si el problema desaparece. De no ser así, conviene enfatizar las instrucciones de relajación mental, de tranquilidad y bienestar. También puede ser útil la imaginación de escenas relajantes y/o el apoyo temporal de una música relajante.
- Preocupación por las sensaciones nuevas que puede inducir la relajación: calor, hormigueos, entumecimiento, desorientación, sensación de flotar, descargas mioclónicas. Se recuerda al cliente que estas sensaciones son normales y además buenas señales de relajación, y, si es necesario, se le explica el mecanismo fisiológico subyacente. En caso de desorientación o de sensación de flotar se puede pedir al cliente que permanezca quieto, pero que abra los ojos, mire alrededor de la habitación y a su propio cuerpo, y luego continúe la relajación con los ojos cerrados (o con los ojos abiertos si el problema persiste). Si a pesar de lo anterior, las sensaciones siguen siendo preocupantes, hay que indagar por qué. Es posible que para la persona sean similares o idénticas a sensaciones experimentadas en situaciones de ansiedad.
- Miedo a no tener el control mientras se relajan. Se dice al cliente que el terapeuta es sólo un guía, que el control permanece en sus manos (en las del cliente) y que puede interrumpir el procedimiento cuando desee. Si el miedo es fuerte, puede comenzarse con unos pocos minutos de relajación e ir aumentando el tiempo poco a poco. Otras facilidades que pueden darse al inicio son: ojos abiertos, luces totalmente encendidas, posición sentada, instrucciones en tono conversacional en vez de monótono.
- Relajación entorpecida por pensamientos distractores o molestos. Posibles soluciones son volver a concentrarse en las sensaciones de tensión-relajación, en la respiración, en la repetición interna de una palabra tranquilizadora o en la imaginación de una escena relajante; esto último suele funcionar muy bien.

Si el terapeuta conduce la sesión, puede dar instrucciones con estos fines y aumentar la cantidad de las mismas para ayudar a focalizar la atención del paciente. Otra posible ayuda es la utilización de música que sea relajante para el cliente y que se terminará por retirar.



En el caso de que los pensamientos sean ansiógenos, ¿hay que explorar su contenido y decidir si son lo bastante importantes como para constituirse en foco de la terapia; de no ser así, se empleará alguna de las soluciones anteriores.

- La relajación puede inducir ansiedad en algunas personas. Esto puede ser debido a: miedo a las sensaciones y cogniciones producidas por medio de la relajación y percibidas por ciertos clientes como desagradables; miedo a perder el control; miedo a la experiencia de síntomas de ansiedad, ¿a los cuales la atención es atraída durante la relajación; miedo a atender a aspectos de uno mismo que no son satisfactorios; y/o experiencia de preocupaciones no relacionadas con la relajación, tales como problemas económicos, laborales o de relación. La evidencia preliminar parece favorecer por el momento a los tres primeros factores, aunque los cinco mencionados no son ni excluyentes ni exhaustivos.
- Aparte de lo ya comentado al hablar de las dificultades de sensaciones nuevas, miedo a no tener el control y pensamientos interferidos, hay dos soluciones básicas:
 - a) Pasar por alto ciertos aspectos del entrenamiento en relajación o cambiar a otra técnica diferente de relajación.
 - b) Exposición, graduada o no, a los aspectos temidos en el procedimiento de relajación como podrían ser el miedo a ciertas sensaciones o a perder el control.

Esto implica proseguir con el entrenamiento con el objetivo de que se produzca finalmente una eliminación de la ansiedad. De este modo, aunque la reducción de la ansiedad no se consigue tan rápidamente como con el método anterior, se supone que se aborda un problema más importante.

- Ruidos externos distractores. Aunque en fases posteriores pueden emplearse para facilitar la aplicación de la relajación en situaciones más naturales, al comienzo es mejor evitar su presencia. Para ello, puede disponerse de una sala insonorizada o buscar un lugar o momento alternativo. Si esto no es posible, se puede crear un ruido monótono de fondo (por ejemplo, de aparato de refrigeración, de banda de radio no sintonizada o el procedente de la audición de una cinta de ruido blanco) o poner música relajante. Si un ruido imprevisto perturba a un cliente, se le puede pedir que haga una rápida revisión de los músculos considerados hasta el momento y que intente relajarlos de nuevo; luego, se prosigue normalmente.
- Algunas personas se duermen durante la relajación. Un estado de relajación puede ser diferenciarse del sueño haciendo al cliente una pregunta que requiera una señal o una orden que tenga que ser cumplida. En la fase de relajación directa puede emplearse la técnica de la doble confirmación. Se pide al cliente que levante el dedo índice si ciertos músculos están relajados; si no hay señal se le pide que levante el dedo si dichos músculos no están relajados. Si el cliente no está dormido o distraído, una de las dos preguntas obtendrá respuesta. Una tendencia a quedarse dormido puede reducirse celebrando las sesiones en un momento en que el cliente no esté cansado, somnoliento ni haya acabado de comer, dando las instrucciones en voz algo más alta y menos monótona, y pidiendo periódicamente al cliente que se concentre en la voz del terapeuta. También puede reducirse la duración de la sesión, hacerla con los ojos abiertos, con más iluminación o en posición sentada. Un cliente dormido puede ser despertado incrementando gradualmente la fuerza de la voz, llamándolo por su nombre o, si es preciso, tocándole en un brazo.
- Calambres musculares. Son frecuentes en pantorrillas y pies, por lo que hay que reducir la cantidad y duración de la tensión en estos músculos o no tensarlos en absoluto. En caso de calambre, el cliente puede mover el músculo afectado, mientras intenta que los otros permanezcan relajados. Si esto no funciona, puede sentarse y manipular los músculos afectados hasta que desaparezca el calambre; si es necesario, y la persona da su consentimiento, el terapeuta puede ayudar. Luego, se le dan sugerencias de relajación.
- Movimientos. En general, tienden a desaparecer a medida que el paciente se relaja. Si consisten en rascarse o estirar ciertas partes del cuerpo para estar más cómodo, pueden ser pasados por alto. En cambio, movimientos amplios y frecuentes en más de una sesión, requieren recordar al cliente que no mueva innecesariamente músculos ya relajados. Si los movimientos persisten, hay que averiguar qué es lo que no va bien en el procedimiento de relajación o si la persona tiene algún problema. Risa tonta o nerviosa. Puede ser debida al sentido del ridículo o a encontrar gracioso el procedimiento. Lo mejor es no prestarle ninguna atención. Si la risa persistiera a lo largo de más de dos sesiones, habría que analizar sus causas; una posibilidad sería un estilo afectado por parte del terapeuta.
- Hablar durante la relajación. A no ser que el cliente comunique alguna dificultad o problema serio, debe recordársele que durante la relajación es mejor no hablar.
- Activación sexual. Facilitada por el contexto de la relajación. Se dice al cliente que su reacción no es extraña en absoluto. La activación sexual puede aparecer con más probabilidad al comienzo del entrenamiento, y si no se le da importancia, no se convertirá, por lo general, en ningún problema.
- Tos y estornudos. Si son ocasionales, no hay problema. Se le dice al cliente que no interfieren con la relajación y que tosa o estornude si es preciso; no hay que intentar inhibir estas conductas, ya que

El objetivo de las técnicas de control de respiración pretende enseñar un adecuado control voluntario de ésta para posteriormente automatizarlo, de forma que su regulación se mantenga incluso en situaciones problemáticas. Se trata de conseguir una utilización más completa de los pulmones facilitando una respiración diafragmática completa, que se acompaña a su vez de un ritmo más lento.

entonces aumenta la tensión muscular. Si las toses y estornudos son muy frecuentes, entonces lo mejor será esperar a que pase el trastorno que las motiva (un catarro, por ejemplo). En fumadores puede aparecer la tos cuando se les pide que inspiren profundamente; dos soluciones son disminuir la profundidad de la respiración o eliminar este tipo de respiración del procedimiento de relajación.

- Empleo de tranquilizantes durante el entrenamiento. Se desaconseja, ya que la relajación parece más difícil de adquirir y existen dudas sobre la generalización de la habilidad aprendida desde el estado de medicación al de no medicación.
- Incumplimiento de la práctica en casa.

B. Respiración

Una respiración inadecuada provocará una menor oxigenación en los tejidos, un mayor trabajo cardíaco, y una mayor intoxicación general del organismo, lo que facilitará la aparición de ansiedad, así como de fatiga física.

a. Teorías Explicativas

- La respiración diafragmática favorece la activación parasimpática.
- El movimiento del diafragma produce que los contenidos del abdomen estimulen el nervio vago propiciando la activación parasimpática (Hirai 1975)
- La respiración diafragmática estimula tanto el plexo solar como el nervio vago derecho activando así el SN parasimpático (Harvey 1978).
- Incremento en los niveles de CO_2 ello conlleva efectos tanto centrales como periféricos (disminución de la tasa cardíaca, vasodilatación periférica, estimulación de la secreción gástrica, depresión de la actividad cortical...)

b. Procedimiento

1^{er} ejercicio

Su objetivo es dirigir el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones. El proceso consiste en colocar una mano encima del vientre y otra encima de su estómago, para poder percibir mejor

los efectos de cada ciclo inspiración/espriación. Se indica al paciente que trate de dirigir el aire en cada inspiración a llenar la parte inferior de sus pulmones.

Conviene dar instrucciones del estilo “hincha la parte inferior del tronco contra el pulmón”, “Dirigir el aire a la parte más baja posible del tronco”. Es importante dar feedback y reforzar cada pequeño avance de forma inmediata. La respiración no debe forzarse ni hacerse más rápida, se ha de empezar con la intensidad habitual, pero preocupándose por dirigir el aire hacia la parte inferior de los pulmones.

La atención debe centrarse en las sensaciones corporales que se producen. La duración es de 2 a 4 minutos. Repetir el ejercicio varias veces (al menos tres o cuatro).

2º ejercicio

Aquí el objetivo es que la persona debe ser capaz de dirigir el aire a la parte inferior y media de sus pulmones. El proceso consiste en dirigir el aire a la parte inferior de los pulmones. En la misma inspiración, pero marcando un tiempo diferente, dirigir el aire a la parte media.

La respiración debe hacerse en dos tiempos, poniendo especial atención en que se realice la primera parte sin que se hinche a la vez el estómago. La duración es de 2 a 4 minutos. Repetición 3 o 4 veces con intervalos de descanso.

3er ejercicio

El objetivo es llevar a cabo una inspiración completa. El proceso consiste en dirigir el aire de cada inspiración, primero a la zona del vientre, luego a la del estómago y por último al pecho. La inspiración ha de realizarse en tres tiempos diferentes, uno por cada zona.

4º ejercicio

El objetivo es hacer más completa y regular la respiración. El proceso consiste en que, tras realizar la inspiración en tres tiempos, se realiza la espriación cerrando bastante los labios a fin de que esta produzca un tenue ruido. Se trata de que la espriación sea pausada constante y no brusca, ayudándonos del feedback que produce el ruido regular.

Para conseguir una espriación más completa es útil tratar de silbar cuando se considere que se llega al final de la espriación y elevar los hombros, para favorecer la expulsión de aire residual.

5º ejercicio

El objetivo es establecer una adecuada alternancia respiratoria. El proceso consiste en que la inspiración ya no se hace en tres tiempos, sino uno continuo. La espriación se realiza de forma similar al ejercicio anterior, pudiendo sustituirse progresivamente el silbar al final y hacerla de forma ruidosa para ir a un ciclo respiratorio completamente normal.

6º ejercicio

El objetivo es generalizar la respiración completa a las condiciones habituales del paciente. El proceso consiste en repetir el ejercicio quinto en diferentes posiciones y situaciones (sentado, de pie, andando, ojos abiertos, ropa menos adecuada, realizar el ejercicio mientras hace otra tarea, etc.) También se modifican condiciones ambientales: (ruidos, presencia de otras personas, interacción con otras personas...)

TOME NOTA

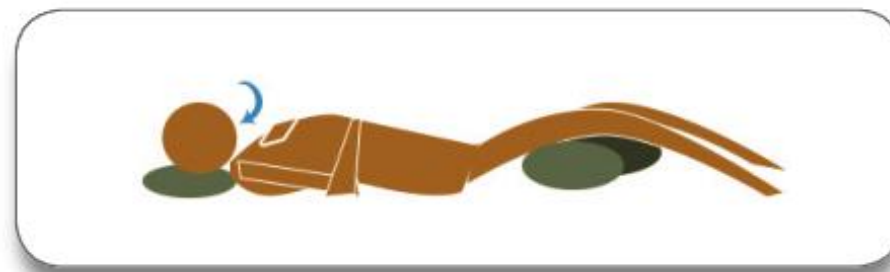
La respiración diafragmática ayuda a usar el diafragma correctamente para poder:

- Fortalecer el diafragma.
- Disminuir el trabajo de respiración al disminuir la tasa de respiración.
- Disminuir la demanda de oxígeno.
- Utilizar menos energía para respirar.

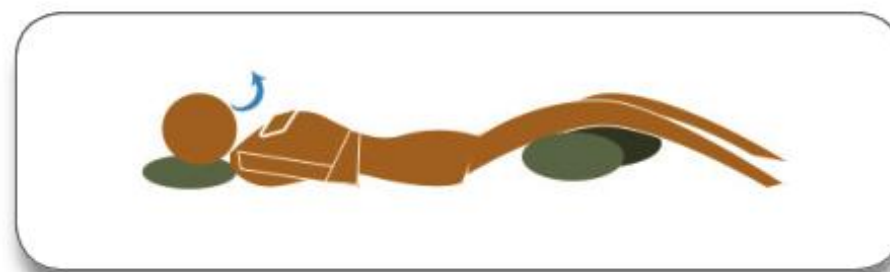
Dentro del tipo de respiración, la diafragmática es la más usada en el control de ansiedad. El diafragma es el músculo más eficiente para respirar. Es un músculo grande, localizado en la base de los pulmones. Sus músculos abdominales ayudan a mover el diafragma y darle más poder para vaciar sus pulmones. Pero la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) puede impedir que el diafragma trabaje eficazmente. Es un método eficaz de disminuir la ansiedad.

La secuencia práctica de la técnica diafragmática de respiración es la siguiente:

- 1) Póngase boca arriba en una superficie plana o en la cama, con sus rodillas flexionadas y con un soporte (almohada) en su cabeza. Usted puede usar una almohada bajo sus rodillas para soportar sus piernas. Coloque una mano en la parte superior del pecho y la otra simplemente debajo de su caja torácica. Esto le permitirá sentir su movimiento del diafragma cuando usted respira.
- 2) Aspire lentamente a través de su nariz a fin de que su estómago se mueva fuera en contra de su mano. La mano en su pecho debería permanecer tan quieta como sea posible.



- 3) Apriétese sus músculos del estómago, dejarlos mover hacia dentro cuando usted exhale. La mano en su pecho superior debe permanecer tan quieta como sea posible.



Mientras está aprendiendo esta técnica puede realizar este ejercicio en una cama. Cuando ya tenga práctica puede realizar los mismos ejercicios cuando se encuentre sentado.

Para realizar este ejercicio al sentarse en una silla debe realizar lo siguiente:

- Siéntese cómodamente, con las rodillas flexionadas de rodillas y hombros cabeza y cuello relajados.
- Coloque una mano en su pecho superior y el otro simplemente debajo de su caja torácica. Esto le permitirá sentir el movimiento del diafragma cuando usted respira.
- Apriete sus músculos del estómago, déjelos moverse hacia dentro cuando usted exhale. La mano en su pecho superior debe permanecer tan quieta como sea posible.

Al principio, la práctica de este ejercicio debe practicarse de 5-10 minutos cerca de 3-4 al día. Gradualmente debe aumentarse la cantidad de tiempo que tarda en hacer este ejercicio.



C. Entrenamiento autógeno (Schultz)

a. Definición

El entrenamiento autógeno consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de autosugestiones.

b. Objetivos

- Inducir mediante determinados ejercicios un cambio en el estado de consciencia del individuo, una “desconexión” general del organismo que suponga un determinado cambio en la forma de afrontar las demandas del medio. El propio sujeto debe autogenerar la relajación por autosugestión.
- Este cambio se consigue por concentración interna, por “entrega interior” a determinadas “representaciones” preestablecidas a través del aprendizaje progresivo.

c. Fundamentos Teóricos

Hay tres elementos teóricos que subyacen a la eficacia del entrenamiento autógeno según LUTHE.

- **Reducción de la estimulación procedente del exterior** facilitada por: condiciones en que se desarrolla relajación e instrucciones. Esta reducción de la estimulación es codificada por el tálamo que a su vez actúa sobre el hipotálamo a fin de que éste reduzca su actividad simpática, propiciando el desarrollo de la actividad parasimpática.



Entrenamiento autógeno (Schultz) tiene su origen en la experiencia médica proporcionada por la hipnosis, pero en este procedimiento es el propio sujeto quien autogenera el estado de relajación. Parte de la unidad psicofísica mente-cuerpo y considera que una adecuada “representación mental” generará el cambio corporal correspondiente.

- **Repetición mental de las frases**, en especial las dos primeras “peso y calor”. Se trata de mimetizar los efectos producidos por el incremento de la activación parasimpática, la repetición de las frases permite concentrar la atención y evitar distracciones.
- **Concentración pasiva**, favorece, al no exigir actividad, la desactivación simpática.

d. Proceso de Entrenamiento

En el entrenamiento autógeno se realiza una relajación concentrativa en seis zonas diferentes:

- Músculos.
- Vasos sanguíneos.
- Corazón.
- Respiración.
- Órganos abdominales.
- Cabeza.

Según Schultz sería un error comenzar el tratamiento simultaneando todos los ejercicios porque entonces la concentración abarcaría un campo demasiado amplio.

e. Condiciones de preparación

- Condiciones ambientales: un lugar tranquilo, luz tenue, temperatura agradable.
- Postura adecuada: sentado cómodamente (butaca con respaldo alto que permita apoyar la cabeza y mullidos brazos en que apoyar las extremidades superiores, apoyando los pies en el suelo y mantener las rodillas hacia fuera) o en decúbito (con la nuca apoyada, los brazos extendidos a lo largo del cuerpo con los codos ligeramente doblados y las palmas de las manos hacia abajo y las puntas de los pies dirigidas ligeramente hacia fuera).
- Los ojos deben estar cerrados.
- Ha de realizarse una “sintonización de reposo” el paciente debe repetirse tratando de vivenciar la frase.

f. Procedimiento de los ejercicios

1^{er} ejercicio

Peso: el paciente debe repetirse la frase “el brazo derecho me pesa”. Se repite unas seis veces y se alterna con la anterior “estoy completamente tranquilo (ésta se repite una sola vez)”. No hay que mover el brazo sólo pensar ayudándose de imágenes visuales o auditivas. En poco tiempo ha de manifestarse sensación de peso localizada preferentemente en el codo y antebrazo. Al cabo de medio minuto se efectúa el retroceso de la siguiente forma: El brazo se flexiona y se extiende varias veces. Se hacen unas respiraciones profundas. Se abren los ojos. La fórmula que debe automatizarse es:

- ¡Mover los brazos!

- ¡Respirar profundo!
- ¡Abrir los ojos!

En los primeros quince días sólo deben practicarse (según la versión original de Schultz) de 2 a 3 sesiones de entrenamiento diarias. En cada sesión pueden hacerse dos ejercicios de medio a un minuto de duración. No deben alargarse las sesiones al principio del aprendizaje ya que si no la sensación de peso en vez de aumentar, cede o desaparece progresivamente.

Al cabo de cuatro a 6 días de entrenamiento la sensación de peso debe ir apareciendo de forma más rápida a la vez, que comienza a extenderse también a los otros miembros (al otro brazo y las piernas). Schultz señala que siempre ha de empezarse el entrenamiento por el mismo brazo (derecho si la persona es diestra, izquierdo si es zurda) y espontáneamente se extenderá a las otras zonas debido a que el sistema nervioso las relaciona entre sí. El uso indistinto de las diferentes extremidades dificultaría según el autor que la concentración llegue al máximo. Cuando la sensación de peso se extiende a ambos brazos el retroceso se efectúa en los dos. Las piernas no necesitan retroceso ya que estas se mueven más automáticamente.

Una vez dominado el ejercicio de sensación de peso, pasamos al ejercicio de calor.

2º ejercicio

Calor: El paciente debe repetirse:

- Los brazos y las piernas están “pesadas” ..., “pesadas” ...
- Estoy completamente tranquilo...” tranquilo”
- El brazo derecho está caliente..., “caliente”

La sensación de calor se hará cada vez más manifiesta en el brazo derecho y posteriormente se extenderá a los restantes miembros y por último a todo el cuerpo. Para lograrlo se necesitan, según Schultz, de una a dos semanas. No se precisa retroceso en la sensación de calor.

3er ejercicio

Regulación cardíaca. El paciente apoya la mano derecha en la región precordial para ayudarse a concentrarse en esa zona, dejando el brazo izquierdo en la postura usual. A continuación, se concentran tranquilidad, peso y calor, procurando localizarlos en la región del tórax. El paciente debe entonces repetirse “El corazón me late fuerte y tranquilo”. Alternándolo con las frases anteriores. No debe intentarse la lentificación del pulso.

4º ejercicio

Regulación respiratoria. Schultz señala que la tranquilización de la respiración tiene que surgir como resultante de la completa sintonización de reposo. En el entrenamiento autógeno todo cambio voluntario en la respiración constituye una interferencia porque significaría tensión y actividad. Por tanto, el paciente debe abandonarse a sí mismo sin tratar de forzar cambios respiratorios a la vez que repiten las siguientes frases: “La respiración es tranquila”, “Algo respira en mi”, alternando con las frases anteriores. El dominio en este ejercicio puede alcanzarse en 10-15 días, a las 6-10 semanas de haber iniciado el entrenamiento.

5º ejercicio

Regulación de los órganos abdominales. Para relajar los órganos abdominales hay que concentrarse en el mayor nudo nervioso vital del abdomen: el plexo solar, situado aproximadamente en la mitad de la línea que une el ombligo con el extremo inferior del esternón (en la mitad superior del abdomen).

El paciente ha de repetirse la frase: "El plexo solar irradia calor", alternándola con las frases anteriores. El ejercicio puede facilitarse imaginando que el aire espirado se dirige hacia el abdomen. Para dominarlo se precisan de 10 a 15 días.

6º ejercicio

Regulación de la región cefálica. Schultz señala que tal como la representación del calor conduce a una dilatación de los vasos, la representación de frío da lugar a una constricción de los mismos y por tanto a una isquemia refrescante.

El objetivo de este ejercicio es que no se produzca una relajación vascular excesiva, repitiendo la frase: "La frente está agradablemente fresca". Este ejercicio puede aprenderse en 8-15 días. Una vez dominados los ejercicios anteriores el paciente pasa a inducirse el ciclo completo repitiéndose y tratando de vivenciar todas las frases anteriormente indicadas:

- "Estoy completamente tranquilo...tranquilo".
- "Brazos y piernas pesados...pesados".
- "Brazos y piernas calientes...calientes".
- "El corazón late fuerte y tranquilo".
- "Algo respira en mí".
- "El plexo solar irradia calor".
- "La frente está agradablemente fresca".

Al cabo de 3 meses aproximadamente pueden llegar a dominarse estos seis ejercicios que constituyen el ciclo inferior. A partir de este momento debe llegarse al absoluto dominio del método efectuando de uno a dos ejercicios diarios durante cuatro a seis meses, con lo cual la intensidad de los fenómenos será cada vez mayor y la aparición de los mismos cada vez más rápida.

Cada ejercicio completo terminará con un retroceso ¡mover brazos!, ¡respirar profundo!, ¡abrir ojos! El organismo aprende a relajar profundamente todos sus sistemas por concentración interna y a ponerlos nuevamente en tensión durante el retroceso.

- Debe intentarse representar las fórmulas de los ejercicios en forma de imagen.
- Si aparecen pensamientos ajenos al ejercicio hay que dejarlos desfilan tranquilamente.
- Si se observa que el rendimiento disminuye lo mejor es volver al primer ejercicio y al cabo de unos días se volverá al dominio de la totalidad.
- Si durante el ejercicio la persona se queda dormida al despertar no se necesita retroceso.
- Si se realiza por la noche no se realizará el retroceso con el fin de facilitar la conciliación tranquila del sueño.

g. Ventajas del Procedimiento

- Favorece la consecución de:
 - Relajación muscular general.
 - Reducción de la conductancia electrodérmica.
 - Disminución de motilidad gástrica.
 - Aumento de la temperatura periférica.
 - Reducción de la tasa cardíaca.
- Depende únicamente de la propia persona que puede autogenerar sus efectos.
- Utiliza un método sencillo.

h. Debilidades

- Defectos metodológicos en las investigaciones sobre su validez han hecho plantearse si los efectos que produce difieren de los producidos por un simple período de reposo.
- La duración del entrenamiento es muy larga.
- Dificultad para llevarla a cabo en cualquier momento por la necesidad de un ambiente especial.
- Diferencias individuales de autosugestión.
- Implica una relajación general por lo que el sujeto no puede llevarla a cabo cuando está realizando otra actividad.

4.2 Activación del organismo y sus niveles de respuesta

Ante este tipo de situaciones se produce una activación del organismo que afecta a los siguientes niveles de respuesta:

- “Lo que pienso” nivel cognitivo. Reestructuración de errores cognitivos.
- “Lo que siento” nivel fisiológico. Respiración, relajación y distensión.
- “Lo que hago” nivel motor. Afrontamiento de situaciones. La intervención.

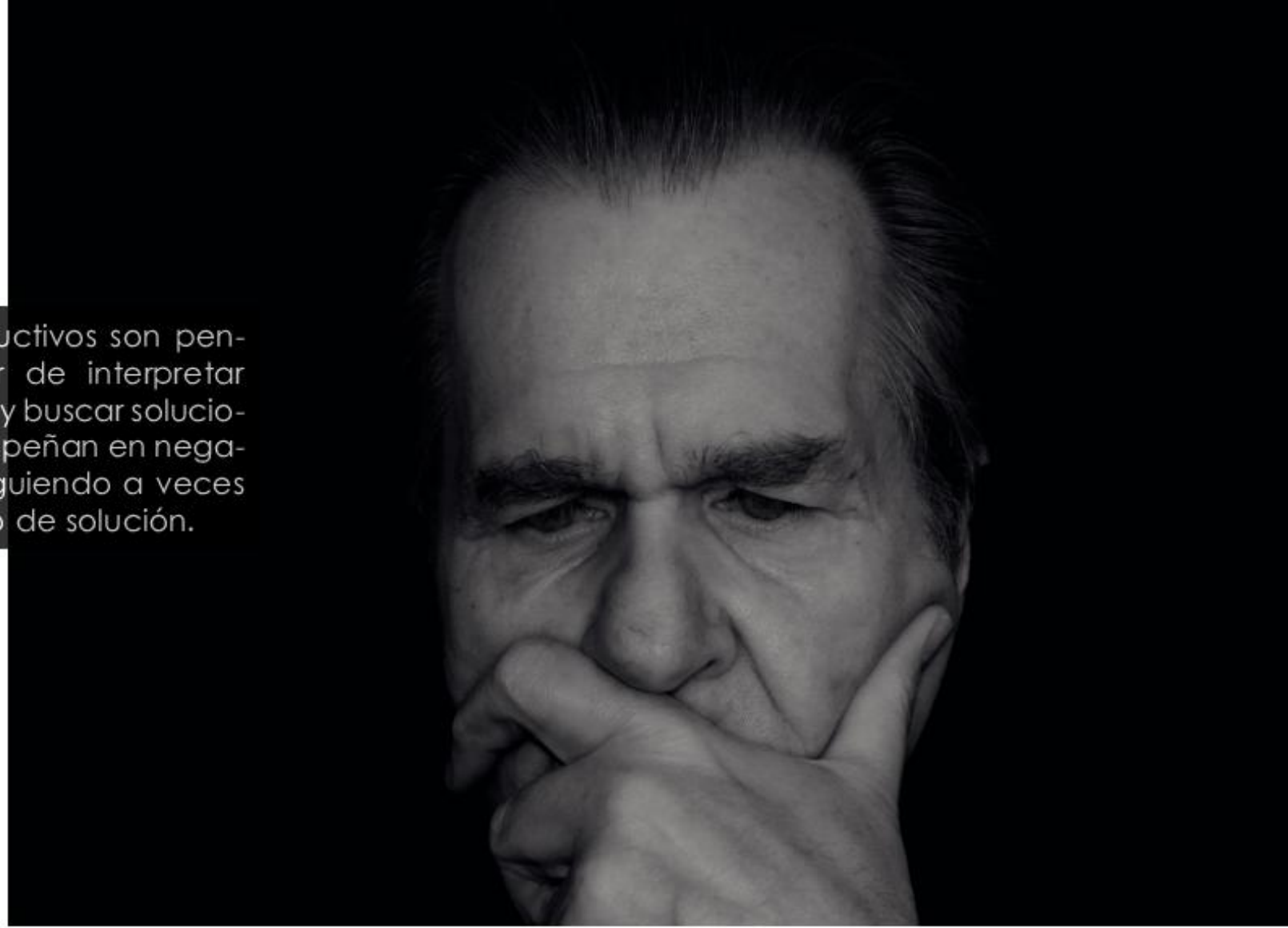
A. A nivel cognitivo

La forma como se interpreta una situación, lo que uno mismo se dice respecto a ella, es uno de los puntos clave que determina si una persona va a enfrentarse eficazmente a esta situación o si se va a sentir desbordada e incapaz de hacerlo. Esta suele ser una de las fuentes principales de alteraciones emocionales.

En este sentido, cabe señalar la existencia de una serie de pensamientos que podrían denominarse “im-productivos”, que:

- Se centran en los aspectos más negativos de las situaciones magnificándolos y olvidando los positivos.

Los pensamientos improductivos son pensamientos que, en lugar de interpretar objetivamente la realidad y buscar soluciones a los problemas, se empeñan en negativizar esa realidad, consiguiendo a veces bloquear cualquier intento de solución.



- Se centran en lo peor que pueda ocurrir, aunque las probabilidades de que ocurra lo peor realmente son inciertas y, a menudo, remotísimas.
- Magnifican la propia responsabilidad en las cosas que “salen mal”, incitando al autocastigo.
- Juzgan, moralizan.

B. A nivel fisiológico

Cuando una persona interpreta una situación como amenazadora, estresante o desagradable como la de creer que se ahoga; automáticamente su organismo se prepara para enfrentarse o para huir de esa situación, activándose entonces el sistema nervioso vegetativo.

En principio, este es un mecanismo ventajoso que posibilita, cuando presenta niveles moderados, la reacción ante cualquier situación nueva. Pero si este mecanismo se mantiene excesivamente en el tiempo o se activa a niveles muy altos, provoca:

- Una disminución de la capacidad para enfrentarse eficazmente a la situación.
- Un aumento de la sensación de malestar.
- Una desorganización en los niveles cognitivo y motor.

Controlar el sistema vegetativo de forma directa es difícil pero indirectamente puede hacerse a través de la práctica de la respiración profunda, de la relajación progresiva y de la distensión continua.

C. A nivel conductual

Ante una situación difícil es probable que no se sepa cómo actuar por inhibición o por bloqueo, o que se actúe de forma descontrolada o desorganizada. Una de las formas para evitar ambas reacciones consiste en plantearse la situación siguiendo las seis fases del “Esquema de Afrontamiento de Situaciones” que se muestra a continuación:

- Describir la situación. A veces, cuando la situación es emocionalmente intensa cuesta mucho limitarse a describir objetivamente la situación y suelen aparecer interpretaciones subjetivas que dificultan una resolución eficaz.
- Escribir un listado de alternativas. Ocurre con frecuencia que no se invierte el tiempo necesario en este paso y se olvida que esta fase creativa es fundamental para el afrontamiento eficaz de la situación. Es clave darse permiso para sentirse libre y para no criticar, juzgar o boicotear cada una de las alternativas que se van proponiendo. Todas tienen sus pros y sus contras; pero eso no se analiza en este paso, sino en el siguiente. En esta fase “todo vale, no se juzga”.
- Valorar cada alternativa. Esta es la fase crítica donde se analizan, juzgan y valoran a fondo cada una de las alternativas propuestas en el paso anterior.

Actividad 1

Imagina que tienes ya el título de socorrista y te ha contratado una empresa para trabajar. A lo largo de tu trayectoria profesional independientemente de los sucesos que haya en su labor diaria, es importante que mantengas una adecuada actitud y determinadas habilidades sociales para responder adecuadamente a los clientes a los que atiendes.

¿Cómo actuarías de manera óptima para tener a los usuarios satisfechos con tu tarea profesional?

Actividades 2

Fernando es socorrista en una piscina municipal. Hace unas semanas uno de los bañistas a su cargo, falleció por ahogamiento como consecuencia de un fatídico accidente al pasar corriendo por el pediluvio.

Tras pasar unos días desde el fatídico hecho, Fernando empieza a sufrir una clara sensación de culpa y autorreproche por no poder haber evitado su muerte. Continuamente está pensando que debía haber cerrado la puerta del pediluvio para evitar que entraran corriendo y que ha sido él quien tuvo la culpa por no haber sido diligente.

Explica por qué piensas que Fernando tiene esos pensamientos irracionales.

- Tomar la decisión. El mayor riesgo de esta fase es precisamente no realizarla, al no encontrar la “solución perfecta”, y volver a los anteriores pasos del esquema y entrar en un “círculo vicioso” que dificulte el paso a la acción.
- Actuar. Es muy importante que se asuma que la alternativa elegida es la mejor, no la perfecta (que casi nunca existe). De manera que luego puedan interpretarse correctamente las consecuencias negativas que puedan aparecer al ponerla en práctica.
- Evaluar la actuación. El concepto más clave en este paso es: objetividad.

LO QUE HEMOS APRENDIDO

- Conocer lo que es el counseling o consejo asistido.
- Saber cuáles son las reacciones colectivas ante una situación de riesgo y las reacciones psicopatológicas de las personas afectadas por una situación de emergencia o crítica.
- Diferenciar entre las distintas reacciones psicológicas y del comportamiento según el periodo de la situación crítica.
- Conocer las habilidades emocionales por parte del socorrista que permita optimizar una respuesta adecuada a la víctima y provocar una actitud que ayude a manejar tanto las propias emociones como las de los pacientes y allegados, y las de otros profesionales.
- Manejar adecuadamente la situación de rescate en todos sus apartados.
- Saber realizar las diferentes técnicas de control de la ansiedad por parte del socorrista.
- Reconocer ante este tipo de situaciones críticas, que se produce una activación del organismo que afecta a los siguientes niveles de respuesta:
 - “Lo que pienso” nivel cognitivo. Reestructuración de errores cognitivos.
 - “Lo que siento” nivel fisiológico. Respiración, relajación y distensión.
 - “Lo que hago” nivel motor. Afrontamiento de situaciones. La intervención.

Comunicación aplicada a situaciones de emergencia

1. TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL

El funcionamiento de las sociedades humanas es posible gracias a la comunicación. Esta consiste en el intercambio de mensajes entre los individuos.

Desde un punto de vista técnico se entiende por comunicación el hecho que un determinado mensaje originado en el punto A llegue a otro punto determinado B, distante del anterior en el espacio o en el tiempo. La comunicación implica la transmisión de una determinada información.

1.1 La comunicación en relación con el accidentado

Dentro del proceso relacionado con la comunicación en situación de emergencias, podremos actuar de la siguiente manera con la finalidad de minimizar el impacto de dicho riesgo:

- **Técnicas de comunicación verbal y no verbal**
- **Habilidades sociales**
- **Comunicación en situaciones conflictivas durante el rescate y resolución de conflictos**

OBJETIVOS:

- Gestionar la información al accidentado o acompañantes en función de la situación de emergencia
- Describir las pautas en la comunicación con el accidentado durante el momento del control en el agua
- Describir las pautas de comunicación y el mensaje al accidentado durante el traslado en el medio acuático y en la extracción del mismo
- Establecer comunicación con un posible accidentado con talante tranquilizador y cordial, a la vez que se realiza la intervención sobre el supuesto accidentado
- Establecer comunicación con los otros usuarios, informándoles clara y tajantemente de la conducta que deben realizar para evitar que empeore la situación o solicitando colaboración para realizar alguna maniobra
- Establecer comunicación con los supuestos familiares del accidentado, tranquilizándoles e informándoles de su estado y evolución



¿Qué no hacer nunca?

- Culpabilizar/Recriminar.
- Diagnosticar sin fundamento.
- Gritar o alterarse.
- Asustar.

¿Qué no hacer nunca?

- Opinar sin criterio o conocimientos.
- Recriminar acciones a compañeros.
- Gritar y alterar el trabajo en equipo.

- **Presentarse e identificarse:** presentación sencilla, tono tranquilo y palabras justas.
- **Explicar el motivo de la prevención:** es importante que el usuario entienda que no es algo personal sino una medida preventiva.
- **Identificar la conducta correcta como medida preventiva.**
- **Comunicar a los usuarios medidas educativas preventivas:**

Dentro del **ámbito** de intervención comunicativa con el accidentado:

- Identificarse: ¿Quién te ayuda?
- Animar y distraer: intentar eliminar aspectos traumáticos.
- Tranquilizar y pedir colaboración.
- Escuchar: evaluación.
- Ayudar en la recuperación: las situaciones de rescate crean lazos que debemos aprovechar.
- Explicar de forma impersonal pero que el bañista la asuma como algo personal.

1.2 La comunicación en relación con los compañeros o auxiliares accidentales

Dentro del **ámbito** de intervención comunicativa con los compañeros o auxiliares accidentales:

- Identificarse y ofrecer ayuda.
- Informar y pedir ayuda.
- Pedir opiniones: (siempre a gente autorizada).
- Dirigir maniobras: voz firme y clara.

1.3 La comunicación en relación con el resto de usuarios/público

Dentro del **ámbito** de intervención comunicativa con el resto de usuarios/público:

- Solicitar ayuda si es necesario e imprescindible:
 - Llamar al 112.

- Señalizar el accidente.
- Rescates a coches, etc.
- Dar **órdenes** claras, asumibles y sencillas.
- Agradecer la colaboración.

Por **último**, ante situaciones especiales de comunicación; la actuación debe ser la siguiente:

- **Relación con los medios de comunicación:**

- Coordinación y un **único** responsable.
- Prohibición de facilitar información fuera de lo oficial: detalles 0.
- Fiabilidad y veracidad.
- Información pública y escrita.
- No opinar y juzgar hechos.

- **Comunicación de malas noticias:**

- **1º Una noticia mala es siempre mala:** intentar evitar impacto psicológico.
- **2º Antes de dar una mala noticia:** infórmate bien y busca el familiar idóneo para comunicárselo.
- **3º Esperar reacciones de los familiares:** negación, shock, etc.
- **4º Consejos para comunicar malas noticias:** la actitud debe ser:
 - Seriedad.
 - Paciente.
 - Entender y no bloquear.
 - Discreción.
 - Respeto.
 - Llantos, jadeos, gritos etc.

- **Comunicación con personas violentas:** podemos encontrarnos con personas enfadadas o malhumoradas, personas intolerantes y autoritarias o personas ebrias y drogadas. Los consejos que debemos tener en cuenta son:

- Seriedad.
- Paciencia.
- Si la cosa se nos pone fuera de control llamar a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.
- Discreción.
- Respeto.

Hay un mecanismo humano innato que le empuja a expresarse en armonía, con todo su ser. Dicha armonía o congruencia dota a la comunicación de credibilidad, la multiplica, la potencia. La ausencia de congruencia en los lenguajes produce desconfianza en el receptor. Por congruencia entendemos que los dos lenguajes, el verbal, y el no verbal y paraverbal (la voz) comunican en la misma dirección, el mismo mensaje, el mismo contenido.



1.4 La comunicación en situación de emergencia

La comunicación humana se puede dividir en dos tipos de modelos de comunicación que actúan, como en las películas, de modo simultáneo:

- **El lenguaje verbal:** lo que decimos con las palabras.
- **El lenguaje no verbal:**
 - El lenguaje no verbal: lo que decimos con los gestos de la cara y del cuerpo, así como con nuestra imagen.
 - El lenguaje paraverbal: lo que decimos con la calidad y la cualidad de la voz.

A esta división hemos de añadir varias consideraciones. En primer lugar, que el 80 % de nuestro mensaje se transmite a través del lenguaje no verbal y de la voz (según la Escuela de Palo Alto, California). Y en segundo lugar que la razón se comunica a través de las palabras, del discurso, mientras que las emociones lo hacen a través del cuerpo y de la voz.

Se distinguen fundamentalmente tres **estilos en la comunicación**, que se clasifican según las formas de expresión que utilizan:

- **Estilo no asertivo**, caracterizado por presentar un comportamiento verbal vacilante.
- **Estilo agresivo**, caracterizado por presentar un comportamiento verbal impositivo.
- **Estilo asertivo**, caracterizado por presentar un comportamiento verbal firme y directo.

A continuación, se esquematizan sus características:

ESTILO NO ASERTIVO	ESTILO AGRESIVO	ESTILO ASERTIVO
Comportamiento verbal	Comportamiento verbal	Comportamiento verbal
Vacilante. Utiliza expresiones: "Quizás, supongo que, bueno, tal vez, no si yo, no te molestes..."	Impositivo. Utiliza expresiones: "Tienes que, no te tolero, no te consiento..." Interrumpe a los demás, da órdenes...	Firme y directo. Utiliza expresiones: "Deseo, opino que, me estoy sintiendo, ¿qué opinas...?"
Comportamiento no verbal	Comportamiento no verbal	Comportamiento no verbal
<ul style="list-style-type: none"> - Postura cerrada y hundida en el cuerpo. - Movimientos forzados, rígidos e inquietos, se retuerce las manos. - Posición de la cabeza a menudo hacia abajo. - Ausencia de contacto visual, miradas bajas. - Voz baja. Tono de voz vacilante. - Movimientos del cuerpo tendente a alejarse de los otros. - Puede evitar totalmente la situación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Postura erecta del cuerpo y hombros hacia atrás. - Movimientos y gestos amenazantes. - Posición de la cabeza, a menudo hacia atrás. - Mirada fija. - Voz alta, habla fluida y rápida. - Movimientos del cuerpo tendente a invadir el espacio del interlocutor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión social, franca, y abierta del cuerpo. - Postura relajada. - Ausencia de tensión muscular. - Movimientos faciales y pausados. - Cabeza alta y contacto visual. - Movimientos del cuerpo y cabeza orientados hacia el otro. - Tono de voz firme. - Espacio interpersonal adecuado.
Otras características	Otras características	Otras características
<ul style="list-style-type: none"> - Deja violar sus derechos. - Baja autoestima. - Pierde oportunidades, deja a los demás elegir por él. - Se siente sin control. - No suele lograr sus objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Viola sus propios derechos. - Baja autoestima. - Pierde oportunidades, se mete en otras elecciones. - Se siente sin control. - Puede lograr algunos objetivos, pero dañando las relaciones, tiende a humillar, por lo que no logra otros objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Protege sus derechos y respeta los de los demás. - Logra sus objetivos sin agredir a los demás. - Se siente satisfecho consigo mismo. - Tiene confianza en sí mismo. - Permite a la otra persona saber que se le comprende y como te sientes. - Establece su posición o lo que quiere con claridad. - Ofrece una explicación cuando procede.

Las conductas que facilitan la comunicación son, entre otras:

- **Silencio acogedor.** Debe ser la mejor muestra de interés, pero no debe llegar a provocar tensión.
- **Lenguaje corporal.** Se escucha de frente, no de perfil ni de medio perfil; mi cuerpo puede seguir con suavidad sus movimientos, mi rostro refleja los sentimientos de la otra persona (conducta "espejo").
- **Contacto visual.** Establezco un contacto visual amable que demuestre el interés pero que a la vez no sea presionante.
- **Ruidos amistosos.** Hay ruidos, expresiones (sí... ahá...) que marcan el seguimiento de la conversación.
- **Resumir o parafrasear.** En circunstancias es muy conveniente hacer un resumen de lo que la otra persona habló, demostrándole que se atendió y entendió todo lo que se dijo.

BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN	ELEMENTOS FACILITADORES
1) Lugar o momento elegido.	1) Lugar o momento elegido.
2) Estados emocionales: comprensión, recuerdo, atención...	2) Estados de ánimo favorables.
3) Acusaciones, amenazas, exigencias...	3) Escuchar activamente.
4) Preguntas de reproche.	4) Empatizar.
5) Declaraciones del tipo "deberías"	5) Hacer preguntas.
6) Inconsistencia de los mensajes.	6) Petición de parecer.
7) Cortes de la conversación.	7) Declaración de deseos.
8) Etiquetas.	8) Mensajes consistentes.
9) Generalización.	9) Mensajes "yo".
10) Consejo prematuro, no pedido.	10) Acuerdo parcial o de aceptación.
11) Utilización de términos vagos.	11) Reforzar conductas.
12) Ignorar los mensajes importantes.	12) Expresar sentimientos.
13) Disputa sobre diferentes versiones de hechos pasados.	13) Utilización del mismo código.
14) Justificaciones excesivas de las propias posiciones.	
15) Diferente código.	
16) Juzgar a priori los mensajes.	
17) Interpretar y hacer "juicios de personalidad".	

1.5 Elementos de la comunicación

A. La comunicación verbal

a. El mensaje

Estamos ante una **situación comunicativa** porque algo se ha transmitido. Esto constituye el primer elemento de la comunicación, y le llamaremos **mensaje**. Ahora bien, lo más probable es que el mensaje que se ha transmitido genere a su vez una respuesta. En ese caso, se produce un mensaje nuevo.

b. Emisor y receptor

Otra condición de cualquier situación comunicativa es que deben existir dos partes interviniendo en ella. Una, es la que transmite el mensaje, y la otra, es a quien se le transmite. A la parte que transmite el mensaje, le llamaremos **emisor**, y a la que lo recibe, **receptor**.

Cualquier persona o grupo de personas puede hacer estos papeles. Los papeles de emisor y receptor pueden ser adoptados indistintamente por las personas, dependiendo de las circunstancias. Cuando tenemos una conversación, somos alternadamente emisor y receptor.

c. Código: signos para comunicarnos

Mensaje, emisor y receptor son básicos para que exista comunicación, pero para que se produzca la comunicación es necesario un nuevo elemento, que llamaremos **código**. Se trata de un **conjunto de signos** que le permita al emisor transmitir el mensaje, de manera que el receptor pueda entenderlo.

Para que se produzca comunicación se necesita que tanto el emisor como el receptor manejen el mismo código.

d. El idioma

Existen muchísimos códigos con los que nos comunicamos día a día. El más común es el **idioma**. Cada país tiene una misma lengua, en la que se comunican sus habitantes y por eso se entienden.

TOME NOTA

En la comunicación, todos los elementos son importantes y absolutamente imprescindibles. Si cualquiera de ellos faltara, el proceso quedaría incompleto y la comunicación no se realizaría.

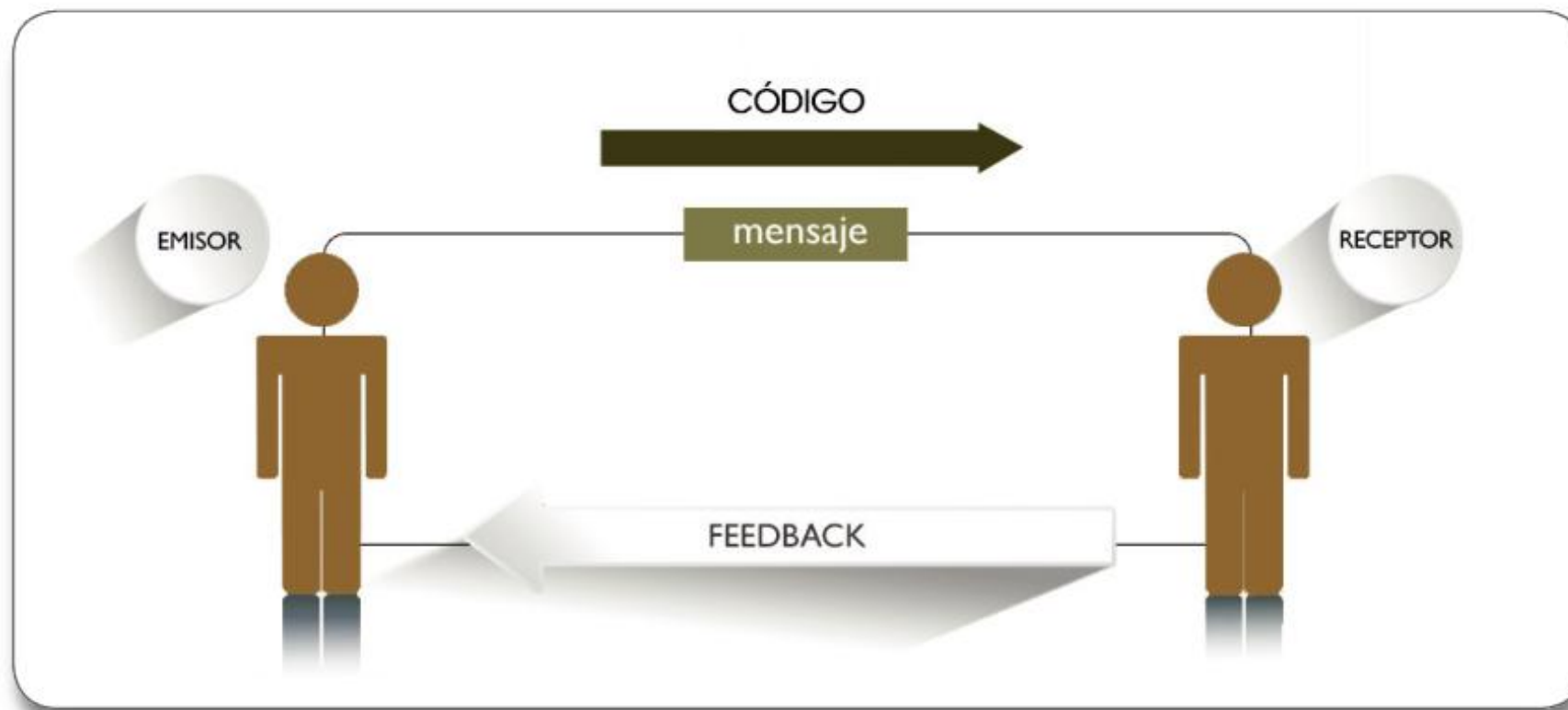
e. Otras formas

A parte del idioma, existen muchos otros códigos, es decir, muchos conjuntos de signos, que utilizamos a diario.

Uno de ellos son las **señales de tráfico**. En estas situaciones, así como en tantas otras, vemos que no hay ninguna participación del lenguaje. Sin embargo, el mensaje que se da es recibido, ya que los receptores entienden el código que se está empleando.

f. En resumen

Podemos resumir lo expuesto hasta ahora mediante el siguiente gráfico o esquema de la comunicación:



g. Funcionamiento de los elementos básicos de la comunicación

Algunas sugerencias respecto al funcionamiento de los elementos básicos de la comunicación pueden servirnos para que ésta sea más eficaz. Nos referimos sólo a aquellos elementos en los cuales más puede intervenir el emisor, que es quien organiza todo el proceso de comunicación.

El emisor

- Dar por supuesto que el mensaje será distorsionado.
- Reducir cuanto sea posible el número de escalones.
- Habituarse a planificar la comunicación.
- Definir claramente los objetivos, tanto los intermedios como el final. Esto supone que el emisor tenga previstos los comportamientos que pretende el receptor.
- Buscar el feedback del desarrollo de la comunicación en todos sus pasos, y obrar en consecuencia.
- Antes de poner en marcha la comunicación, establecer los lazos de unión existente entre emisor y receptor, y montar sobre estos rodamientos el mensaje.

- Que no trate de impresionar a otros, porque esto basta para cortar toda posibilidad de comunicación.

El mensaje

- Que sea inteligible para el receptor.
- Terminología de referencia común.
- Que reclame la atención y el interés del receptor.
- Que sea fácil de descodificar e interpretar.
- Que su contenido sea pertinente y convincente.
- Que produzca el máximo efecto posible.

El canal

- Que sea el más adecuado:
 - Al grupo o persona a quien se dirige.
 - Al contenido del mensaje.
 - Al objetivo del emisor (eficacia).
- El más económico (No el más barato).
- El de mayor impacto.
- El que mejor domine el emisor.

B. La comunicación no verbal

a. Concepto

Como indica Allan Pease, “la comunicación humana se efectúa más mediante gestos, posturas, posiciones y distancias relativas que por cualquier otro método. La conducta no verbal desempeña una importante función en la comunicación y las relaciones con los demás. Al comunicarnos tendemos a dar más importancia al lenguaje oral, pero gran parte del significado del mensaje el 75% o más, se transmite a través del lenguaje no verbal. Evidentemente, muchas conductas no verbales se interpretan como símbolos verbales.

La diferencia entre la comunicación verbal y la no verbal reside en que usamos la primera principalmente para proporcionar información, mientras que utilizamos la no verbal para expresar las actitudes personales y, a veces como sustituto de los mensajes verbales.

Lo más fascinante de la comunicación no verbal es que los animales humanos rara vez somos conscientes de que nuestras posturas, movimientos y estos cuentan una historia a los demás...

La comunicación no verbal se refiere a la parte de la comunicación que tiene que ver con los movimientos corporales, voluntarios o inconscientes, que acompañan a la comunicación verbal, incluye también, cómo se dicen las cosas (volumen de voz, tono, enfatizaciones, frecuencia de emisión, etc.).

La importancia de la comunicación no verbal se ilustra a través de la confianza que ponen tanto el emisor como el receptor en los mensajes no verbales del otro. La conducta no verbal puede dar una imagen más exacta de nosotros mismos. La mayoría de las conductas no verbales son muy espontáneas y no pueden ser falseadas con facilidad. La conducta no verbal se añade de forma significativa a las interpretaciones que hacemos de los mensajes verbales. La comunicación no verbal es un proceso complejo en el que intervienen las personas, las palabras, el tono de voz y los movimientos del cuerpo.



Aspectos como nuestro estilo personal de andar, de hablar, de vestir, saludos, etc. Todo ello constituye un cúmulo de pautas de comportamiento que están comunicando cosas, que están lanzando mensajes, y que es más fiable que la comunicación oral por cuanto que comunican intenciones, propósitos, matizan o contradicen a lo que se está diciendo, en la mayoría de los casos de forma inconsciente.

Paralelamente a la comunicación verbal, se da una sintonía de movimientos entre los interlocutores, un “baile” de posturas y gestos que a un observador perspicaz le proporciona una información riquísima sobre la relación que mantienen esas personas, los roles que juegan, el interés que manifiestan, etc.

b. Dimensiones

Existen principalmente distintas dimensiones de la conducta no verbal que influyen sobre la comunicación son las: kinestésias, lo paralingüístico, las proxemias, los factores ambientales y el tiempo.

Kinestésias

El movimiento corporal, o la conducta kinestésica, incluyen los gestos, los movimientos del cuerpo, las expresiones faciales, los movimientos oculares y la postura. Además de la observación de los movimientos corporales, la comunicación implica la identificación de las señales vocales no verbales denominadas paralenguaje - la forma del mensaje.

- Ojos

En nuestra cultura mostramos mucho interés por los ojos de las personas. La cultura occidental en particular enfatiza la importancia del contacto ocular en las interacciones interpersonales.

Cuanto mayor sea el número de miradas compartidas entre dos personas mayor es el nivel de vinculación emocional y de comodidad entre ellas. Apartar la mirada puede servir para esconder la vergüenza mientras se expresa un sentimiento particular que se valora social o culturalmente como tabú (Exline & Winters, 1965).

El parpadeo excesivo (normal= de 6 a 10 veces por minuto en los adultos), puede relacionarse con la ansiedad. La frecuencia del parpadeo decrece normalmente durante los períodos de atención y concentración. La humedad o las lágrimas pueden tener significados emocionales contradictorios en personas diferentes. Alejar la mirada puede indicar que el cliente se halla procesando o recordando material (Singer, 1975). La dilatación de las pupilas, una respuesta autonómica (involuntaria), puede indicar activación emocional, atención e interés (Hess, 1975). Aunque la dilatación de las pupilas ocurre bajo ciertas condiciones que representan actitudes interpersonales positivas, existen pruebas de que lo contrario (la contracción de las pupilas) se asocia a actitudes negativas hacia las personas (Knapp, 1978).

- Boca

La sonrisa se asocia a las emociones de felicidad y diversión. Los labios tensos pueden implicar estrés, frustración, hostilidad o rabia. El temblor del labio inferior o morderlo puede ser síntoma de ansiedad o tristeza. Una boca abierta sin hablar puede indicar sorpresa o dificultad para hablar.

- Expresiones Faciales

La faz de la otra persona puede ser el estímulo más importante en la interacción porque es el principal emisor de información emocional (Ekman, Friesen & Ellsworth, 1972). Las expresiones faciales se utilizan para iniciar y terminar las conversaciones, proporcionar feedback a los comentarios de los otros, subrayar o apoyar un mensaje verbal y transmitir emociones (Ekman & Friesen, 1969). Por ejemplo, una emoción puede transmitirse mediante una parte de la cara y otra diferente en otra área. Es raro que una cara exprese sólo una única emoción cada vez. Con mayor frecuencia el rostro muestra una gama de diversas emociones.

TOME NOTA

El contacto ocular puede expresar sentimientos, deseos de cambio interpersonal o disposición para seguir o dejar de hablar. La falta de contacto ocular o eludir la mirada puede ser signo de retracción, vergüenza o incomodidad (Exline & Winters, 1965). En oposición a la opinión generalizada, la falta de contacto ocular no sugiere decepción o falta de sinceridad (Sitton & Griffin, 1981). Las personas que generalmente evitan el contacto ocular pueden buscarlo cuando esperan algún feedback. El contacto ocular también puede ser una señal para pedir una pausa en la conversación o para decir algo (Knapp, 1978).

Las diferentes áreas faciales expresan diferentes emociones. Felicidad, sorpresa y disgusto pueden transmitirse a través de la parte inferior del rostro (boca y región de la mandíbula) mientras que la tristeza se transmite con los ojos. La parte inferior del rostro y las cejas expresan la rabia; el temor se expresa generalmente a través de los ojos (Ekman, Friesen & Tomkins, 1971). Aunque sea difícil «leer» a alguien sólo por sus gestos faciales, estas señales pueden apoyar otros índices de emoción no verbales en el contexto de la entrevista.



- **Cabeza**

Los movimientos de la cabeza pueden ser fuente de mucha información para interpretar el estado afectivo o emocional de una persona. La cabeza erecta, de frente a la otra persona de forma relajada indica receptividad para la comunicación interpersonal. Mover la cabeza de arriba hacia abajo implica confirmación o asentimiento. Mover la cabeza de izquierda a derecha implica desacuerdo o rechazo. Mover la cabeza al mismo tiempo que las piernas puede connotar rabia. Sostener la cabeza con rigidez puede ser indicativo de ansiedad o rabia y cuando la cabeza cuelga en dirección al pecho puede ser indicativo de desacuerdo o tristeza.

- **Hombros**

La orientación de los hombros puede proporcionar información sobre la actitud de la persona con respecto a los intercambios interpersonales. Los hombros dirigidos al frente pueden indicar interés, atención o receptividad para la comunicación interpersonal. Girar el hombro, o dirigirlo hacia otro sentido puede implicar que la persona no es receptiva a los intercambios interpersonales. Esta postura también puede reflejar tristeza o ambivalencia. Encoger los hombros puede ser síntoma de desconcierto, sorpresa, ambivalencia o frustración.

- **Brazos y Manos**

Los brazos y las manos pueden ser muy expresivos para transmitir el estado emocional del individuo. Los brazos cruzados

delante del pecho pueden indicar la evitación del intercambio interpersonal o el rechazo a la revelación. La ansiedad o la rabia pueden reflejarse en las manos temblorosas. Los brazos y manos que no se mueven y que se hallan en posiciones fijas pueden ser indicativos de tensión, ansiedad o rabia. Los brazos desplegados, relajados y unas manos gesticulantes pueden indicar apertura hacia la implicación interpersonal o la acentuación de algunos puntos de la conversación. La respuesta autonómica de sudoración de las palmas puede reflejar ansiedad o activación emocional.

- **Piernas y Pies**

Si las piernas y los pies parecen cómodos y relajados la persona parece indicar apertura para el intercambio personal. Cruzar las piernas o un pie que da golpes puede indicar que la persona experimenta cierta ansiedad o impaciencia o que quiere decir algo. Cruzar y descruzar las piernas repetidamente indican ansiedad, depresión o impaciencia. Una persona que parezca tener piernas y pies «muy controlados» o «rígidos» puede ser rígida, ansiosa o cerrada a los intercambios personales.

- **El cuerpo en su totalidad y los movimientos corporales**

Los movimientos corporales no se producen al azar. Por el contrario, parecen estar ligados al discurso humano. Desde el nacimiento parece que se realiza un esfuerzo para sincronizar los movimientos corporales y los sonoros. En los adultos, la falta de dicha sincronía puede ser síntoma de patología. La falta de sincronía en los movimientos y el discurso entre dos personas puede indicar que ninguna de las dos personas atiende (Condon & Ogston, 1966).

Una de las funciones más importantes de los movimientos del cuerpo es la *regulación*. Varios movimientos corporales regulan o mantienen la interacción interpersonal. Los movimientos corporales también son útiles para finalizar una interacción, como puede ser el final de la entrevista. La salida no verbal o las conductas de finalización que acompañan una afirmación verbal conclusiva incluyen la disminución del contacto ocular y la disposición del organismo cerca de la salida.

Proxemias

Hall a finales de los sesenta creó la palabra proxemia (relativo a proximidad o cercanía). Se entiende por proxemia el espacio que

TOME NOTA

Otra forma de regular una interacción mediante el movimiento corporal consiste en esperar el turno, el intercambio de roles de emisor y receptor en la conversación. La mayoría de las veces adoptamos los turnos de forma automática. «Sin ser conscientes de lo que hacemos, utilizamos los movimientos corporales, las vocalizaciones y algunas conductas verbales que a menudo parecen acompañar a la adopción del turno con una eficacia asombrosa» (Knapp, 1978).

una persona considera como propio, como si fuera una extensión de su cuerpo. Todos tenemos un espacio definido alrededor de nuestro cuerpo y a ese espacio lo llamamos “burbuja de aire”. Las dimensiones de esta burbuja están determinadas por:

- La densidad de población del lugar de origen (rural/urbano).
- El tipo de cultura (occidental/oriental).
- El status en el trabajo, etc.

Pease (1992) habla de cuatro distancias zonales:

- **Zona Íntima** (15 - 45 cm) a la que sólo acceden personas muy cercanas a la persona de referencia, por ejemplo: sus padres, los hijos, el cónyuge, algunos amigos.
- **Zona Personal** (46 - 122 cm). Es la zona establecida en el trabajo o en una reunión social.
- **Zona Social** (123 - 360 cm). Es la zona establecida para relacionarnos con extraños, como serían, por ejemplo, personas que vienen a nuestra casa a realizar un servicio determinado (fontaneros, albañiles, etc.).
- **Zona Pública** (más de 360 cm). Una distancia que resulta cómoda para dirigirnos a un grupo de personas.

El espacio personal ayuda a regular la interacción social. Sin embargo, debemos considerar que puede ser fuente de conflictos.

El tema de la territorialidad es especialmente relevante, por ejemplo, en la relación personal sanitario/usuario precisamente porque en muchas ocasiones ese espacio personal tiene que ser invadido por reconocimientos, curas, etc. Y si bien se tolera la invasión de la zona personal o social, cuando se invade la zona íntima se producen reacciones fisiológicas: late el corazón con más rapidez, etc. Por tanto, tenemos que entender que algunos usuarios del sistema sanitario vivan como estresantes las revisiones o curas. Y sentirán más angustia cuanto más “íntima” sea la parte del cuerpo que se ha de reconocer o tratar.

El tema de la territorialidad también es importante en un ámbito laboral como el de las ventas. A los vendedores en período de formación se les suele recordar que si ellos inician el apretón de manos con un cliente al que van a ver sin cita previa, pueden producirse resultados negativos ya que es como si se forzara la “invasión” del territorio de la otra persona (que tenderá a defenderse).

Un ejemplo más. Quizá podamos recordar alguna situación donde nos hayamos sentido incómodos dialogando con otra persona, aunque el tema de conversación no era incómodo ni mucho menos (incluso era interesante). Es posible que, si analizamos la situación, descubrimos que nuestro interlocutor “se pegaba” en exceso a nosotros y casi no nos dejaba “respirar”. A veces nos sorprendemos practicando verdaderos “bailes de salón”, en el despacho, con nuestro interlocutor: él se acerca, nosotros damos un paso hacia atrás, etc. Por esta razón es importante aprender a penetrar en la burbuja personal, poniéndose en el lugar del otro.

Por último, y puesto que la cuestión de distancias zonales está muy relacionada con la cultura, no podemos ignorar el medio concreto donde se produce el encuentro: si es rural o urbano. En el medio rural las distancias zonales suelen ser más amplias.

Paralenguaje

Con este término nos referimos a cómo se dan los mensajes: a la forma y no al contenido. Es importante tener en cuenta que, en el caso de la comunicación, la forma va a incidir en el contenido matizándolo. El paralenguaje, en palabras de Knapp (1992) tiene que ver con el conjunto de señales vocales no verbales establecidas alrededor del comportamiento común del habla. Aquí podemos incluir las vocalizaciones, que se componen de:

- Los **caracterizadores vocales** (la risa, el suspiro, el bostezo, el estornudo, etc.).
- Los **cualificadores vocales** (la intensidad de la voz, la altura -grave o aguda-, y la extensión -hablar cortado o arrastrar las palabras-).
- Las **segregaciones vocales** (admiraciones o esos sonidos del tipo "ah", "uh", "hummm", etc.).

Cuando se oye a otras personas hablar más alto de lo que se espera, se tiene la sensación de que están gritando, que están enfadados o que son unos insolentes... Y es que el volumen está vinculado tanto a las particularidades culturales (hay zonas donde se suele hablar más alto que en otras zonas) como a particularidades personales. Por lo tanto, es recomendable ser suficientemente sensibles y flexibles para analizar una situación comunicativa y adaptarse a ella.

Algunos estudios recientes mantienen que el estereotipo prejuicioso de hombre hablando rápido frente a mujer hablando rápido se mantiene. De esta manera, se entiende (mal) que un varón que habla rápido es más inteligente o convincente mientras que una mujer que habla rápido es percibida como nerviosa.

Cambiar el tono o el volumen de una palabra puede variar el mensaje. Lo que es evidente es que la manera de hablar puede facilitar o dificultar nuestra relación con los demás. Responder a la pregunta *¿cómo hablo?* puede reportar grandes beneficios en situaciones profesionales: entrevistas de trabajo, exposiciones orales, etc. Las personas expertas en productividad obrera han descubierto que la voz del supervisor o del capataz puede afectar al desempeño de los y las trabajadores (Elsa, 2000).

La voz se convierte en un barómetro del nivel de estrés, de la fatiga acumulada o del estado emocional. Para valorar el uso que hacemos del paralenguaje, conviene hacernos preguntas como las siguientes:

- ¿Al hablar me hace falta aliento?
- ¿Hablo lento o demasiado rápido?
- ¿Me salen las palabras de manera atropellada?

La percepción del entorno propio

Puede producir sobre las personas efectos diversos como excitación o aburrimiento, confortabilidad, o estrés. El medio puede percibirse como activador o no activador.

La percepción y uso del tiempo

Incluyen la puntualidad o el retraso al iniciar o finalizar las conversaciones, así como la cantidad de tiempo dedicado a la comunicación sobre unos temas o sucesos particulares.

El tiempo incluye multitud de dimensiones que pueden afectar a la interacción entrevistador/entrevistado. Uno de estos aspectos está relacionado con la percepción del tiempo, la puntualidad al iniciar y finalizar los temas y las sesiones.

c. Comportamientos no verbales con movimiento

Igualmente es muy importante reconocer y explorar las señales no verbales por múltiples razones:

- Porque sus conductas no verbales son claves de sus emociones y desde una perspectiva más global, las conductas no verbales son parte de las expresiones personales.
- El análisis de la conducta no verbal puede proporcionar una visión más completa de su conducta.
- Las señales no verbales pueden divulgar más “información secreta” que sus mensajes verbales.
- Generalmente las conductas no verbales son más espontáneas que las conductas verbales. Las palabras pueden ser seleccionadas y manipuladas antes de ser emitidas... las conductas no verbales, por el contrario, son más difíciles de controlar.

Ilustradores

Son gestos que acompañan a la comunicación verbal vocal, haciendo un papel de mediación cuando el hablante tiene dificultades para establecer una conexión o, simplemente, desempeñan un papel de aclaración.

Se usan, por tanto, intencionadamente, para ayudar a la comunicación. Son movimientos que acentúan o enfatizan una palabra o frase.

Sin embargo, esa mencionada “intencionalidad” puede ponerse en cuestión porque es frecuente encontrar en personas, que está, excitadas o entusiasmadas un mayor número de ilustradores. De esta manera, podemos referirnos a los ilustradores como:

- Aclaración/ayuda para el receptor.
- Forma de autocontrol (como una forma de controlar la tensión).

Por la utilización de “ilustradores” en dos lo tanto, podemos hablar de sentidos. En este último caso posible que un cliente que mueva mucho las manos y los antebrazos y que hable sin parar, esté “informando” de un estado de ánimo muy alterado.

Reguladores

Son aquellos movimientos que mantienen y regulan el acto comunicativo. Se encargan de advertir al emisor que continúe, que repita, que se le pide turno para intervenir... Es decir, controlan la interacción proporcionando gran cantidad de información sobre la marcha de ésta.

Con ellos obtenemos un “feedback” acerca de cómo los demás reaccionan a una información, también ayudan a regular el flujo de la comunicación, etc. Son casi involuntarios, pero los percibimos muy bien en los otros.

Dentro de los reguladores cobra un papel fundamental la mirada. En esta línea, Friedman (1979) destaca la importancia de la mirada en la interacción profesionales-clientes. El no mirar a la cara de la otra

persona está relacionado con un proceso de despersonalización que, evidentemente, conlleva un efecto negativo en la relación. Es probable que en alguna ocasión hayamos tenido que utilizar la frase: *“pero mírame”*. Pensemos con qué energía lo decíamos.

Adaptadores

Para Ekman y Friesen (1969), los adaptadores son conductas no verbales que se han desarrollado para satisfacer necesidades, dominar emociones, establecer y mantener contactos sociales, etc. Pueden estar rozando las reacciones reflejas.

Normalmente este tipo de actos se incrementan cuando la tensión o la angustia aumenta. Se ha identificado tres tipos:

- Los autoadaptadores (rascarse, frotarse las manos, escarbarse la nariz...).
- Los heteroadaptadores (movimiento de extremidades).
- Los adaptadores dirigidos a los objetos (“jugar” con un bolígrafo, etc.).

Knapp (1987) mantiene que los adaptadores no tienen como finalidad ser usados en la comunicación, y que, sin embargo, se ven arrastrados a ello. Es decir, los adaptadores son conductas con nula intención comunicativa, pero son claras conductas informativas. Entendiendo con Fernández Dols (1994) que los mensajes explícitos que emitimos son conductas comunicativas y que lo que transmitimos de forma inconsciente son conductas informativas.

Estos comportamientos no verbales están relacionados, como hemos dicho, con el movimiento. Sin embargo, no sólo el movimiento informa. Hay otro tipo de señales que intervienen normalmente en la comunicación y deben ser tenidas en cuenta: el aspecto físico, la vestimenta, los “artefactos profesionales” que usemos, el tono de voz, el lugar de trabajo... van a emitir información.

d. Apoyo de mensajes verbales

Las conductas verbal y no verbal se relacionan, y se diferencian 6 formas de reconocer las formas en que las señales no verbales apoyan los mensajes verbales:



Podemos decir que los reguladores, tienen un importante papel de mediación en la interacción.

Repetición

El mensaje verbal es “entra y siéntate”: el gesto de la mano que señala la habitación y la silla reproduce el mensaje verbal,

Contradicción

El mensaje verbal es “Me gustas”, y se manifiesta con el ceño fruncido y con enfado en la voz. Algunas pruebas sugieren que cuando recibimos mensajes verbales y no verbales contradictorios tendemos a creer los no verbales,

Sustitución

Con frecuencia se utiliza un mensaje no verbal en lugar del verbal. Por ejemplo, si pregunta a alguien «¿Cómo estás?» y recibe una sonrisa, la sonrisa equivale a “hoy muy bien”.

Complementación

Un mensaje no verbal complementa al verbal elaborando o identificando el mensaje. Por ejemplo. Si alguien comenta un sentimiento incómodo y empieza a hablar más rápido cometiendo más errores.

Acento

Los mensajes no verbales pueden subrayar los verbales y con frecuencia enfatizar el impacto que producen. El tipo de emoción que alguien transmite se detecta mejor en sus expresiones faciales. El cuerpo transmite también una buena descripción de la emoción.

Negación

La comunicación no verbal es útil para regular el flujo de la conversación. ¿Ha advertido alguna vez que si usted asiente con la cabeza mientras la otra persona habla, ésta tenderá a seguir hablando? Pero, si usted mira hacia otro lugar o se levanta del asiento, la persona puede dejar de hablar, al menos momentáneamente. Tanto si lo advertimos como si no confiamos en las señales no verbales como feedback para iniciar o finalizar una conversación y para percatarnos de la atención de la otra.

2. HABILIDADES SOCIALES

2.1 Introducción

Desde el nacimiento, el ser humano es esencialmente un sujeto social que vive y se desarrolla en un proceso de aprendizaje social y el aprendizaje social ocurre inmediatamente después del nacimiento. Por tanto, la familia es la primera unidad social donde el niño se desarrolla y donde tienen lugar las primeras experiencias sociales. Para que la interacción posterior sea adecuada, es necesario que el sujeto haya desarrollado con anterioridad la seguridad que proporciona una correcta relación con la figura de apego.

La escuela es el segundo agente de socialización donde el niño va a aprender y desarrollar conductas de relación interpersonal. El niño va a aprender las normas y reglas sociales en la interacción con su entorno.

Los comportamientos sociales, tanto positivos como negativos, van a ir configurando el patrón de comportamiento que va a tener el niño para relacionarse con su entorno. Los objetivos de la escuela, por tanto, no deben enfocarse solamente hacia los contenidos, sino hacia un desarrollo integral del niño como persona, y para ello es necesario el entrenamiento en habilidades de relación interpersonal puesto que los déficits en estas habilidades que aparecen a edades tempranas se agravan con el tiempo. Además, los comportamientos interpersonales adecuados se consideran requisitos imprescindibles para una buena adaptación a la vida.



La escuela constituye uno de los entornos más relevantes para el desarrollo social y, por tanto, para potenciar y enseñar las habilidades de relación. Esta enseñanza tiene que hacerse del mismo modo que se hace la enseñanza de otras materias, es decir, de un modo directo, intencional y sistemático.

A partir de las bases conceptuales donde se crean las habilidades sociales y adentrándonos en la figura del socorrista, debemos tener claro que las relaciones interpersonales consisten en la interacción recíproca entre dos o más personas (socorrista/demás individuos con los que interactúan). Involucra los siguientes aspectos: la habilidad para comunicarse efectivamente, el escuchar, la solución de conflictos y la expresión auténtica de uno/una. Las destrezas para las relaciones son aquellas destrezas sociales y emocionales que promueven la habilidad para comunicarse clara y directamente, escuchar atentamente, resolver conflictos y expresarse de manera honesta y auténtica. Estas destrezas se pueden clasificar en las siguientes:

- Sociales.
- Comunicación.

- Autoconocimiento.
- Límites.

Dentro de cada una de ellas se pueden englobar y clasificar otras características o comportamientos claves:

- **Destrezas sociales**

- Autoimagen positiva y confianza.
- Asertividad proactiva.
- Iniciación al contacto.
- Comienzo de comunicación.
- Reconocimiento y evasión del peligro.
- Límites saludables.
- Comunidad.
- Apoyo.

- **Destrezas de Comunicación**

- Escuchar activamente.
- Empatía, apertura, conciencia.
- Respuesta reflexiva.
- Revelación.
- Expresión.
- Entendimiento del lenguaje corporal.
- Claridad y honestidad.
- No asumir.
- Contenido vs Proceso.
- Resolución de conflicto.
- Negociación.

- **Destrezas de Autoconocimiento**

- Autenticidad.
- Asertividad.
- Comunicación e integridad.
- Límites emocionales.
- Base en la realidad.
- Postergación de la gratificación.

- Distanciamiento.
- **Destrezas de Límites**
 - Reconocimiento y honor de valores comunes.
 - Respeto y Aceptación.
 - Escuchar.
 - Autenticidad.
 - Validación y apoyo.
 - Afecto físico y emocional.
 - Desarrollo del carácter.
 - Sentido de Identidad.
 - Límites saludables.
 - Perdón.
 - Encarar los propios miedos.

2.2 Procesos básicos de las habilidades sociales

Debemos de indicar que unas óptimas habilidades sociales se fundamentan en 5 procesos básicos que son:

- **Percepción:** proceso mediante el cual, las personas organizan e interpretan información a fin de dar significado y posibilidad de comprensión a su mundo. La percepción aporta la materia prima necesaria para los procesos del pensar, sentir y actuar. En el proceso perceptivo, también influyen significativamente los valores y creencias, los pensamientos y el mundo de la acción.
- **Pensamientos y sentimientos:** es pensamiento el que analizará, evaluará y emitirá un juicio sobre lo que nos afecta, como también planeará conductas complejas y organizará las acciones de acuerdo a la información con la que contamos. Los análisis que realizamos y los juicios que emitimos no pueden tener más valor que aquel que posee la información sobre la que se basan.
- **Intencionalidad:** por las intenciones nos dirigimos hacia las metas que nos fijamos.
- **Acción:** es hacer basado en la percepción, en los sentimientos, en el pensamiento y en una intencionalidad consciente que se expresa en objetivos.
- **Objetivos:** los objetivos son aquellas metas que concretan lo que los deseos e intenciones buscan alcanzar, son metas específicas, claras, retadoras, constituyen el “activador” de la conducta. Son la fuente principal de la motivación en el trabajo. Ellos definen un camino, orientan decisiones, informan de nuestro progreso. Cuando no hay objetivos claros se corre el riesgo de llegar a un resultado no deseado.

Dentro de las relaciones interpersonales podemos encontrar un abanico bastante amplio de una serie de características que definen este tipo de conductas de los individuos, y en este caso concreto del socorrista. Estas características son:

TOME NOTA

La confianza es un elemento vital en todas las relaciones interpersonales incluyendo las organizaciones. La gente debe creer en la veracidad de la información y de que se les hable de los asuntos importantes que les compete, así como creer en la veracidad y honestidad de sus líderes.

- **Honestidad y Sinceridad:** libre de mentiras e hipocresía. Nos permite explorar los límites sociales y propone la posibilidad de contrastar nuestras verdades con las de los demás.
- **Respeto y Afirmación:** fomenta la libertad mutua, que permite la creación del espacio psicológico y social en el que se desarrolla la visión de las cosas, de uno y de los demás.
- **Compasión:** las relaciones compasivas se relacionan con la capacidad humana de sentir-con, es decir, de identificarse con el otro, de ponerse psicológica en el lugar del otro.
- **Comprensión y sabiduría:** es la realización integral llevando a cabo la actividad de inteligencia interpersonal desde la compasión, el respeto a la libertad, la honestidad y la sinceridad. Los problemas en las relaciones interpersonales ocurren como resultado del compromiso de los involucrados en sus propias perspectivas, ideas, opiniones y sentimientos que abusan o pasan por alto los de los otros, estas giran alrededor de las necesidades de las personas y las necesidades que son satisfechas edifican relaciones personales entre los individuos. La meta de cualquier relación es cumplir dichas necesidades ya que si no son cumplidas socavan y destruyen las relaciones.

No obstante, las relaciones interpersonales dependen de los siguientes factores:

- La cantidad de personas involucradas.
- El propósito de la relación.
- El compromiso en la relación.
- El valor de la relación para cada uno.
- El nivel de madurez de los individuos.
- Las necesidades cumplidas.

2.3 Funciones de las habilidades sociales

Las habilidades sociales en las relaciones e interacciones entre iguales cumplen las siguientes funciones:

- **Conocimiento de sí mismo y de los demás.** Llegan a conocer su propia competencia al relacionarse con los demás y compararse con ellos, contribuyendo a la formación del autoconcepto. También van conociendo cosas de los demás y aprender a conocer su mundo social. Por lo tanto, las rela-

ciones interpersonales proporcionan un contexto que es crucial tanto para la individualización como para la socialización.

- **Desarrollo de determinados aspectos del conocimiento social y determinadas conductas, habilidades y estrategias que se han de poner en práctica para relacionarse con los demás:** reciprocidad, empatía y adopción de roles y perspectivas, intercambio en el control de la relación, colaboración y cooperación, estrategias sociales de negociación y de acuerdo...
- **Autocontrol y autorregulación de la propia conducta en función del feedback que se recibe de los otros.** Los iguales actúan como agentes de control reforzando o castigando determinadas conductas.
- **Apoyo emocional y fuente de disfrute.** En la relación con los iguales se encuentra afecto, intimidad, alianza, ayuda, apoyo, compañía, aumento del valor, sentido de inclusión, sentimientos de pertenencia, aceptación, solicitud...
- **Otros aspectos importantes** en las relaciones con los coetáneos son el aprendizaje del rol sexual y el desarrollo moral y aprendizaje de valores.

2.4 Habilidades sociales y Asertividad

Existe cierta confusión en la utilización de los términos asertividad y habilidades sociales, de forma que hay autores que los consideran sinónimos, mientras que otros defienden que corresponden a conceptos diferentes. Nuestra opinión es que la asertividad es un concepto restringido, un área, muy importante desde luego, que se integra dentro del concepto más amplio de habilidades sociales. La conducta asertiva es un aspecto de las habilidades sociales; es el «*estilo*» con el que interactuamos.

Entendemos, siguiendo las clásicas conceptualizaciones, que la asertividad es la conducta interpersonal que implica la expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los propios derechos personales, sin negar los derechos de los otros (Fernsterheim y Baer, 1976; Smith, 1975).

Para concretar y aclarar más este concepto, se incluyen a continuación los aspectos más relevantes de los estilos de relación pasivo/inhibido, agresivo y asertivo, ya que ello nos ayudará a analizar y explicar alguno de los hallazgos de nuestro trabajo. Nos basamos fundamentalmente en las aportaciones de Caballo (1993).

En las relaciones interpersonales se puede actuar de tres maneras distintas que son pasivas, agresivas y asertivas.

- a) **La conducta pasiva** es un estilo de huida. Implica la violación de los propios derechos al no ser capaz de expresar honestamente sentimientos, pensamientos y opiniones y, por consiguiente, permitiendo a los demás que violen nuestros sentimientos, o expresando los pensamientos y sentimientos propios de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan fácilmente no hacer caso.

La persona pasiva, tiene sus derechos violados, es inhibida, introvertida, reservada, no consigue sus objetivos, se encuentra frustrada, infeliz y ansiosa, ya que permite a los otros elegir por ella. Hay algunas personas que no defienden sus derechos, a fin de no deteriorar las relaciones con la/s otra/s persona/s y adoptan conductas de sumisión esperando que la otra persona capte sus necesidades,

La persona asertiva elige por ella misma, protege sus propios derechos y respeta los derechos de los otros, consigue sus objetivos sin herir a los demás, es expresiva socialmente y emocionalmente, se siente bien con ella misma y tiene confianza en sí misma. El objetivo de la conducta asertiva no es conseguir lo que el sujeto quiere, sino comunicarlo de forma clara y directa.

deseos y objetivos; éstas son personas pasivas. Lega, Caballo y Ellis (1997) apuntan que el objetivo de la conducta pasiva es apaciguar a los demás y evitar conflictos.

Para los inhibidos, el evitar o escapar de los conflictos productores de ansiedad es muy reforzante; por eso se mantiene la conducta inhibida.

- b) **La conducta agresiva** es un estilo de lucha. Implica la defensa de los derechos personales y la expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera tal que a menudo es deshonesto, normalmente inapropiado, y siempre viola los derechos de la otra persona. La persona agresiva viola los derechos de los otros, se caracteriza como persona explosiva, hostil y autoritaria.
- c) **La conducta asertiva** implica la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas.

2.5 Concepto de asertividad

El término asertividad, empleado de manera tan frecuente en la época pasada, es todavía un constructo que no tiene una definición universalmente aceptable. Se puede decir que en general hay un acuerdo táctico sobre lo que representa aproximadamente el vocablo asertividad. Pero algunos autores, y sobre todo a nivel popular, le dan un sentido limitado o le confunden con otro constructo como es el de la agresividad.

Uno de los aspectos a tener en cuenta en el estudio de las habilidades es el reforzamiento que puede tener dos manifestaciones: social e individual. Para la ejecución de una conducta socialmente habilidosa pueden coexistir los dos reforzamientos o uno de ellos. Aun estando sólo el individual y no haber un reforzamiento social (desaprobación, rechazo, castigo, etc.), puede ser una conducta habilidosa para el individuo, siempre que implique, crecimiento, desarrollo. Este último aspecto, que constituye un subconjunto dentro del marco de las habilidades sociales, ha sido citado con el término asertividad.

La asertividad proviene de un modelo clínico, cuya definición apunta a un gran conjunto de comportamientos interpersonales que se refieren a la capacidad social de expresar lo que se piensa, lo que se siente y las creencias en forma adecuada al medio y

en ausencia de ansiedad. Para esto se requiere naturalmente, buenas estrategias comunicacionales. Sin embargo, el concepto asertividad ha evolucionado considerándose que la conducta asertiva se refiere a aquellos comportamientos interpersonales cuya ejecución implica cierto riesgo social, es decir que es posible la ocurrencia de algunas consecuencias negativas el término de evaluación social inmediato y/o rechazo. Más aún, la falta de asertividad, dependiendo de la cultura, puede incluso ser valorado por los grupos de pertenencia, a costa de que la persona no logre sus objetivos sociales.

Por tanto, la conducta asertiva es aquella que le permite a la persona expresar adecuadamente (sin mediar distorsiones cognitivas o ansiedad y combinado los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible) oposición (decir que no, expresar desacuerdo, hacer y recibir crítica, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos positivos en general), de acuerdo con sus objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta, trayendo al traste la segunda dimensión que no es más que la consecuencia del acto. Existe una tercera respuesta que no toma en cuenta ni la primera ni la segunda y tiende a efectuarse sin meditación por lo que se torna violenta, atacante.

Cuando la persona percibe que su conducta no es aceptada por la sociedad, se ve a sí mismo como un ser socialmente inaceptable y esto se convierte en un aspecto dominante en su percepción del yo. El razonamiento externo también neutraliza la introducción de conflictos para la cual todavía no se está preparado.

El elemento básico de la asertividad consiste en atreverse a mostrar nuestros deseos de forma amable, franca, etc., pero el punto fundamental consiste en lanzarse y atreverse. Lo que se expone con este concepto es que puede ayudarnos a mostrar lo que sentimos y deseamos, porque sabemos que lo estamos haciendo de forma adecuada, que nadie se puede ofender. Esto nos ayudará a atrevernos a hacerlo. Pero cuando la ansiedad y el miedo son demasiado grandes hasta el punto de que nos dificultan o impiden expresar nuestros deseos, hemos de plantearnos una estrategia para superarla.

Tradicionalmente la asertividad es entendida principalmente como una habilidad compleja que está sujeta a las leyes del aprendizaje. Su objetivo es la consecución de un fin instrumental, que resuelve una necesidad del sujeto que emite el acto asertivo. Su resultado, por tanto, puede ser evaluado por el nivel de logro del fin propuesto. Desde la perspectiva de la asertividad se puede hablar entonces, de personas más o menos asertivas, dependiendo de cuan hábiles o capaces son para desplegar distintos tipos de repertorios ante los requerimientos complejos que plantean las relaciones interpersonales.

Durante los años setenta y ochenta se acumuló mucha información en torno al concepto de asertividad producto de la gran cantidad de investigaciones en torno al tema. De la misma manera fueron incrementándose las técnicas de tratamiento para la resolución de las dificultades asertivas. En esos años la asertividad que llamaremos clásica, se define y caracteriza como: "Habilidad interpersonal que le permite a una persona la expresión libre, directa y honesta de emociones e ideas acerca de sí mismo, los otros o el mundo, de acuerdo con su propio interés, de manera que lo dejen satisfecho consigo mismo y sin transgredir los derechos del otro". Definida de esta manera, lo central de la asertividad es que el sujeto actúa o se mueve principalmente a partir de una necesidad personal, que tiene como destino su satisfacción. No se hace referencia a que la relación de los sujetos es una condición imprescindible de satisfacción del fin instrumental (necesidad), ni a su dinámica, ni a los particulares estilos personales de los involucrados, ni tampoco al efecto interpersonal del acto asertivo. La consideración del otro tiene que ver con una ética

de respeto por sus derechos, de modo que en el fondo sólo se transforma en reglas de buena convivencia social y cuyo respeto depende de los estilos morales, culturales y educativos de los sujetos.

La necesidad de reformular el concepto de asertividad surge, por una parte, de la insuficiencia del modelo cognitivo conductual clásico para incorporar fenómenos propios de las relaciones interpersonales que eran, o inapropiadamente abordados o definitivamente descartados en su conceptualización. Por otra parte, de la emergencia de nuevas teorías acerca de las relaciones interpersonales que contribuyen a dar cuenta de la complejidad involucrada en este fenómeno (Teoría del Apego, Constructivismo, Lingüística Pragmática, entre otras). Estos antecedentes teóricos nos permiten desarrollar una propuesta de la asertividad desde una perspectiva teórica nueva, que llamaremos asertividad reformulada y que la definiría como una: "Competencia interpersonal orientada a dar expresión a un deseo (intención asertiva) a través de la acción de un sujeto (acto asertivo), y cuya satisfacción sólo es posible de alcanzar en una dinámica interpersonal, como consecuencia secundaria e implícita se produce un efecto generativo (generatividad intra e interpersonal) en la relación de los sujetos involucrados".

ASERTIVIDAD
"Competencia interpersonal orientada a dar expresión a un deseo (intención asertiva) a través de la acción de un sujeto (acto asertivo), y cuya satisfacción sólo es posible de alcanzar en una dinámica interpersonal, como consecuencia secundaria e implícita se produce un efecto generativo (generatividad intra e interpersonal) en la relación de los sujetos involucrados"
HABILIDAD SOCIAL
"La habilidad de buscar, mantener o mejorar el reforzamiento en una situación interpersonal a través de la expresión de sentimientos o deseos cuando esa expresión se arriesga a la pérdida de reforzamiento o incluso al castigo" "Comportamientos aprendidos que se manifiestan en situaciones de interacción social, orientados a la obtención de distintos objetivos, para lo cual han de adecuarse a las exigencias situacionales"

2.6 Principales respuestas asertivas que favorecen la habilidad social

Tratado el concepto de asertividad y lo que supone de manera práctica en nuestro comportamiento, vamos a tratar cuales son las principales respuestas asertivas que podemos ofrecer en nuestro trabajo como socorristas.

A. Componentes de un comportamiento asertivo

- **Componente conductual y verbal:** el componente conductual se ha dividido en elementos verbales y no verbales. Los elementos verbales se refieren al mensaje temático de lo que dice la persona y dentro de estos componentes se incluyen aspectos como ciertos elementos del habla (habla egocéntrica, instrucciones, preguntas, comentarios, charla informal, expresiones ejecutivas, costumbres sociales,

estados emocionales y actitudes, mensajes latentes...) y elementos de la comunicación (como duración del habla, retroalimentación, preguntas ...). Entre los elementos no verbales se incluyen: la mirada, la dilatación pupilar, la expresión facial, las sonrisas, la postura corporal, los gestos, la distancia (la proximidad, el contacto físico), la apariencia personal, los movimientos de cabeza y ciertos componentes paralingüísticos como la latencia, el volumen, el timbre, el tono del habla y la inflexión, la fluidez (perturbaciones al habla y otras señales vocales), el tiempo del habla, la claridad y la velocidad.

- **Componente cognitivo:** la persona generalmente busca algunas situaciones y evita otras. El modo cómo selecciona las situaciones, los estímulos y acontecimientos, cómo los percibe y evalúa en sus procesos cognitivos forma parte de esta dimensión cognitiva y depende de los procesos cognitivos o expectativas de autoeficacia percibida. El procesamiento y la percepción e interpretación pueden ser erróneos influyendo negativamente sobre la conducta desencadenando emociones negativas y conductas inadaptadas o inexistentes.

Los elementos que forman parte de esta dimensión cognitiva son (Vallés y Vallés, 1996):

- La **competencia cognitiva** formada por las habilidades como el uso de la empatía (saber ponernos en el lugar de otro) y la destreza en la solución de problemas, así como la capacidad de usar la conducta verbal y no verbal, al igual que entender su significado.
 - Las **estrategias de codificación y constructos personales** donde entrarían en juego aspectos como la atención, la interpretación, la percepción social e interpersonal, así como fenómenos de percepción, traducción y ejecución de conductas sociales. En este sentido, cabe recordar que la percepción social permite a las personas observar el entorno social y poder organizarlo, y para ello es necesario aprender a interpretar las reglas de funcionamiento, así como las costumbres y las normas sociales.
 - Las **características personales**.
 - Las **expectativas conducta-resultados** se refieren al pronóstico que una persona realiza en relación a la consecución de unos resultados ante una situación determinada. Las expectativas de autoeficacia se refieren a la seguridad que tiene una persona de poder realizar una conducta particular. Esto le permite valorarse como competente para manejar unas determinadas situaciones e incompetente para desenvolverse en otras (Caballo, 2002).
- **Componente fisiológico:** son aquellas señales o variables corporales que se manifiestan como activación del sistema nervioso y demás aparatos respiratorios, digestivo, circulatorio, etc. (Vallés y Vallés, 1996). En este sentido, Caballo (2002) señala como variables fisiológicas que han formado parte de la investigación en HH.SS.: la tasa cardíaca, la presión sanguínea, el flujo sanguíneo, las respuestas electrodermales (conductancia de la piel), las respuestas electromiográficas (tensión-relajación muscular) y la respiración.
 - **Componente situacional o ambiental:** esta dimensión de la asertividad se refiere a las variables situacionales o ambientales que influyen claramente en la conducta social de la persona. Si tenemos en cuenta que las habilidades sociales son respuestas específicas a situaciones específicas, entonces su efectividad depende del contexto concreto de la interacción y de los parámetros que pueden concurrir en ella.

TOME NOTA

Se ha comprobado que el Entrenamiento en Asertividad contribuye a favorecer las relaciones interpersonales mediante el entrenamiento en aquellas habilidades que les permitan relacionarse de una manera más adaptativa con su entorno social. De esta manera, se pretende conseguir que lleguen a establecer y mantener relaciones interpersonales gratificantes y potenciar los recursos personales facilitadores del cambio.

Algunos de los objetivos a conseguir son los siguientes:

a. Adquirir y utilizar habilidades sociales básicas

Se trataría de hacer una introducción conceptual a las habilidades sociales y a la asertividad y trabajar las más básicas para empezar.

- Conocer qué entienden por habilidades sociales.
- Comunicación verbal y no verbal.
- Comunicación verbal: código oral, código escrito.
- Habilidades de escucha activa.
- Expresar sentimientos.
- El respeto.
- La tolerancia.
- La no violencia.
- El liderazgo.

b. Adquirir y utilizar habilidades asertivas

- Hacer y recibir cumplidos.
- Hacer y recibir críticas.
- Decir no adecuadamente.
- Resolver problemas y tomar decisiones.
- Expresar emociones.

c. Adquirir habilidades heterosociales

Se trata de habilidades para las relaciones interpersonales:

- La relación con personas del sexo opuesto.
- La relación con la autoridad.

d. Adquirir habilidades de conversación

- Conocer las áreas que incluyen las habilidades de conversación.
- Iniciar conversaciones de manera adecuada.
- Emitir y recibir información de manera adecuada: preguntas abiertas, dar y recibir libre información...
- Utilizar de forma correcta los turnos de palabra.

- Realizar adecuadamente cambios de tema.
- Manejar los silencios.
- Discriminar y utilizar los diferentes niveles de conversación.
- Cerrar conversaciones.
- Solicitar y concertar citas.
- Introducirse en conversaciones de grupo: autopresentarse y presentar a otros.

e. Adquirir un buen autoconocimiento

- Conocer sus capacidades y limitaciones.
- Ser capaces de plantear metas.
- Ser conocedores de la importancia de su apariencia personal.
- Ser conocedores de su percepción ante los demás.

B. Entrenamiento en técnicas asertivas

Comportarse con asertividad en el socorrista, permite expresar necesidades, opiniones o sentimientos de manera directa y honesta, respetándose a uno mismo y a los demás.

Igualmente, el entrenamiento asertivo ha demostrado ser efectivo también en el tratamiento de la depresión, el resentimiento y la ansiedad derivada de las relaciones interpersonales, especialmente cuando tales síntomas han sido provocados por situaciones injustas.

En todas las situaciones no nos comportamos de forma asertiva, hay situaciones en las que nos desenvolvemos mejor que en otras. No obstante, algunas personas tienen estilos de comportamiento inadecuados en la mayor parte de las situaciones, respondiendo de forma demasiado sumisa o demasiado agresiva. Ambos son dos polos extremos, uno por defecto y otro por exceso. Se puede hablar, por tanto, de tres estilos básicos de conducta interpersonal, tal y como ya hemos comentado con anterioridad.

a. Identificación de los tres estilos básicos posibles de conducta interpersonal

Es el primer paso en el entrenamiento de técnicas asertivas:

- **Estilo agresivo.** Son ejemplos típicos de este tipo de conducta la pelea, la acusación y la amenaza, y en general todas aquellas actitudes que signifiquen agredir a los demás sin tener para nada en cuenta sus sentimientos. La ventaja de esta clase de conducta es que la gente no pisa a la persona agresiva, la desventaja es que no quieren tenerla cerca.
- **Estilo pasivo.** Se dice que una persona tiene una conducta pasiva cuando permite que los demás la pisen, cuando no defiende sus intereses y cuando hace todo lo que le dicen sin importar lo que piense o sienta al respecto. La ventaja de ser una persona pasiva es que raramente se recibe un rechazo directo por parte de los demás; la desventaja es que los demás se aprovechan de uno y se acaba por acumular una pesada carga de resentimiento y de irritación.

- **Estilo asertivo.** Una persona tiene una conducta asertiva cuando defiende sus propios intereses, expresa sus opiniones libremente y no permite que los demás se aprovechen de ella. Al mismo tiempo, es considerada con la forma de pensar y de sentir de los demás.

La principal ventaja de ser asertivo es que puede obtenerse lo que se desea sin ocasionar trastornos a los demás. Siendo asertivo se puede actuar a favor de los propios intereses sin sentirse culpable o equivocado por ello.

Antes de empezar a desarrollar una conducta asertiva hay que tener bien claro el hecho de que tanto el estilo de conducta agresivo como el pasivo, generalmente no sirven para lograr lo que se desea.

En el cuadro siguiente se describen las características de cada tipo de conducta interpersonal:

Estilo sumiso	Estilo asertivo	Estilo agresivo
Defiende mal sus derechos por temor a molestar o provocar un conflicto.	Defiende sus derechos respetando a los demás.	Se impone para conseguir sus fines sin preocuparse de los demás.
Espera que adivinen o comprendan sus necesidades.	Sabe expresar sus necesidades, pero también sabe escuchar al otro.	Pone sus necesidades por delante de las de otros.
Resuelve los problemas retirándose o actuando pasivamente.	Intenta resolver los problemas por la negociación.	Resuelve los problemas por la fuerza o enfadándose.
No expresa claramente sus posturas.	Dice claramente cuál es su postura.	Tiende a imponer su punto de vista de modo categórico o autoritario.
A menudo es incomprendido, olvidado o explotado.	Su punto de vista es tenido en cuenta por los otros.	Soporta mal que se le contradiga.
Da una imagen fría, distante o de poca motivación.	Es apreciado por su franqueza, aunque a veces moleste.	Frustra o irrita a sus interlocutores.
A menudo frustrado, desvalorizado.	Tiene confianza en sí mismo.	Tenso, susceptible, se ofende con facilidad.
Rumia sus dificultades después que han ocurrido.	Hace lo que mejor puede, reconociendo claramente sus límites.	Vive los intercambios como relaciones de fuerza.
Se juzga severa y negativamente.	Se analiza sin excederse.	Frecuentemente culpabilizado de haber ido demasiado lejos.

b. Lenguaje corporal

Otro paso en el entrenamiento asertivo es el desarrollo de un lenguaje corporal adecuado. A continuación, se indican cinco reglas básicas que es conveniente practicar delante del espejo.

- Mantener contacto ocular con su interlocutor.
- Mantener una posición erguida del cuerpo.
- Hablar de forma clara, audible y firme.
- No hablar en tono de lamentación ni en forma apologista.
- Para dar mayor énfasis a las palabras, utilizar los gestos y las expresiones del rostro.

c. Técnicas asertivas

Para llegar a ser una persona asertiva hay que aprender a evitar la manipulación. Inevitablemente, nos encontraremos con estratagemas que intentarán impedir nuestros objetivos, desarrolladas por aquellos que pretenden ignorar nuestros deseos.

Las técnicas que se describen a continuación son fórmulas que han demostrado ser efectivas para vencer dichas estratagemas y que sirven perfectamente en las relaciones interpersonales para todos los individuos en sus situaciones diarias.

- **Técnica del disco roto.** El sujeto debe repetir su punto de vista con tranquilidad, sin dejarse ganar por aspectos irrelevantes (*Sí, pero... Sí, lo sé, pero mi punto de vista es... Estoy de acuerdo, pero... Sí, pero yo decía... Bien, pero todavía no me interesa*).
- **Técnica del acuerdo asertivo.** El sujeto debe responder a la crítica admitiendo que ha cometido un error, pero separándolo del hecho de ser una buena o mala persona. (*Sí, me olvidé de la cita que teníamos para comer. Por lo general, suelo ser más responsable*).
- **Técnica de la pregunta asertiva.** Consiste en incitar a la crítica para obtener información que puede utilizar en su argumentación. (*Entiendo que no te guste el modo en que actué la otra noche en la reunión. ¿Qué fue lo que te molestó de él?, ¿Qué hay en mi forma de hablar que te desagrada?*)
- **Técnica para procesar el cambio.** El sujeto tiene que desplazar el foco de la discusión hacia el análisis de lo que ocurre entre su interlocutor y él, dejando aparte el tema de la misma. (*Nos estamos saliendo de la cuestión. Nos vamos a desviar del tema y acabaremos hablando de cosas pasadas.*)
- **Técnica de la claudicación simulada (“Banco de niebla”).** Aparentemente se cede terreno, pero sin cederlo realmente. Se muestra de acuerdo con el argumento de la otra persona, pero no consiente en cambiar de postura (*Es posible que tengas razón, seguramente podría ser más generoso. Quizá no debería mostrarme tan duro, pero...*).
- **Técnica de ignorar.** El sujeto ignora la razón por la que su interlocutor parece estar enfadado y aplaza la discusión hasta que éste se haya calmado (*Veo que estás muy trastornado y enojado, así que ya discutiremos esto luego*).
- **Técnica del quebrantamiento del proceso.** El sujeto responde a la crítica que intenta provocarle con una sola palabra o con frases lacónicas (*Sí... no... quizá*).
- **Técnica de la ironía asertiva.** Responde positivamente a la crítica hostil (*Gracias...*).

- **Técnica del aplazamiento asertivo.** Aplaza la respuesta a la afirmación que intenta desafiarle hasta que se siente tranquilo y capaz de responder adecuadamente. (*Prefiero reservarme mi opinión al respecto... No quiero hablar de eso ahora*).

C. Componentes de la conducta asertiva

- **Contenido verbal:** duración de la conversación, contacto visual, sonrisas, movimientos de brazos y piernas, expresión facial y corporal, gestos, entonación. Las respuestas activas a través del sistema motor pueden tener dos manifestaciones básicas; motora verbal y no verbal.
- **Conducta motora verbal:** la expresión del sujeto puede analizarse en dos subgrupos de componentes:
 - En primer lugar, puede analizarse el contenido en sí, o sea, la que el sujeto dice, piensa y siente (aspectos lingüísticos). Dicho contenido define el tipo de respuesta expresando oposición, afecto o requerimiento.
 - En segundo lugar, se puede analizar la entonación y el volumen de voz (componentes paralingüísticos).

El sistema de procesamiento cognitivo (imágenes, pensamientos; es el resultado o conclusión de una serie de pasos previos en el procesamiento de la información donde interactúan varios factores) al igual que el sistema de procesamiento autonómico, (tiene como función principal preparar el organismo para una acción eficiente, la cual involucra las respuestas fisiológicas inervadas principalmente al sistema nervioso autónomo que a su vez activan el sistema motor) pueden distorsionar la entonación, disminuir sustancialmente el volumen de voz, incluso inhibir totalmente el contenido.

- **Conducta motora no verbal:** sus indicadores son mirar a los ojos, expresión facial y expresión corporal. Igualmente pueden verse afectados por el sistema autonómico y cognitivo, aunque el autonómico parece inferir de manera más directa y frecuente, bien sea activando el sistema motor esquelético, produciendo la retirada física de la situación o simplemente distorsionando la expresión facial y corporal (temblores, rigidez y movimientos excesivos) y el contacto visual (evitación de miradas, intermitencia o bajas de vista).

D. Aserción positiva y aserción negativa

Los problemas de asertividad pueden ser debidos a que no sabemos cómo comportarnos. A continuación, se muestra una serie de técnicas básicas para comportarse asertivamente. Pero también, muy frecuentemente, se debe a que no nos atrevemos a expresar nuestros sentimientos y deseos. Ese miedo nos lleva a emplear estilos de respuesta pasivos o agresivos. Si el miedo está presente en la expresión de nuestros deseos, aprender las técnicas adecuadas será solamente un paso necesario para resolver nuestra carencia de asertividad. Pero no será suficiente, porque es preciso atreverse a emplear esas técnicas en la vida real. Para superar ese miedo existen técnicas específicas desarrolladas por la psicología clínica cognitivo conductual. Debemos distinguir entre **aserción positiva y aserción negativa**.

a. Aserción positiva

Dentro de la aserción positiva podemos incluir conductas tales como:

- Dar y recibir halagos: *"Te queda muy bien esa camiseta", "Me gusta cómo has decorado la habitación"*.
- Ser capaz de ser reforzantes con los demás: *"Te felicito por lo bien que lo has hecho", "Hace falta mucho valor para hacer esto"*.
- Expresar el afecto positivo: *"Te quiero", "Me gustas"*.

b. Aserción negativa

Dentro de la aserción negativa podemos encontrar conductas tales como:

- Decir que no: *"No me apetece ir al cine hoy", "Lo siento, pero no me gusta dejar el coche a otras personas"*.
- Expresar sentimientos negativos: *"Me duele cuando te comportas así", "Me siento decepcionada"*.
- Admitir críticas: *"Háblame más de eso que te ha molestado"*.
- Pedir cambio: *"Me gustaría que cuando te exprese mis sentimientos me miraras a los ojos, para sentir que estás escuchándome"*.
- Expresar opiniones impopulares: *"Yo es que no creo que exista un Dios"*.

Para poder llevar a cabo todas estas conductas es necesario poner en práctica una serie de habilidades asertivas, es decir, habilidades que me permitan llevar a cabo estos comportamientos con éxito, de tal modo que a la vez que respeto mis derechos, respete los de los demás.

Una vez diferenciados las diferentes conductas asertivas, nos centraremos en dos constructos con los que solemos actuar los sujetos en nuestra vida cotidiana y que son totalmente diferentes a la conducta asertiva.

E. Asertividad y Conducta Pasiva/Conducta Agresiva

a. Conducta pasiva

- En la conducta pasiva, la persona deja de lado sus propios derechos y antepone los de los demás. De esta forma, intenta por todos los medios que no se produzca un conflicto o/y evita pasar un mal momento. Este tipo de comportamiento impide expresar honestamente sentimientos, pensamientos u opiniones o bien se hace, pero de una manera autoderrotista, con disculpas, sin convicción. El mensaje que se comunica es: *"Tus opiniones, sentimientos o pensamientos son más importantes que los míos, valen más"; "Lo que tú quieras lo acato", "Importa más lo tuyo que lo mío"*.
- Acompañando a la conducta pasiva suelen darse conductas no verbales: bajar la mirada, voz vacilante, movimientos corporales nerviosos o inapropiados, etc.
- La persona pasiva se siente incomprendida, manipulada, con sentimientos de culpa, depresión, baja autoestima, etc.
- El interlocutor no sabe si se está o no aprovechando de la persona que no está diciendo realmente lo que quiere decir, además se puede sentir cargado de responsabilidad, porque es él quien tiene que tomar las decisiones.

b. Conducta agresiva

- En la conducta agresiva, contrariamente a la anterior, la persona antepone y defiende sus derechos de una manera ofensiva, deshonesto, manipulativa y/o inapropiada, pasando por encima de los derechos de los demás. El mensaje que se comunica es: "Mis opiniones, sentimientos, pensamientos cuentan más que los tuyos", "Es más importante lo mío que lo tuyo", "Soy superior a ti". La persona trata de alcanzar la victoria a través de la dominación, utilizando técnicas de degradación, humillación, manipulación, etc.
- Acompañando a las manifestaciones verbales suelen darse comportamientos no verbales, destinadas al mismo fin: mirada agresiva, fija, aumento del volumen de la voz, gestos o posturas de amenaza, etc.
- Las consecuencias de este tipo de conductas puede ser positivas y/o negativas a corto plazo: positivas porque la persona consigue sus propósitos, dejando los derechos de los demás y negativas porque la persona puede experimentar sentimientos de culpabilidad. A largo plazo las consecuencias suelen ser negativas, pues puede ir acumulando tensión en sus relaciones con los demás, o rencor por parte de éstos.

3. COMUNICACIÓN EN SITUACIONES CONFLICTIVAS DURANTE EL RESCATE Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

3.1 Comunicación y conflicto

Estableciendo paralelos entre el conflicto y la comunicación, es fácil darse cuenta de que son conceptos compatibles y complementarios: si se observa el conflicto como una situación que involucra dos o más agentes (emisor-receptor), diferentes opciones entre las cuales escoger (esquemas lingüísticos del mensaje) y que puede significar incompatibilidad o desequilibrio (ruido), estaremos ante un modelo clásico de comunicación. No es descabellado pensar que en la comunicación está la vía de solución del conflicto.

3.2 Estrategias comunicativas en la resolución de conflictos

Partiendo de la teoría de la acción comunicativa de Habermas se plantea que, para lograr el entendimiento en la acción comunicativa en una situación de emergencia, se necesitan sujetos lingüísticamente competentes, entre los cuales se produce una interacción a través del lenguaje, gracias a que comparten los mismos referentes y la situación de comunicación. «Hablar de acción comunicativa es presuponer el lenguaje en uso, en los actos de habla, en la intención comunicativa, en la actividad comunicativa, en la creatividad lingüística».

Su modelo de gramática comunicativa sigue los siguientes niveles:



El conflicto es una situación comunicativa en donde los interlocutores poseen una necesidad especial que no ha sido satisfecha, por lo que desarrollan discursos con la finalidad estratégica de superar el obstáculo u oponente que no les permite obtener el objeto o valor deseado.

La solución a un conflicto debe comenzar por la identificación de las características del contexto donde éste surge y se desarrolla.

- a) **Referencial:** es el mundo real – imaginario– del cual parte la formulación de conceptos que depende del conocimiento que manejan quienes tienen la capacidad del lenguaje y de la acción comunicativa.
- b) **Conceptual:** es el eslabón, la representación mental que une el nivel referencial con la representación lingüística.
- c) **Lingüístico:** el emisor semiotiza su conceptualización del mundo y formula el mensaje.
- d) **Discursivo:** es el resultado de la utilización del lenguaje. El receptor recibe el mensaje que debe comprender e interpretar según la situación comunicativa, su condicionamiento interno e impulsos, ayudado por su competencia lingüística para descifrar el contenido.

En cuanto al componente pragmático, este modelo integra dos elementos:

- El mundo objetivo, subjetivo y social (lo explícito).

- El saber de fondo (lo implícito).

El primero se describe en cinco elementos:

- Cultura.
- Personalidad.
- Sociedad.
- Situación.
- Contexto.

Actividades 1

Diego es un socorrista que trabaja en una instalación acuática. En ocasiones se producen accidentes por parte de los usuarios. En uno de ellos, una usuaria llamada Carmen, ha resbalado y se ha fracturado un dedo de la mano. Cuando llega Diego, lo primero que hace es tranquilizar a Carmen. ¿Podrías decirnos a nivel comunicativo, que actuación debería seguir haciendo el socorrista con la accidentada?

Actividad 2

María es una aspirante a socorrista. Está realizando el curso que la prepara para ello. Dentro de la clase de hoy se está tratando el estilo asertivo que debe utilizar ante los usuarios y las diversas circunstancias a las que debe enfrentarse. ¿Qué piensas que debe entender María por un estilo asertivo en su trabajo diario?

LO QUE HEMOS APRENDIDO

- Saber gestionar la información al accidentado o acompañantes en función de la situación de emergencia.
- Distinguir los tres estilos en la comunicación, que se clasifican según las formas de expresión que utilizan.
- Conocer los elementos de la comunicación.
- Diferenciar entre lenguaje verbal y no verbal.
- Aprender a comunicar en relación con los intervinientes en la emergencia:
 - Con el accidentado.
 - Con los compañeros o auxiliares accidentales.
 - Con el resto de usuarios/público.
- Saber comunicar malas noticias y dar noticias a personas violentas.
- Profundizar en las habilidades sociales como modo de socialización y facilitación del proceso comunicativo en la situación de emergencia.
- Conocer qué es la asertividad.
- Establecer cuáles son los paralelismos existentes entre conflicto y la comunicación.
- Conocer las estrategias comunicativas en la resolución de conflictos.

GLOSARIO

- **Acción:** es hacer basado en la percepción, en los sentimientos, en el pensamiento y en una intencionalidad consciente que se expresa en objetivos.
- **Adaptadores:** son conductas no verbales que se han desarrollado para satisfacer necesidades, dominar emociones, establecer y mantener contactos sociales, etc. Pueden estar rozando las reacciones reflejas.
- **Apnea espiratoria:** bloquear la respiración después de expulsar el aire de los pulmones.
- **Apnea inspiratoria:** bloquear la respiración una vez se han llenado los pulmones de aire.
- **Compasión:** las relaciones compasivas se relacionan con la capacidad humana de sentir-con, es decir, de identificarse con el otro, de ponerse psicológica en el lugar del otro.
- **Comunicación humana:** “es la comunicación humana se efectúa más mediante gestos, posturas, posiciones y distancias relativas que por cualquier otro método. La conducta no verbal desempeña una importante función en la comunicación y las relaciones con los demás. Al comunicarnos tendemos a dar más importancia al lenguaje oral, pero gran parte del significado del mensaje el 75% o más, se transmite a través del lenguaje no verbal. Evidentemente, muchas conductas no verbales se interpretan como símbolos verbales.”.
- **Distrés acuático:** se trata de víctimas que no pueden llegar por sus propios medios al bordillo, por lo que necesitan ayuda, pero están relativamente tranquilas, lo que permite hablar con ellas y acordar el sistema de remolque. Un ejemplo claro de este tipo de accidentados es la persona que ha sufrido un calambre.
- **Golpe de riñón:** técnica de salvamento que consiste en pasar de posición horizontal a vertical de forma brusca aprovechando la inercia del nado para lograr llegar a una víctima que se encuentra en el fondo.
- **Grupo de riesgo:** personas que por sus características son más propensas a sufrir un accidente.
- **Hiperventilar:** técnica que consiste en realizar varias inspiraciones/espiraciones profundas para eliminar mucho CO₂ del organismo y conseguir prolongar más el buceo. El riesgo de esta técnica es que al aumentar los niveles de oxígeno puede llegar a producir mareo, por ello se debe usar con precaución.
- **Ilustradores:** son gestos que acompañan a la comunicación verbal vocal, haciendo un papel de mediación cuando el hablante tiene dificultades para establecer una conexión o, simplemente, desempeñan un papel de aclaración.

- **Kinestias:** el movimiento corporal, o la conducta kinestésica, incluyen los gestos, los movimientos del cuerpo, las expresiones faciales, los movimientos oculares y la postura. Además de la observación de los movimientos corporales, la comunicación implica la identificación de las señales vocales no verbales denominadas paralenguaje - la forma del mensaje.
- **Ley de Boyle-Mariotte:** el producto de la presión por el volumen de un gas es igual a su número de moles (cantidad de moléculas del gas) por una constante universal y por la temperatura a la que se encuentra.
- **Objetivos:** los objetivos son aquellas metas que concretan lo que los deseos e intenciones buscan alcanzar, son metas específicas, claras, retadoras, constituyen el “activador” de la conducta. Son la fuente principal de la motivación en el trabajo. Ellos definen un camino, orientan decisiones, informan de nuestro progreso. Cuando no hay objetivos claros se corre el riesgo de llegar a un resultado no deseado.
- **Pánico:** es una reacción colectiva muy temida, a pesar de no ser la más frecuente, que se puede definir como el miedo colectivo intenso, sentido por todos los individuos de una población y que se traduce por las reacciones primitivas de “fuga loca”, de fuga sin objetivo- desordenada, de violencia o de suicidio colectivo (*Crocq et al., 1987*).
- **Paralenguaje:** con este término nos referimos a cómo se dan los mensajes: a la forma y no al contenido. Es importante tener en cuenta que, en el caso de la comunicación, la forma va a incidir en el contenido matizándolo. El paralenguaje, en palabras de Knapp (1992) tiene que ver con el conjunto de señales vocales no verbales establecidas alrededor del comportamiento común del habla.
- **Paso de gigante:** es la entrada al agua más habitual de un socorrista. Consiste en saltar desde el borde separando las piernas en el plano sagital lo máximo posible para poder caer con la mayor superficie posible. Se inclina el cuerpo hacia delante y los brazos se separan a los lados del cuerpo con las palmas hacia delante y abajo. Al caer se debe empujar el agua con los brazos en dirección contraria a la caída para evitar hundirse. En todo momento la cabeza debe permanecer sobre la superficie.
- **Pensamientos y sentimientos:** es pensamiento el que analizará, evaluará y emitirá un juicio sobre lo que nos afecta, como también planeará conductas complejas y organizará las acciones de acuerdo con la información con la que contamos. Los análisis que realizamos y los juicios que emitimos no pueden tener más valor que aquel que posee la información sobre la que se basan.
- **Percepción:** proceso mediante el cual, las personas organizan e interpretan información a fin de dar significado y posibilidad de comprensión a su mundo. La percepción aporta la materia prima necesaria para los procesos del pensar, sentir y actuar. En el proceso perceptivo, también influyen significativamente los valores y creencias, los pensamientos y el mundo de la acción.
- **Periodo Postcrítico:** periodo que se da cuando la catástrofe o emergencia ya ha pasado y los supervivientes intentan controlar la situación hasta que llega ayuda.
- **Periodo Pre-crítico:** es el periodo que abarca desde que comienzan los indicios de la catástrofe hasta que se produce realmente.
- **pH:** potencial de hidrógeno. Hace referencia al nivel de acidez del agua.

- **Piscina deportiva:** aquella que está diseñada para practicar natación. Normalmente está dividida en calles.
- **Piscina recreativa:** aquella destinada al esparcimiento.
- **Piscina terapéutica:** aquella destinada a la rehabilitación, fisioterapia o wellness.
- **Presión hidrostática:** fuerza que ejerce el fluido por su peso, sobre cualquier objeto sumergido en él, por lo tanto, dependerá de la cantidad de fluido que se encuentre encima del objeto sumergido.
- **Prevención:** es la etapa de diseño e implantación de programas de prevención primaria dirigidos a la elaboración y puesta en marcha de programas de información sobre los distintos riesgos, los planes de emergencia y las medidas de autoprotección a adoptar (fomento de la cultura preventiva).
- **Principio de Arquímedes:** un cuerpo sumergido en un fluido sufre una fuerza vertical hacia arriba igual al peso de todo el fluido que ha desalojado.
- **Proxemias:** es el espacio que una persona considera como propio, como si fuera una extensión de su cuerpo. Todos tenemos un espacio definido alrededor de nuestro cuerpo y a ese espacio lo llamamos "burbuja de aire".
- **Refracción:** cambio de dirección de una onda cuando cruza de un medio a otro, modificando su velocidad.
- **Reguladores:** son aquellos movimientos que mantienen y regulan el acto comunicativo. Se encargan de advertir al emisor que continúe, que repita, que se le pide turno para intervenir... Es decir, controlan la interacción proporcionando gran cantidad de información sobre la marcha de ésta.
- **Relajación Condicionada:** es una técnica que permite al cliente conseguir la relajación como respuesta a una señal autoproducida. En este procedimiento se entrena primero al cliente en la relajación progresiva y luego se le enseña la asociación entre el estado producido por una relajación profunda y una palabra-señal autoproducida tal como "tranquilidad", "control" o "relax".
- **Relajación Diferencial:** es el procedimiento que consiste en la identificación de la tensión durante las actividades diarias y la relajación de aquellos músculos que están tensos. La identificación de la tensión se aprende mediante la relajación progresiva.
- **Relajación:** es cualquier procedimiento cuyo objetivo es enseñar a una persona a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de recursos externos.
- **Respiración:** técnica de control de respiración pretende enseñar un adecuado control voluntario de ésta para posteriormente automatizarlo, de forma que su regulación se mantenga incluso en situaciones problemáticas. Se trata de conseguir una utilización más completa de los pulmones facilitando una respiración diafragmática completa, que se acompaña a su vez de un ritmo más lento.
- **Víctima activa:** se trata de una víctima que se está ahogando, con alto nivel de nerviosismo. Si no se actúa rápido se hundirá. Normalmente esta situación viene derivada de un distrés acuático prolongado y si no se interviene se convierte en una víctima pasiva.

- **Víctima pasiva:** son víctimas inconscientes. Este tipo de accidentados puede derivarse de una víctima activa, o también de alguna patología que haga que pierda la consciencia (ej.: un infarto), o una lesión medular. La víctima se encontrará en posición totalmente inmóvil, con las vías aéreas sumergidas.
- **Zafadura:** técnica que permite librarse de un agarre de una víctima consciente.
- **Zona primaria:** corresponde a la lámina de agua. Esta zona nunca se debe descuidar, ya que es la principal responsabilidad del socorrista.
- **Zona secundaria:** corresponde a la zona de arena. En esta zona se realizarán observaciones periódicas.
- **Zona terciaria:** corresponde a los accesos. Se revisarán al iniciar y al finalizar la jornada y se atenderán las posibles incidencias que puedan surgir, pero sin descuidar las otras dos zonas.

SOLUCIONES ACTIVIDADES

TEMA 1

1.

Al ir disminuyendo la presión, el volumen aumentaría hasta llegar a explotar el globo, ya que el aire de su interior cada vez ocuparía más espacio.

2.

Porque permiten desplazarse bajo el agua con muy poco esfuerzo, a mayor velocidad, y en consecuencia gastar menos oxígeno de la botella.

TEMA 2

1.

- Piscinas climatizadas entre 24 y 28 grados (permitiéndose 1 más en vasos de enseñanza).
- Piscinas de verano no existe valores exigidos.

2.

Iría hasta ella, como está tranquila hablaría con ella, y acordaría el sistema de remolque y una vez en la orilla, le ayudaría a salir y procedería a ayudarle a estirar para tratar el calambre.

TEMA 3

1.

No porque es probable que perdamos la posición de la víctima y en una piscina suele haber más usuarios por lo que existiría un riesgo de chocarnos con alguno. Se utilizaría el paso de gigante y una vez en la perpendicular de la víctima utilizaríamos el golpe de riñón.

2.

Fundamentalmente en dos situaciones:

- En los últimos metros justo antes de realizar la parada de control para calcular mejor la distancia.
- En el caso de lesionados medulares para generar un menor oleaje.

TEMA 4

1.

La labor del socorrista debe ser la de tener habilidades emocionales que permita optimizar una respuesta adecuada a cada situación y provocar una actitud de ayuda a los usuarios. Hay que mantener una actitud positiva y de comunicación sin perder el control emocional.

Como socorrista la labor debe ser colaborar en todas las situaciones que faciliten su área de actuación y sus funciones. Debe intentarse prevenir una situación inadecuada con un perfil psicológico y social relacionado con las interrelaciones de los usuarios que resuelva los posibles problemas que se produzcan de una forma integradora. Debe desarrollar todo su potencial humano en resolver con empatía las posibles dificultades existentes a lo largo de su trabajo.

2.

Todas las personas ante una situación de esta magnitud y más en este caso con resultado de muerte de un bañista, las reacciones psicológicas y del comportamiento no son racionales. Suceden este tipo de pensamientos y actitudes que intentan mitigar la propia realidad de los hechos.

Aunque dependerá del propio accidente, de los factores personales y de las propias estrategias de afrontamiento que se tengan en este tipo de hechos; es importante tener con Fernando principalmente, un importante apoyo social.

Estas ideas de culpa y reproches hacia sí mismo, son reacciones psicológicas que pueden ser normales y suelen mantenerse varios días o semanas siguientes a la muerte del bañista. Forma parte de las reacciones emocionales fuertes dentro del periodo reacción y que se caracteriza por esta sintomatología.

TEMA 5

1.

Diego en cuanto se acerque a Carmen, además de valorar la gravedad de la situación de riesgo, lo primero que debe hacer es presentarse e identificarse de manera sencilla y tono tranquilo para que Carmen no se asuste más de lo que está.

Posteriormente explicará la conducta correcta que se deberá de realizar de manera tranquila y que ella lo entienda. Le hablará mirándola a los ojos y diciendo su nombre. Pedirá igualmente colaboración para que los servicios sanitarios puedan proceder a su actuación.

Por último, lo que debe hacer es evaluar la situación en general para determinar si con su comportamiento y actuación el problema se resuelve de manera eficaz.

Lo que no debe hacer es recriminar a Carmen su actuación, gritarle, alterarle o asustarle.

2.

María debe tener claro que en su futuro trabajo tratar a la gente con un estilo asertivo consiste en respetar a los usuarios y compañeros y protegerles de sus derechos.

Igualmente, cuando hable con ellos debe lograr sus objetivos sin agredir ni insultar a los demás, permitiendo a los usuarios saber que se le comprende y como te sientes. También debería exponer su posición o lo que quiere con claridad, con una postura relajada y ausencia de tensión muscular.

También es importante el tono de voz que aplique, debe ser firme pero agradable y con contacto visual y cabeza alta. Los movimientos deben ser pausados y el movimiento del cuerpo y cabeza debe estar orientados hacia el otro.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLPORT, GORDON. W. (1965). "Psicología de la Personalidad". Paidós.
- BALLESTER, R. y GIL, M.D. (2002). Habilidades Sociales. Madrid: Síntesis.
- BANDURA, A. (1987). Pensamiento y acción: Fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Roca.
- BANDURA, A. (1987). Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe.
- BANDURA, A. y WALTERS, R.H. (1978). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza.
- BERMEJO, JOSÉ CARLOS. Apuntes de Relación de Ayuda. 4ªed. Madrid: Centro de Humanización de la Salud; 1996.
- BERMÚDEZ MORENO, JOSÉ. Psicología de la Personalidad. Volumen 1 y 2, 5ª edición 1991, UNED.
- BLANCO, A. (1983). Evaluación de las Habilidades Sociales. En R. Fernández.
- CABALLO, V. E. (1991). Técnicas diversas de terapia de conducta: la importancia de la imaginación. En J. C. Freire (Comp.), Perspectivas actuales en psicología conductual. Jaén: AEPC.
- CABALLO, V. E. y BUELA, G. (1991). Técnicas diversas en terapia de conducta. En V. E. Caballo (Comp.), Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.
- CABALLO, V.E. (1987). Evaluación de las habilidades sociales. En R. Fernández Ballesteros y J.A. Carrobes (Comps.). Evaluación conductual: metodología aplicaciones (3ª ed.) (pp.553-595). Madrid: Pirámide.
- CABALLO, V.E. (1988). Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Valencia: Promolibro.
- CABALLO, V.E. (2002). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. (5ª ed.). Madrid: S.XXI.
- CANGUILHEM, GEORGE. (1986) "Lo normal y lo patológico". Siglo XXI. México.
- CASTANYER, O. (2006): "La asertividad: expresión de una sana autoestima", Bilbao, Edl Desclée de Brouwer.
- CODERCH, J. (1990): "Teoría y Técnica de la psicoterapia psicoanalítica". Editorial Nueva Visión. Bs.As.

- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1991): "Manual para el educador social. Habilidades de comunicación en la relación de ayuda" (vol. 1) y "Afrontando situaciones" (vol. 2), Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- DE TORRE, R. (2013): *Libro profesional de salvamento acuático*. A.E.S.N.A.S. Madrid.
- FIERRO, ALDO (compilador) (1996) "Manual de Psicología de la Personalidad". Paidós. Barcelona.
- FISSENI, HERMAN J. (1987) "Psicología de la Personalidad. En busca de una ciencia". (Cap. 7. 7.2: Kurt Lewin, teoría de campo de la conducta). Herder. Barcelona.
- GIL, F. y GARCÍA, M. (1993): "Entrenamiento en Habilidades Sociales" en Labrador, F.J., Cruzado, J.A, Muñoz, M. (1993): "Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta", (Capítulo 29) Madrid, Pirámide.
- GIL, F.; LEÓN, J. M., y JARANA, L. (1992b): "Habilidades sociales y salud", Madrid, Eudema.
- GOLDSTEIN, A. P.; SPRAFKIN, R. P.; GERSHAW, N. J., y KLEIN, P. (1989): "Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza", Barcelona, Martínez Roca.
- LORENTE, F. (2008): *Asistencia psicológica a víctimas*. Ediciones Arán. Madrid.
- ODRIOZOLA SÁNCHEZ, F.J. (2011): *Manual del socorrista especialista en playa, embarcación y moto acuática*. Federación cántabra de salvamento y socorrismo. Santander.
- PALACIOS, J. (2008): *Socorrismo acuático Profesional. Formación para la prevención y la intervención ante accidentes en el medio acuático*. Sadega. A Coruña.
- PELECHANO, V. (1996): "Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención". Vols. I, II y III. Colección alfaplus, Valencia, Promolibro.
- PÉREZ VIGUERAS, J. (2010): *Primeros intervinientes en las urgencias y emergencias extrahospitalarias*. Ediciones Arán. Madrid.
- PIA, F. (1974): *Observations on de drowning of non swimmers*. Physical Education and Recreation nº71 p. 164-166.
- REYEROS, A. (2003): *El libro del socorrista acuático profesional*. A.R.A.S.P.E. Madrid.
- RIVAS, M. (2013): *Manual de Urgencias*. Médica panamericana. Buenos Aires.
- ROMERA DOMÍNGUEZ, J.; MUÑOZ JIMENEZ, A.I.; MALLO LÓPEZ, A. (2015): *Manual del socorrista acuático*. Autoedición. Madrid.
- SÁNCHEZ PEREA, J. (2013): *Rescate de accidentados en instalaciones acuáticas*. Eduforma. Sevilla.
- SLAIKEU, KARL A. (1995) "Intervención en crisis". Editorial El Manual Moderno. México.
- THIBODEAU, G.; PATTON, K. (2007): *Anatomía y Fisiología*. Elsevier. Barcelona.
- V.V.A.A. (2009): *Manual de socorrismo acuático. La guía definitiva del salvamento en el agua*. Cruz Roja Española. Pearson Educación. Madrid.

- WEINBERG, R.; GOULD, D. (2010): *Fundamentos de Psicología del deporte y del ejercicio físico*. Editorial médica Panamericana. Madrid.

REFERENCIAS LEGISLATIVAS

- *Real Decreto 742/2013, de 27 de septiembre, por el que se establecen los criterios técnico-sanitarios de las piscinas.*

