

LIBRO PARA LA MATERIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL



Ravelo Rivas Jefferson Eliasar

Asesor: Lina Ortiz

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Tecnología en Atención Prehospitalaria

Medellín, Colombia

2021

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos primeramente a Dios por permitirnos realizar este proyecto a nuestros asesores por compartir sus conocimientos poder realizar este libro con nosotros y guiarnos en este proceso, este proyecto está dedicado para todo el personal de salud y primera respuesta.



UNAC
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
COLOMBIA

Personería Jurídica reconocida mediante
Resolución No. 8529 del 06 de junio de 1983,
expedida por el Ministerio de Educación Nacional,
Carrera 84 No. 33AA-1 Medellín, Colombia
PBX: + 57 (4) 250 83 28
NIT: 860.403.751-3
www.unac.edu.co

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral Tecnológico: "**Diseño De Libro Para La Materia De Intervención Psicosocial**", elaborado por los estudiantes: JEFFERSON ELIASAR RAVELO RIVAS del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- DESTACADO

Medellín, 02 de junio de 2021

Dr. JORGE SANCHEZ
Coordinador Investigación FCS

Dra. LINA MARIA ORTIZ
Asesor

JEFFERSON ELIASAR RAVELO RIVAS
Estudiante

RESUMEN DE PROYECTO DE GRADO

Corporación Universitaria Adventista

FACULTAD: Salud

PROGRAMA: Atención Prehospitalaria

TÍTULO: LIBRO PARA LA MATERIA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL

NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO: JEFFERSON ELIASAR
RAVELO RIVAS

SIGLA DEL TÍTULO ACADÉMICO Y NOMBRE DE LOS ASESORES: APH, LINA
ORTIZ

FECHA DE TERMINACIÓN DEL PROYECTO:02/06/2021

RESUMEN

Múltiples referencias bibliográficas y cibergráficas hablan de cómo se ha manejado la intervención psicosocial en el personal de primera respuesta ya sean bomberos, personal de salud, grupos de socorro en puntos específicos del mundo, mostrando cuáles fueron los métodos de ayuda y de intervención psicológica y cuáles fueron los resultados, otros reafirman que no hay suficientes recursos en el medio para tener una base de partida para prestar esta ayuda a los primeros respondientes y personal de apoyo.

Mientras tanto, en Colombia hay una alta tasa de morbimortalidad en accidentes de tránsito, y se presentan muchas emergencias, tanto ambientales, medicas, etc.

Por consiguiente, las situaciones de crisis son constantes, la carga emocional que tiene el personal de salud es grande y se hace necesaria una intervención para mantener la estabilidad de la salud mental. El ministerio de salud tiene una guía de intervención psicosocial para el tratamiento de los pacientes, y aunque en la misma se establece la importancia de una salud mental en el personal respondedor, no existe una herramienta clara y accesible para el personal.

Finalmente, Se hace necesaria la investigación de los estudios existentes en Colombia, para saber con qué material se cuenta hasta el día de hoy, y compararlo con los avances en el mundo, así se podrá lograr un panorama más claro, sabiendo que existe nacional e internacionalmente y lo que hace falta para llegar a tener una atención oportuna y adecuada logrando así la salud mental en los trabajadores del área de la salud, especialmente de los primeros respondientes.

RESUMEN:

JUSTIFICACIÓN.....	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2 OBJETIVOS.....	11
1.2.1 Objetivo general.....	11
1.2.2 Objetivos específicos.....	11
1.3 VIABILIDAD DEL PROYECTO.....	12
1.4 LIMITACIONES DEL PROYECTO.....	12
1.5 IMPACTO DEL PROYECTO.....	13
2 CAPÍTULO DOS: MARCO TEÓRICO.....	14
2.6 MARCO CONCEPTUAL.....	14
2.7 MARCO REFERENCIAL.....	18
2.7.1 Tabla Referencias 1.....	18
2.7.2 Tabla referencias 2.....	19
2.7.3 Tabla referencias 3.....	20
2.7.4 Tabla referencias 4.....	21
2.7.5 Tabla referencias 5.....	22
2.7.6 Tabla referencias 6.....	23
2.7.7 Tabla referencias 7.....	24
2.7.8 Tabla referencias 8.....	25
2.7.9 Tabla referencias 9.....	26
2.7.10 Tabla referencias 10.....	27
2.7.11 Tabla referencias 11.....	28
2.7.12 Tabla referencias 12.....	29
2.7.13 Tabla referencias 13.....	30
2.7.14 Tabla referencias 14.....	31
2.7.15 Tabla referencias 15.....	32
2.7.16 Tabla referencias 16.....	33
2.7.17 Tabla referencias 17.....	34
2.7.18 Tabla referencias 18.....	35
2.7.19 Tabla referencias 19.....	36
2.7.20 Tabla referencias 20.....	37

2.7.21 Tabla referencias 21	38
2.7.22 Tabla referencias 22	39
2.7.23 Tabla referencias 23	40
2.7.24 Tabla referencias 24	41
2.7.25 Tabla referencias 25	42
2.7.26 Tabla referencias 6.....	43
2.8 MARCO INSTITUCIONAL.....	44
2.8.1 RESEÑA HISTÓRICA	44
2.9 FILOSOFÍA INSTITUCIONAL.....	45
2.10 MISIÓN.....	45
2.11 VISIÓN	45
2.12 MARCO HISTÓRICO	45
2.13 MARCO GEOGRÁFICO	47
2.14 MARCO LEGAL O NORMATIVO.....	48
2.14.1 Ley 1616 de 21 enero 2013	48
2.14.2 Resolución 2646 del 2008.....	53
2.14.3 Ley 1575 del 21 agosto 2012	54
2.15 MARCO TEÓRICO.....	54
2.15.1 Intervención psicosocial	54
2.15.2 Salud mental en el primer respondiente.....	55
2.15.3 Primeros auxilios psicológicos (pap).....	58
2.15.4 Manejo inicial del paciente suicida.....	61
2.15.5 Abordaje y manejo de personas violentas y/o con agitación psicomotriz en el entorno prehospitalario.....	67
2.15.6 Intervención psicológica en emergencias y desastres.....	71
3 CAPÍTULO TRES: DIAGNOSTICO O ANÁLISIS.....	1
3.16 PROBLEMAS.	1
3.17 OPORTUNIDADES.	2
3.18 DESCRIPCIÓN SOCIOCULTURAL DE LA POBLACIÓN.....	3
4 CAPITULO CUATRO	3
4.19 DISEÑO METODOLOGICO	3
4.19.1 Alcance del proyecto.....	3
4.20 METODOLOGIA DEL PROYECTO.....	4

4.20.1 Ruta metodológica.....	4
4.21 PLAN DE TRABAJO.....	5
4.22 PRESUPUESTO.....	6
5 CAPÍTULO CINCO.....	7
5.23 CONCLUSIONES.....	7
5.24 RECOMENDACIONES.....	7
6 BIBLIOGRAFÍA.....	8

CAPÍTULO UNO: PANORAMA DEL PROYECTO

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto surge a partir del análisis sobre la ausencia de material en temas de intervención psicosocial, para el personal pre hospitalario, dado que actualmente se pueden encontrar publicaciones en el medio, pero no son contextualizadas en las necesidades particulares del medio, sino que son de otras regiones o países. Por medio de este material se pretende fortalecer las habilidades de los estudiantes de la Tecnología en atención pre hospitalaria, en sus conocimientos y habilidades son los principales temas y problemáticas que se van a manejar en el ámbito psicosocial. Este libro pretende ser una guía que incluya tanto los aspectos teóricos generales de cada uno de los temas que se incluyen, las principales estrategias y protocolos de atención para los mismos y aspectos generales, que permitirán a los estudiantes del programa, contar con una herramienta para su aprendizaje y practica más adecuado.

Este libro será una herramienta de formación no solo para los estudiantes del área de la salud sino también para toda persona que se desempeñe como primer respondiente, ya sea bombero, rescatista, socorrista cada una de las facultades y programas de la institución educativa. La disponibilidad de esta guía es con el fin de que cada lector se vea beneficiado obteniendo una preparación profesional y acertada para tratar con diferentes escenarios que requieren de intervención psicosocial.

Un material de ayuda como lo será la guía permitirá de que cada estudiante cuando se encuentre en el campo laboral pueda recordar de manera organizada los pasos a llevar a cabo dependiendo la complejidad de la situación y no tan solo en la experiencia laboral sino también en su entorno familiar, social y demás áreas donde se encuentre y sea necesario una intervención de primera respuesta psicosocial. La intervención eficaz y eficiente con la

persona, hará que exista una mejora de su dimensión personal y social y de esta manera se puedan menguar los resultados negativos de la crisis encontrada.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la sociedad ha conllevado una serie de cambios en diversas áreas, en la actualidad el tener que convivir con un virus como lo es el COVID-19, ha llevado a que la forma de vida de la población en general haya tenido que realizar cambios de forma significativa, replanteando diversos aspectos de la vida diaria de cada una de las personas; estos cambios han llevado a que se dé un mayor incremento en las problemáticas de salud mental que han venido afectado la salud pública en general.

El personal de primera respuesta, específicamente el tecnólogo en atención pre hospitalaria no es ajeno a todos estos cambios que ha venido presentado la sociedad, y aun mas, por la naturaleza de su trabajo ha sido una víctima directa de la manifestación de los problemas de salud mental que están manifestándose en la actualidad; es por eso que se hace necesario que esta población se encuentre capacitado para el manejo y la intervención de algunas de estas problemáticas psicosociales que se presentan en la población en general, en el momento de realizar una intervención.

La problemática aquí se presenta al no contar con material pertinente, contextualizado para las necesidades propias del medio, sino que ha tenido que intervenir y trabajar desde material que ha sido diseñado en otros lugares con problemáticas y recursos muy diferentes a los que se presentan en el propio medio; es aquí donde se identifica la necesidad de contar con material de apoyo para la intervención psicosocial desde la primera respuesta, para los tecnólogo en atención pre hospitalaria entre otros, en el momento de que tenga que trabajar o enfrentar alguna de las principales problemáticas identificadas en esta área.

El personal del área de salud debe estar en la capacidad de no solo atender las afectaciones físicas, sino también atender e intervenir en las afectaciones mentales de cada paciente. (2)

Es un avance que se esté tomando consciencia de que el trabajo del personal de primera respuesta no se limita únicamente a las lesiones fisiológicas, sino que las problemáticas psicosociales también son una realidad en aumento en la actualidad, ya un gran porcentaje de profesionales reconoce este cambio y manifiesta la necesidad de contar con material de apoyo para el manejo de estas problemáticas.

Al realizar una buena atención en cualquier ámbito, y además implementando el apoyo psicosocial, se puede esperar y/o evidenciar un gran cambio en la evolución del paciente y no solo de forma física sino también psicológica, ayudando a corto, mediano y largo plazo (2)

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Diseñar e implementar un libro guía para la materia de intervención psicosocial

1.2.2 Objetivos específicos

1. Identificar cuáles son las principales problemáticas psicosociales a las que se enfrentado el primer respondiente.
2. Realizar una búsqueda bibliográfica sobre los temas a incluir en el libro.
3. Diseñar los diferentes capítulos que se verán incluidos en el libro guía

1.3 VIABILIDAD DEL PROYECTO

El presente proyecto es viable para su desarrollo ya que surge de una necesidad real identificada en el medio, como es la ausencia de material de apoyo para la intervención psicosocial en el personal de primera respuesta; además se cuenta con materia para su desarrollo, tanto bibliográfico como práctico que se ha sido adquirido a través de diversos medios. También se cuenta con el recurso humano por medio de los investigadores y asesora de los mismos.

1.4 LIMITACIONES DEL PROYECTO

Como limitaciones en este proyecto se pueden encontrar el tiempo con el que cuentan los investigadores, dado que se encuentran actualmente cursando sus prácticas en diferentes municipios, lo que hace un poco difícil las reuniones para el avance y la construcción del mismo.

En el momento se carece de muy pocas investigaciones o de artículos que traten la intervención psicosocial para los primeros respondientes, lo cual limita la posibilidad de encontrar suficientes fuentes que sirvan para la construcción de este material.

1.5 IMPACTO DEL PROYECTO

Tabla 0.1 Impacto



Impacto esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4), mediano (5-9), largo (10 o más)	Indicador verificable	Supuestos*
<p>Crear un libro a través del cual se puede implementar técnicas relevantes para manejar mejor a los pacientes psicosociales, reduciendo así los comportamientos inapropiados que pueden afectarlos.</p>	<p>Se espera que el libro este terminado en un año y medio.</p>	<p>Capaz de mostrar el libro al público.</p>	<p>Se espera que el libro contenga el contenido necesario como referencia para el personal prehospitalario.</p>
<p>Llegar a un acuerdo con el gobierno central para implementar el libro en todas las agencias de socorro o primeros auxilios (como los bomberos).</p>	<p>Se espera que el libro se implemente en todos los departamentos de bomberos en 5 años.</p>		<p>Se espera que el libro sea reconocido por organizaciones de renombre mundial en la intervención psicosocial del paciente.</p>
<p>Tener al menos 2 nuevas ediciones del libro, que contengan las ultimas actualizaciones en investigación sobre el cuidado de pacientes con intervenciones psicosociales.</p>	<p>Se espera que el libro se actualice al menos dos veces en 10 años, estando así en la tercera edición, para mejorar su contenido y forma física.</p>		<p>Se espera que este libro tenga la oportunidad de convertirse en un libro de referencia internacional sobre la intervención psicosocial de los pacientes en el ámbito prehospitalario.</p>



2 CAPÍTULO DOS: MARCO TEÓRICO

2.6 MARCO CONCEPTUAL

Primer respondiente: El primer respondiente es aquella persona que decide brindar los primeros auxilios a una persona que está presentando problemas en su estado de salud o en su integridad física. (1)

Intervención psicosocial: La intervención psicosocial es una rama de la psicología, encargada de comprender y tratar de cambiar la conducta de las personas, con la finalidad de ayudar a mejorar la calidad de vida de la persona. (2)

Atención prehospitalaria: La atención prehospitalaria es un servicio prestado a toda la población en estado de emergencia, urgencia, accidentes, compromiso de la vida, órgano o extremidad, con la intención de salvaguardar y proteger la vida humana. (1)

Crisis psicológica: Síndrome agudo de estrés caracterizado por la ruptura brusca de la vivencia de continuidad psíquica y por la respuesta activa ante un proceso de cambio. (3)

Ansiedad: Preocupación y miedo intenso, excesivos y continuos ante situaciones cotidianas. Es posible que se produzca taquicardia, respiración agitada, sudoración y sensación de cansancio.(4)

Esquizofrenia: Trastorno que afecta la capacidad de una persona para pensar, sentir y comportarse de manera lúcida.(5)

Homicidio: Delito contra la vida humana que se produce cuando una persona priva de la vida a otra.(5)

Intervención mecánica: Consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, muñeca, tobillos, extremidades, etc. Debe ser aplicada con discreción y seguridad.(2)

Intervención verbal: Conjunto de herramientas terapéuticas empleadas con el fin de obtener información, datos, ampliaciones y aclaraciones del relato.(2)

Intervención farmacológica: Terapia con cualquier sustancia diferente de los alimentos, utilizada para prevenir, tratar y aliviar los síntomas de una patología o estado anormal.(2)

Bomberos: Persona que está capacitada conforme para la extinción de incendios y también para asistir a víctimas en cualquier tipo de desastres cómo los terremotos, inundaciones, entre otros. (2)

Primeros auxilios psicológicos: Se denomina primeros auxilios psicológicos a la intervención psicológica en el momento de crisis. El objetivo es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento de la crisis, lo cual incluye el manejo adecuado de los sentimientos y el control de los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema. La meta de los primeros auxilios psicológicos es restablecer el equilibrio emocional. (2)

Psicología: Disciplina que Investiga sobre los procesos mentales de personas y animales. La palabra proviene del griego: psico- (actividad mental o alma y -logía (estudio). Esta disciplina analiza las 3 dimensiones de los mencionados procesos: cognitiva, afectiva y conductual.(1)

psicosocial: Conducta humana y su inserción en la sociedad, el accionar individual analizado desde los aspectos sociales.(1)

Riesgo psicosocial: Todas las situaciones y condiciones del trabajo que se relacionan con el tipo de organización, el contenido de trabajo y la ejecución de la tarea, los cuales tienen la capacidad de efectuar en forma negativa el bienestar y la salud física, psíquica y social del trabajador y sus condiciones de trabajo. (1)

Salud: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades.(1)

Salud mental: Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.(1)

Trastorno mental: Es una alteración de tipo emocional, cognitivo y comportamiento, en qué quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etcétera. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. (1)

Trastorno por estrés agudo: Es un periodo breve de recuerdos molestos que se produce muy poco después de haber sido testigo o de haber experimentado un episodio traumático insoportable.(1)

Trastorno por estrés postraumático: El trastorno por estrés postraumático es un recuerdo recurrente y molesto de un episodio traumático insoportable; los recuerdos duran más de un mes y comienzan dentro de los seis meses del suceso. La fisiopatología de este trastorno no se conoce con detalle. Los síntomas también incluyen la evitación de los estímulos asociados al episodio traumático, pesadillas y episodios de recuerdo disociativo. El diagnóstico se basa en la anamnesis, y el tratamiento consiste en terapia de exposición y farmacológica. (1)

Guía Psicosocial: Conjunto conformado por técnicas, las cuales encauzan un listado de información, en este caso se trata de una guía para el apoyo psicológico la cual hace énfasis en la fase espiritual, emocional, mental y de conducta de un paciente. (6)

Depresión: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.(7)

Dolor: Sentimiento de pena y congoja.(8)

Suicidio: Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza.(9)

llanto: Efusión de lágrimas acompañada frecuentemente de lamentos y sollozos.(10)

Enojo: Movimiento del ánimo que suscita ira contra alguien.(11)

Culpa: Acción u omisión que provoca un sentimiento de responsabilidad por un daño causado.(12)

Muerte: Cesación o término de la vida.(13)

Emergencia: Asunto o situación imprevistos que requieren una especial atención y deben solucionarse lo antes posible.(14)

Duelo: Dolor, lástima, aflicción o sentimiento.(15)

Autolesionarse: Dicho de una persona: Causarse voluntariamente un daño físico.(16)

2.7 MARCO REFERENCIAL

Se ha trabajado como referencias diferentes proyectos de investigación que se han desarrollado en otros lugares referentes a temas que encierran la intervención psicosocial.

2.7.1 Tabla Referencias 1

Título: alcohol use and suicidality in firefighters: associations with depressive symptoms and posttraumatic stress
Autores: martin ce, vujanovic aa, paulus dj, bartlett b, gallagher mw, tran jk
Fecha: abril de 2017
Lugar: reino unido.
Resumen: los bomberos tienen graves problemas de salud pública, debido al uso de alcohol se incrementa el riesgo de contraer tendencias suicidas. Estos están expuestos diariamente a tener síntomas asociados a la depresión y al estrés postraumático, la dependencia del alcohol cobra más vidas bomberiles. El estudio fue aplicado en participantes bomberos masculinos de todas las razas la mayoría casados con un título escolar con una experiencia de 5 a 11 años, lo cual arrojó que en el último año cada uno al día tomaba 5 o más bebidas por día. (1)
Resultados: el estudio examinó los efectos indirectos de la dependencia de alcohol en cuanto al riesgo de suicidio con depresión y estrés postraumático aplicado en una gran parte de bomberos y la dependencia de alcohol fue asociado significativamente asociada al riesgo suicida.
Link: http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.002 21-05-2021

2.7.2 Tabla referencias 2

Título: association between psychosomatic symptoms and work stress among taiwan police officers.
Autores: que hsin chieh, cheng fang yen, luo lu, mei sang yang
Fecha: abril de 2011
Lugar: oficiales de policía masculino en el sur de taiwán
Resumen: este estudio exploró la asociación entre la severidad de los síntomas psicossomáticos y el estrés laboral percibido en los oficiales de policía de taiwán. Los datos de estrés laboral y los síntomas psicossomáticos asociados fueron reunidos anónimamente. Los resultados de los análisis revelaron que los oficiales de policía que tenían más trabajo reportaron más síntomas psicossomáticos que los que tienen menos trabajo. (2)
Resultados: un total de 512 oficiales de policía completaron el cuestionario sin ninguna omisión, las características del trabajo, la severidad de los síntomas psicossomáticos y los niveles de estrés percibidos. (2)
Link: http://www.kjms-online.com 24-05-2021

2.7.3 Tabla referencias 3

<p>Titulo: associations between work stress and suicidal ideation: individual participant data from six cross sectional studies.</p>
<p>Autores: adrián loerbroks, phd, sung il cho, phd, maureen f. Dolard, phd, jianfang zou, md. Joachime, fischer, md, yueying jiang, md. Peter angerer, md, raphael m, herr, pehd, jian li, phd</p>
<p>Fecha: noviembre de 2016</p>
<p>Lugar: instituto de medicina ocupacional, social y ambiental, centro de salud y sociedad, facultad de medicina, universidad de düsseldorf, düsseldorf, alemania</p>
<p>Resumen: epidemiológicamente la evidencia sugiere que el estrés laboral está asociado a ideación suicida, sin embargo, muy pocos estudios tienen un modelo adecuado teóricamente de estrés laboral. Ellos dibujaron un modelo que consta de la información de seis estudios realizados en cuatro países, el estrés laboral fue medido establecido en cuestionarios y fue categorizado para hacer dicho estudio.</p>
<p>Resultados: teniendo toda la información de seis estudios epidemiológicos observaron que los modelos de estrés laboral estaban asociados. Los participantes involucrados fueron de edades tempranas hasta los 40 años. Los participantes fueron mujeres y hombres casados con estatus socioeconómicos altos.</p>
<p>Link: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.008 24-05-2021</p>

2.7.4 Tabla referencias 4

Título: edad, síndrome de agotamiento profesional (burnout), apoyo social y autoestima en agentes de tránsito, México
Autores: carolina aranda beltrán, manuel pando moreno.
Fecha: 25 mayo de 2014.
Lugar: doctor(a) en c. Investigador(a) del instituto de investigación en salud ocupacional, departamento de salud pública, universidad de guadalajara, México
Nombre de la revista: revista colombiana de psiquiatría
Resumen: las manifestaciones generadas por la exposición a agentes estresores laborales y a características de tipo individual traen consigo diversos daños a la salud que inciden en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional (burnout).
Resultados: 802 (91,6%) agentes eran hombres y 73 (8,4%) eran mujeres. La edad mínima fue de 20 años y la máxima de 84 años (un sujeto para cada uno). Se encontraron prevalencias para el síndrome de agotamiento profesional del 47,8% para el grupo menor de 42 años y del 65,9% para los mayores de 43 años. En cuanto al apoyo social objetivo, la prevalencia para el grupo mayor de 43 años fue del 16,1%; mientras que, para el apoyo subjetivo, del 16,7%. Para la variable autoestima se observaron prevalencias en los mayores de 43 años del 7,9%. Los análisis inferenciales demostraron varias asociaciones significativas entre la edad y las variables de estudio. La edad es una característica individual trascendental en la vida. Tener más edad es un factor de riesgo para el desarrollo del síndrome, tener un inadecuado apoyo social y una autoestima baja.
Link: https://doi.org/10.1016/s0034-7450(14)60222-5 24-05-2021

2.7.5 Tabla referencias 5

Título: significado del síndrome depresivo para médicos generales en una región colombiana.
Autores: laura milena múnica restrepo, lucia uribe restrepo, carlos enrique yepes delgado.
Fecha: 21 febrero 2017.
Lugar: facultad de medicina, universidad de antioquia, medellín, colombia
Nombre de la revista: revista colombiana de psiquiatría
Resumen: comprender los significados que el síndrome depresivo tiene para algunos médicos generales en ejercicio clínico en una región colombiana.
Resultados: en las entrevistas resaltan algunos elementos indispensables, como: «ver más allá de un cuerpo», donde se refleja el interés del médico por individualizar cada caso de cada paciente porque, aparte de que tengan la misma enfermedad, sabe que no a todos se debe abordar ni tratar por igual. En «de insignificante a terrorífico» se observa que el entramado de vivencias, experiencias, emociones y anhelos que hacen parte del médico se reflejan en la compasión que este tenga del paciente con depresión, situación que hace que como ser humano afronta el sufrimiento del otro; en contraposición, aparece el «verse atado de manos» respecto al sistema de salud, que dificulta la adecuada atención de estos pacientes y genera un sinsabor en el médico tratante.
Link: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745017300033 24-05-2021

2.7.6 Tabla referencias 6

Título: el estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual
Autores: josé ignacio aguado martín, ainhoa bátiz cano y salomé quintana pérez.
Fecha: junio de 2013.
Lugar: unidad docente de medicina del trabajo. Madrid. España
Nombre de la revista: medicina y seguridad del trabajo.
Resumen: los riesgos psicosociales y el estrés particularmente se ha convertido en uno de los más comunes problemas para la salud y la seguridad laboral. Por esto se ha realizado una revisión de la literatura científica actual sobre el estrés debido a su importancia como riesgo emergente, y la consecuencia de este problema en la productividad y el desgaste de la calidad de vida en el personal sanitario que desarrolla su actividad profesional en medio hospitalario, así como intentar identificar los principales métodos de evaluación del estrés actualmente utilizados.
Resultados: los niveles de estrés encontrados en los artículos revisados fueron moderados-altos, con diferencias entre las distintas áreas y especialidades. Factores individuales tanto objetivos como subjetivos parecen influir en los grados de estrés. Existe diversidad de métodos utilizados para la evaluación del estrés, la mayoría tienen un nivel de fiabilidad elevado. La producción bibliográfica encontrada es mayor en asia y europa. Los niveles de estrés son elevados en el personal sanitario del hospital, sobre todo en algunas áreas y especialidades, existen una serie de moderadores del grado de estrés como los factores individuales y el ambiente físico y no existe un consenso internacional en el método utilizado para su evaluación.
Link: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0465-546x2013000200006&lang=es 24-05-2021

2.7.7 Tabla referencias 7

Título: trabajo de salud e intervenciones organizativas para prevenir el estrés relacionado con el trabajo en brindisi, italia.
Autores: autoridad de salud local, brindisi, unidad de salud de prevención y protección ocupacional, brindisi, italia autoridad de salud local, brindisi, departamento de salud mental, brindisi, italia gabriele d'ettore
Fecha: octubre 18 de 2014
Lugar: brindisi italia.
Nombre de la revista: saf health work
Resumen: los autores realizaron un análisis integrado de indicadores centinela de estrés, un análisis integrado de factores de estrés objetivo del contexto ocupacional y áreas de contenido, y un análisis integrado entre enfermeras y médicos de departamentos hospitalarios y servicios de atención de distritos de salud de acuerdo con una herramienta validada multidimensional desarrollada en italia por la red nacional para la prevención de los trastornos psicosociales relacionados con el trabajo. El propósito de este estudio observacional retrospectivo fue detectar y analizar en diferentes entornos de trabajo el nivel de wrs resultante de los cambios organizacionales implementados por los departamentos de atención médica del hospital y los servicios de atención de los distritos de salud en una muestra de sus empleados.
Resultados: los hallazgos del estudio mostraron que los hcw del hospital parecían incurrir en un riesgo de nivel medio de wrs que era principalmente el resultado de factores de contexto de trabajo. La implementación de intervenciones de mejora se centró en el desarrollo del equipo, los programas de capacitación en seguridad y la adopción de un código de ética para los trabajadores sanitarios, y redujo de manera efectiva y significativa el nivel de riesgo de wrs en el lugar de trabajo.
Link: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4371772/ 24-05-2021

2.7.8 Tabla referencias 8

Título: firefighters, posttraumatic stress disorder, and barriers to treatment: results from a nationwide total population survey
Autores: jieun e.kim, stephen r. Dager, hyeonseok s, jeong, jiyoung ma, shinwon park, jungyoon kym, year choi, suji l. Lee, ii hyang kang, eunji ha, han byul cho, sunho lee, eui jung kim, sujung yoon, in kyoon lyoo.
Fecha: enero 5 de 2018
Lugar: soraya seedat, stellenbosch university, south africa
Nombre de la revista: plos one
Resumen: vivir repetitivamente experiencias traumáticas hace que le bombero profesional incremente el riesgo de sufrir estrés postraumático, las investigaciones hablan de que los síntomas de estrés postraumático tiene que recibir tratamiento de la salud mental, fueron investigadas las barreras de tratamiento en el total de la población de bomberos estudiados de el sur de korea.
Resultados: la población estudiada refirió tener más de dos empleos al tiempo, los resultados mostraron que los bomberos con estrés postraumático necesitan uso de tratamiento en la salud mental y que esto acarrea efectos en las relaciones familiares.
Link: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0190630 24-05-2021

2.7.9 Tabla referencias 9

Título: fireman's job stress: integrating work/ non-work conflict with job demand control support model.
Autores: j.y wong, j h. Lin, s h. Liu, t. H. Wan.
Fecha: marzo de 2014
Lugar: ming chuan university, taiwán
Nombre de la revista: revue européenne de psychologie appliquée
Resumen: la carga de trabajo pesado y los horarios que dirigen los bomberos el conflicto entre el trabajar y no tener una vida laboral, estrés laboral, demanda laboral, control de trabajo, trabajo de apoyo, apoyo de la familia, usaron un método por medio de un cuestionario fue usado para la recolección de datos 422 bomberos completaron los cuestionarios esto fue empleado para realizar análisis.
Resultados: este documento explora el trabajo estresante del bomberos integrando el modelo teórico trabajo y no trabajo mediante los efectos de conflictos entre la relación el estrés laboral relacionado antecedentes y estrés laboral que fueron examinados los hallazgos en la teoría de estrés de trabajo confirmando los antecedentes de estrés laboral, antecedentes que afectan la vida laboral del bombero.
Link: http://dx.doi.org/10.1016/j.erap.2013.12.002 24-05-2021

2.7.10 Tabla referencias 10

Título: mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: a systematic review and meta analysis
Autores: peter t. Haugen, aileen m. Mc, aileen m. Mccrillis, geert e. Smid, mirjam. Nijdam
Fecha: noviembre de 2017
Lugar: facultad de medicina de la universidad de nueva york, biblioteca médica, 577 first ave, nueva york, ny, 10016, ee. Uu.
Nombre de la revista: journal of psychiatric research
Resumen: no está claro cuántos primeros respondientes experimentan barreras para el cuidado y presentan tanto estigma al cuidado de la salud mental y estas influencias ayudan a evitar buscar ayuda.
Resultados: el objetivo del presente estudio fue resumir la evidencia base con respecto a la naturaleza y el impacto de las barreras al cuidado y el estigma de la salud mental en los primeros en responder. Los resultados del metanálisis indican que, en promedio, aproximadamente uno de cada tres primeros encuestados (33.1%) experimenta estigma con respecto a la salud mental y que uno de cada once primeros respondedores (9.3%) experimenta barreras para la atención. Las preocupaciones más frecuentes relacionadas con el estigma fueron los temores sobre la confidencialidad de los servicios y los temores de que la búsqueda de servicios psicológicos tendría un impacto negativo en la carrera profesional.
Link: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.001 24-05-2021

2.7.11 Tabla referencias 11

Título: osa syndrome and posttraumatic stress disorder: clinical outcomes and impact of positive airway pressure therapy
Autores: lettieri, christopher j. Williams, scott g. Cullen, jacob f.
Fecha: 01 de febrero de 2016
Lugar: centro médico académico militar de ee.uu
Nombre de la revista: chest
Resumen: intentamos determinar el impacto del síndrome osa (saos) sobre los síntomas y la calidad de vida (cdv) entre los pacientes con trastorno de estrés postraumático (tept). Además, evaluamos la adherencia y la respuesta al tratamiento con presión positiva de las vías respiratorias (cpap) en esta población. Métodos: este fue un estudio de cohorte observacional de casos controlados en el sleep disorders center de un centro médico militar académico. Doscientos pacientes consecutivos con ptsd se sometieron a evaluaciones de sueño. Los pacientes con trastorno de estrés postraumático con y sin saos se compararon con 50 pacientes emparejados por edad consecutivos con saos sin tept y 50 sujetos controles normales de la misma edad. Se obtuvieron datos polisomnográficos, síntomas relacionados con el sueño y medidas de calidad de vida, y el uso objetivo de pap.
Resultados: en pacientes con trastorno de estrés postraumático, el vaso comórbido se asocia con síntomas empeorados, cdv y adherencia y respuesta a la pap. Dado el impacto negativo en los resultados, la posibilidad de saos se debe considerar cuidadosamente en pacientes con tept. Se necesita un seguimiento cercano para optimizar la adherencia y la eficacia de la pap en esta población en riesgo.
Link: http://dx.doi.org/10.1378/chest.15-0693 24-05-2021

2.7.12 Tabla referencias 12

Título: psychotic experiences among police officers working in high-stress situations
Autores: de vyllder, jordan e.
Fecha: julio de 2018
Lugar: graduate school of social service, fordham university, 113 w 60th st., 723-a, nueva york, ny 10023, ee. Uu.
Nombre de la revista: schizophrenia research
Resumen: el principal hallazgo es que la exposición a factores altamente estresantes y potencialmente las situaciones ocupacionales traumáticas se asocian con mayores probabilidades de experiencias psicóticas entre una muestra de alto rendimiento de adultos empleados y, en general, con educación universitaria. Los policías fueron elegidos como muestra de interés ya que están expuestos rutinariamente a situaciones de alto estrés.
Resultados: finalmente, la muestra relativamente pequeña de oficiales de policía y la baja tasa de respuesta en este estudio significa que estos hallazgos deberían ser replicados en muestras más grandes y más representativas, y en otras ocupaciones caracterizadas por situaciones altamente estresantes y potencialmente traumáticas. Conflicto.
Link: https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.022 24-05-2021

2.7.13 Tabla referencias 13

Título: stress and anxiety: counterpart elements of the stress/anxiety complex
Autores: bistritsky, alexander kronemeyer, david
Fecha: diciembre de 2014
Lugar: programa de ansiedad y trastornos relacionados de ucla, departamento de psiquiatría y ciencias bioconductuales, instituto semel de neurociencia y comportamiento humano, facultad de medicina david geffen, universidad de california, los ángeles, 300 ucla medical plaza, room 2335, los angeles, ca 90095-6968 , ee.uu
Nombre de la revista: psychiatric clinics of north america
Resumen: la relación entre el estrés y la ansiedad es complicada. El estrés inicialmente surge del entorno de uno; la ansiedad se superpone a la excitación fisiológica, las evaluaciones cognitivas, los estados emocionales y las respuestas conductuales. Ambos son componentes de un complejo de estrés y ansiedad, que ha evolucionado para permitir a los individuos adaptarse a su entorno y alcanzar el equilibrio. Los trastornos de ansiedad, que resultan cuando este mecanismo falla, ocurren a lo largo de un espectro. Una de las principales variables que afectan los trastornos de ansiedad es la magnitud del estrés. Cada trastorno de ansiedad debe evaluarse a lo largo de un eje de estrés, lo que lleva a una mejor conceptualización del caso y estrategias de intervención.
Link: http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2014.08.002 21-05-2021

2.7.14 Tabla referencias 14

Título: un sistema informatizado de apoyo a las decisiones clínicas para el manejo de la depresión en atención primaria
Autores: aragonès, enric comín, eva cavero, myriam pérez, víctor molina, cristina palao, diego
Fecha: junio de 2017
Lugar: atenció primària camp de tarragona, institut català de la salut, tarragona, españa
Nombre de la revista: atención primaria
Resumen: a pesar de su relevancia clínica y su importancia como problema de salud pública, existen importantes lagunas en el manejo de la depresión. Las guías clínicas basadas en evidencia son útiles para mejorar los procesos y los resultados clínicos. Para facilitar su implementación, estas pautas se han transformado en sistemas computarizados de soporte de decisiones clínicas. En este artículo, se presenta una descripción de los fundamentos y características de una nueva guía clínica informatizada para el manejo de la depresión mayor, desarrollada en el sistema de salud pública en cataluña.
Resultados: las guías clínicas computarizadas deben actuar como un sistema de ayuda inteligente en la toma de decisiones clínicas y nunca como un protocolo inflexible. Deben integrarse en el trabajo habitual del médico, facilitando el acceso a la información relevante de forma sincrónica con la visita y facilitando la interacción con los demás profesionales.
Link: http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.011 21-05-2021

2.7.15 Tabla referencias 15

Título: el suicidio: cuatro perspectivas
Autor: olga maría blandón cuesta, josé alonso andrade <i>salazar</i> , <i>helmer</i> quintero núñez , john jairo garcía peña, belinda layen bernal
Fecha: 29 de mayo de 2015
Lugar: fundación universitaria luis amigó transversal 51a 67b 90, medellín-antioquia-colombia.
Objetivos: hacer una comparación de los niveles de suicidios o intentos en los jóvenes universitarios.
Metodología: es una investigación realizada por un equipo interinstitucional liderado por la fundación universitaria luis amigó y en el que participaron la universidad san buenaventura y la corporación universitaria adventista. Para cada uno de los enfoques propuestos, se realizó un análisis de contenido riguroso de la literatura más reciente y su resultado se sometió al examen de pares expertos. El libro presenta cuatro perspectivas diferentes con respecto al suicidio.
Resumen: de acuerdo con la organización mundial de la salud (oms, 2011), cada año aproximadamente un millón de personas muere por causa de suicidio, lo que indica una tasa global de mortalidad de 16 por 100.000; es decir, una muerte cada 40 segundos (schmidtke et al., 1996; hultén et al., 2000). Según la entidad, el suicidio ha aumentado en un 60% en los últimos 45 años, por lo que se ubica entre las tres primeras causas de muerte en personas entre los 15 y 44 años (en algunos países), al tiempo que se constituye en la segunda causa principal de defunción en personas entre los 10 y 24 años.
Conclusiones: se considera pertinente realizar estudios epidemiológicos sobre la conducta suicida en población universitaria de diferentes instituciones públicas y privadas quizá compartiendo la información sobre la autopsia psicológica realizada a los estudiantes que tienen éxito en la consumación del suicidio, se pueda establecer el trabajo en red que permita la atención a la comunidad universitaria.
Link: http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/ebook/2015/el-suicidio-cuatro-perspectivas.pdf

2.7.16 Tabla referencias 16

Título: comportamiento del suicidio. Colombia 2013
Autor: fiscalía general de la nación - colombia
Fecha: julio de 2013
Lugar: instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses de bogotá
Objetivos: informar los niveles de suicidios en el país por regiones o ciudades a causa de diferentes factores sociales
Metodología: recopilar la información relacionada con el ejercicio médico legal, reportó que en el año 2013 se realizaron 1.810 necropsias cuya manera de muerte fue el suicidio, comparada con los anteriores años
Resumen: el suicidio es la cuarta forma de violencia en nuestro país con una tasa de mortalidad para el año 2013 de 3,84 por cada 100.000 habitantes. En nuestro país por cada mujer se quitan la vida cuatro 4 hombres. El centro de referencia nacional sobre violencia (crnv) del instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses a través del sistema de vigilancia epidemiológica (sivelce), sistema encargado de recopilar la información relacionada con el ejercicio médico legal, reportó que en el año 2013 se realizaron 1.810 necropsias cuya manera de muerte fue el suicidio.
Conclusiones: el comportamiento del suicidio en colombia durante la última década no ha presentado una variación significativa en lo concerniente a las tasas; se evidencia una pequeña disminución de la tasa en el año 2013. 154 instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses de igual manera ocurre con el comportamiento de la mayoría de las variables de persona, tiempo y lugar; vemos cómo el suicidio sigue siendo más prevalente en el hombre, en población joven y adultos mayores; como mecanismo causal más frecuente se usa el ahorcamiento en la vivienda, y el mes de enero continúa siendo el de mayor presentación de suicidios. Los esfuerzos del estado por reducir estas cifras aun no muestran los resultados esperados; si bien el plan decenal en salud pública 2012-2021 (7) aborda el tema desde la intervención en la población con trastornos mentales, se debe tener en cuenta que esta no es la única causa que conlleva al suicidio.
Link: http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/ 21-05-2021

2.7.17 Tabla referencias 17

Título: diseño de un modelo de intervención del suicidio en niños y adolescentes
Autor: benjamín palencia gualdrón trabajo de grado para obtener el títuloe magíster en administración en salud
Fecha: febrero de 2014
Lugar: universidad del rosario, universidad ces-medellín, facultad de administración, programa en maestría
Objetivos: diseñar un modelo de intervención para la prevención del suicidio dirigido a la población escolar de niños y adolescentes de las escuelas, colegios públicos y privados de la ciudad de bogotá, con un enfoque basado en el manejo social del riesgo.
Metodología: se realizó con 72 participantes de un colegio público y un colegio privado de la ciudad de bogotá. Se caracterizó el suicidio en la ciudad de bogotá en los últimos nueve años, los aspectos legales, se analizaron algunos modelos de prevención, se identificaron los principales factores de riesgo y factores protectores y se propusieron estrategias para su prevención.
Resumen: en colombia el suicidio ha mantenido una tendencia al aumento en los últimos 6 años, con una proporción que ha oscilado entre 0,21 y 3,9% por año, según el informe del instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses (2011). También existe preocupación por la tendencia de conductas autolíticas en edades cada vez más tempranas; en el año inmediatamente anterior se presentó la incidencia más alta en las edades comprendidas entre los 15 a 17 años (medicina legal y ciencias forenses 2011)
Conclusiones: el suicidio es una problemática que afecta a toda la población y en el caso de la población escolar de la ciudad de bogotá y de otras se ha ubicado en un grupo de alto riesgo. En este estudio se ratifica la importancia y necesidad de actuar de manera concertada en la prevención del suicidio debido al aumento de las tasas de mortalidad de niños y adolescentes. Se ha encontrado la necesidad de fortalecer la articulación real entre el ministerio de educación nacional y el ministerio de salud y de la protección social para que no se constituya en una barrera en la continuidad de los procesos atencionales.
Link: http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/5027/13923544-2014.pdf 21-05-2021

2.7.18 Tabla referencias 18

Título: comportamiento suicida y su asociación con los trastornos mentales de inicio en la infancia en los adolescentes de medellín, 2011-2012
Autor: diana restrepo bernal estudiante de maestría en epidemiología, laura bonfante olivares estudiante de maestría en epidemiología
Fecha: 2014
Lugar: facultad de medicina división de posgrados en salud pública maestría en epidemiología universidad ces
Objetivos: explorar la posible asociación entre comportamiento suicida y trastornos mentales de inicio en la infancia y la adolescencia en adolescentes de medellín.
Metodología: estudio observacional analítico de corte a partir de fuente secundaria. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, de crianza y eventos vitales en 447 adolescentes a los cuales se les aplicó el composite international diagnostic interview. Se realizó un análisis descriptivo.
Resumen: el suicidio es un problema de salud pública. En colombia, los adolescentes son considerados un grupo con alto riesgo para comportamiento suicida
Conclusiones: el diagnóstico y tratamiento precoz del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la niñez puede ser una estrategia útil en la prevención del comportamiento suicida de los adolescentes.
Link: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/Comportamiento suicida.pdf . 21-05-2021

2.7.19 Tabla referencias 19

Título: riesgos físicos y psicológicos de los bomberos
Autores: mario yika mezzano
Fecha: 25 de julio de 2016
Lugar: lima, Perú
Nombre de la revista: charla en la mesa del casino
Resumen: el presente artículo tiene el objetivo de presentar las características generales del cuerpo de bomberos, los riesgos a los que están expuestos, las patologías que presentan y los estudios publicados a la fecha en relación con su trabajo profesional; siendo ellos uno de los más significativos ejemplos de los equipos de primera respuesta con que cuenta nuestra sociedad.
Resultados: en el trabajo de los bomberos, al igual que en otras profesiones que implican enfrentarse a situaciones de riesgo, se debería aplicar y supervisar las normas de prevención de riesgos laborales, que en toda actividad la ley exige.
Link: https://charlaenlamesadelcasino.wordpress.com/2012/11/11/riesgos-fisicos-y-psicologicos-de-los-bomberos-articulo-del-teniente-mario-yika-mezzanopsicologo-espec 21-05-2021

2.7.20 Tabla referencias 20

Título: modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural
Autores: cristian david osorio yepes, victoria eugenia díaz facio lince
Fecha: noviembre de 2012
Lugar: medellín,colombia
Nombre de la revista: revista de psicología de la universidad de antioquia
Resumen: el artículo presenta los resultados obtenidos en la investigación documental estado del arte: modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural, publicados en latinoamérica y españa entre 2000 y 2011, cuyo interés fue recopilar las publicaciones que se han realizado en los contextos de referencia para hallar las tendencias, las contradicciones y los vacíos que existen en el estudio actual sobre este tema. En el primer apartado se describe el proceso metodológico utilizado; en el segundo, se relacionan los resultados más relevantes según tres categorías emergentes: conceptualización, metodologías y técnicas de intervención psicosocial en desastres y tipos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural. Finalmente, se presentan las conclusiones derivadas de los resultados.
Resultados: de la recopilación y el estudio de los modelos y experiencias revisados emergen cuestionamientos sobre la preparación que las comunidades y los gobiernos tienen para enfrentar estas situaciones. Así, se evidencia que no obstante los esfuerzos de la cooperación internacional por procurar acciones en materia de gestión de riesgos en desastres, el incremento de su ocurrencia y el costo que representa para los gobiernos y la adopción de enfoques preventivos frente a otras necesidades sociales hacen que en muchos países de latinoamérica, la atención se siga orientando hacia la respuesta y, en corta medida, a la recuperación.
Link: https://search.scielo.org/?lang=es&count=15&from=0&output=site&sort=&format=summary&fb=&page=1&q=revista+de+psicolog%c3%ada+de+la+universidad+de+antioquia 21-05-2021

2.7.21 Tabla referencias 21

Título: the unique and interactive effects of anxiety sensitivity and emotion dysregulation in relation to posttraumatic stress, depressive, and anxiety symptoms among trauma-exposed firefighters
Autores: paulus, d j. Gallagher, m w. Bartlett, b a. Tran, j. Vujanovic, a a
Fecha: julio de 2018
Lugar: universidad de houston, departamento de psicología, houston, tx, ee. Uu.
Resumen: los bomberos están crónicamente expuestos a eventos traumáticos. Relacionado, el trabajo en el pasado ha documentado altos índices de problemas psiquiátricos, como síntomas de estrés postraumático y depresión, entre los bomberos. Se sabe menos sobre los síntomas de ansiedad entre los bomberos. Además, poco trabajo ha examinado los factores de riesgo / mantenimiento relacionados con estos síntomas entre los bomberos. Hacerlo puede ser importante para desarrollar intervenciones adaptadas a los bomberos expuestos al trauma. El presente estudio examinó los síntomas de estrés postraumático, depresión, trastorno de pánico y ansiedad social entre los bomberos expuestos al trauma. Procedimiento: utilizando modelos de ecuaciones estructurales, los efectos principales e interactivos de la sensibilidad a la ansiedad y la desregulación de la emoción se examinaron en relación con estos resultados del síntoma. Los participantes incluyeron 787 bomberos urbanos masculinos que informaron al menos un evento traumático pasado.
Resultados: el estudio actual evaluó la as y la desregulación emocional en relación con los síntomas emocionales entre los bomberos expuestos al trauma. Usando sem, as demostró los efectos principales en relación con los síntomas de estrés postraumático, depresión, pánico y ansiedad social, de acuerdo con nuestra hipótesis. Este hallazgo amplía el cuerpo de trabajo que examina as como un factor de riesgo / mantenimiento para el estrés postraumático, la depresión y la patología de ansiedad a los síntomas correspondientes entre los bomberos.
Link: https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.03.012 21-05-2021

2.7.22 Tabla referencias 22

Título: la evaluación del estrés traumático secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de guadalajara, méxico
Autores: rosa meda, bernardo moreno-jiménez, andrés palomera, elva arias & rodrigo vargas
Fecha: julio, 2012
Lugar: guadalajara, méxico
Objetivos: el objeto del estudio es evaluar diferentes elementos del proceso del trauma secundario: antecedentes organizacionales y ocupacionales, variables de personalidad, síndrome traumático secundario y consecuencias. El objetivo del estudio es contrastar ambas muestras en los diferentes elementos del proceso, así como contrastar las diferencias de género.
Resumen: el estrés traumático secundario, se refiere a un proceso por el cual "un individuo que observa el sufrimiento de otro experimenta paralelamente las mismas respuestas emocionales a las emociones reales o esperadas de la otra persona", moreno, morante, rodríguez & garrosa (2004). A partir de esta noción, moreno, garrosa, morante, rodríguez & losada (2004b) diseñaron el cuestionario de estrés traumático secundario (cets). Se presenta un estudio comparado en dos muestras de bomberos y paramédicos con un total de 427 sujetos. Los paramédicos se percibieron con mayor presión social y mayor nivel de comprensibilidad, los bomberos con mayor percepción de sobrecarga laboral, mayor nivel de empatía y consecuencias sociales. Las mujeres se percibieron con mayor presión social en el trabajo y los hombres con mayor sobrecarga laboral y sentido del humor. Se reportan correlaciones entre las subescalas del cets, que confirman la relación entre las dimensiones de un modelo procesual desarrollado por moreno, morante, rodríguez & rodríguez (2008).
Conclusiones: los datos encontrados muestran la naturaleza estresante de la propia actividad de actuación con víctimas y especialmente en situaciones de emergencias y crisis. Sin embargo, el proceso es más amplio e incluye variables organizacionales y contextuales, así como variables individuales, de vulnerabilidad y resiliencia, que ejercen una influencia indudable. En este sentido, diversos autores han señalado que no todas las personas se ven afectadas de igual forma por los estresores psicosociales, ni responden del mismo modo ante las situaciones de estrés, existiendo una gran variabilidad individual al respecto (lazarus folkman, 1984; kobasa, 1979). En cualquier caso, parece importante el estudio del ets en las profesiones de ayuda tanto para asegurar la eficiencia de sus intervenciones como para asegurar la misma salud y bienestar laboral de estas profesiones.
Link: http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/921/proyecto%20de%20grado.pdf?sequence=3&isAllowed=y 23-05-2021

2.7.23 Tabla referencias 23

Título: prevalencia de depresión en bomberos
Autores: eduardo de paula lima; ada ávila assunção; sandhi maria barreto
Fecha: abril, 2015
Lugar: belo horizonte, brasil
Objetivos: el objetivo de este trabajo es: (1) estimar la prevalencia de la depresión; y (2) conocer los factores asociados a la enfermedad en bomberos de belo horizonte.
Resumen: la depresión tiene una alta carga como enfermedad mundial. Factores socioeconómicos y la exposición a situaciones extremas en el trabajo pueden estar asociados con la enfermedad. El objetivo de este trabajo es investigar la prevalencia y los factores asociados con la depresión en los bomberos de belo horizonte, minas gerais, brasil. Se trata de un estudio transversal, realizado entre los bomberos de sexo masculino de belo horizonte (n = 711). Se utilizó el inventario de depresión de beck (idb) para evaluar la presencia de depresión. Se utilizaron modelos de regresión logística para estudiar la asociación entre características sociodemográficas, estrés ocupacional, estado de salud y depresión. La prevalencia de depresión fue de un 5,5%. La posibilidad de depresión fue mayor entre los bomberos que informaron síntomas de estrés postraumático (or = 12,47; ic 95%: 5,64-27,57) y abuso de alcohol (or = 5,30, ic95%: 2,35-11,96). Los resultados son discutidos considerando las interrelaciones entre los trastornos mentales, el efecto en trabajadores sanos y el reconocimiento social de la labor de bomberos.
Conclusiones: la encuesta de salud identificó una baja prevalencia de depresión (5,5%). El modelo logístico multivariable indicó asociaciones fuertes y estadísticamente significativas entre estrés postraumático, uso problemático de alcohol y presencia de depresión. Los resultados permitieron discutir las interrelaciones entre trastornos mentales, reconocimiento profesional y selección de salud en bomberos. La hipótesis de un sesgo en la estimación de prevalencia (efecto del trabajador sano) fue aventada. Los estudios prospectivos son necesarios para comprender estas asociaciones y los mecanismos en ellos implicados.
Link: http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/921/proyecto%20de%20grado.pdf?sequence=3&isallow-ed=y 23-05-2021

2.7.24 Tabla referencias 24

Título: factores psicosociales laborales y desempeño ocupacional en un grupo de bomberos
Autores: elieser bastidas; mariam leal; rossy montilla; mary angelys ramos; gisela blanco
Fecha: julio de 2014. Medellín, colombia.
Idioma: español
Resumen: las diversas actividades que realiza un bombero durante su trabajo son muy amplias, y a su vez lo exponen a todo tipo de situaciones peligrosas. Condiciones relacionadas con la organización, el contenido del trabajo, la realización de la tarea, las relaciones interpersonales, entre otras; pueden afectar tanto al desarrollo del trabajo como la salud del trabajador; es lo que se conoce como factores psicosociales laborales. En tal sentido, la presente es una investigación donde se pretendió determinar la influencia que tienen los factores psicosociales laborales sobre el desempeño ocupacional de los bomberos. La muestra estuvo conformada por 47 profesionales, a quienes se les aplicó el cuestionario para evaluar factores psicosociales laborales, istas 21, en su versión corta adaptada para venezuela, y una entrevista semiestructurada para evaluar el desempeño ocupacional (cmdo).
Conclusiones: los bomberos que reflejaron niveles altos e intermedios de riesgo en el cuestionario, reportaron en la entrevista que su ejecución en algunas áreas del desempeño ocupacional como autocuidado, accesibilidad, productividad, manejo de las actividades instrumentales de la vida diaria, actividades académicas, actividades recreativas activas y socialización, resultaron ser insatisfactorias, debido a la falta de tiempo, difícil acceso a su lugar de trabajo, 31 la inconformidad con sus salarios, escasez de recursos para prestar un buen servicio
Link: http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/921/proyecto%20de%20grado.pdf?sequence=3&isallow ed=y 23-05-2021

2.7.25 Tabla referencias 25

Título: factores asociados al desgaste profesional en los trabajadores del soporte vital básico del país vasco: un estudio cualitativo
Autores: sendoa ballesteros peña
Fecha: 2012
Lugar: bilbao, españa.
Objetivos: identificar factores de riesgo de desgaste profesional percibidos por los técnicos en emergencias sanitarias de las unidades de soporte vital básico del país vasco.
Resumen: los trabajadores presentan disconformidad con la actual estructura organizacional del sistema de emergencias y falta de proyección y reconocimiento de su rol profesional. Además, manifiestan un progresivo distanciamiento afectivo con los pacientes, con quienes ha aumentado el número de enfrentamientos debidos a dificultades de entendimiento causadas por situaciones de inadecuación del uso de los recursos asistenciales.
Conclusiones: la estructura de organización del sistema de emergencias, el trato con el paciente y su familia y la situación profesional del técnico en emergencias son percibidas como elementos clave predisponentes de desgaste profesional.
Link: http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/921/proyecto%20de%20grado.pdf?sequence=3&isallow-ed=y 23-05-2021

2.7.26 Tabla referencias 6

Título: síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería
Autores: m. ^a isabel ríos risques; carmen godoy fernández; julio sánchez-meca
Fecha: 2011
Lugar: murcia, españa
Resumen: esta investigación pretendía analizar la relevancia de las variables de tipo individual en el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, así como el 32 potencial efecto de la “dureza” o “personalidad resistente” como factor de protección de dicho proceso y sus consecuencias sobre la salud de los trabajadores. La muestra estaba constituida por 97 profesionales de enfermería pertenecientes a las unidades de intensivos y de urgencias de un hospital de tercer nivel. Se les aplicaron cuatro instrumentos: un cuestionario elaborado ad hoc de variables sociodemográficas y laborales, una versión española del cuestionario de salud general (ghq 28), una adaptación española del inventario de burnout de maslach (mbi) y la escala de personalidad resistente (cpr) del cuestionario de desgaste profesional del personal de enfermería (cdpe). Los resultados apoyan la relación entre la personalidad resistente, el síndrome de burnout y sus consecuencias sobre la salud. Finalmente, se discuten las implicaciones clínicas de los resultados, así como algunas recomendaciones para la investigación futura en este campo.
Conclusiones: mediante los análisis de regresión realizados se ha puesto de manifiesto la relevancia que el constructor de personalidad resistente y sus diferentes componentes tienen a la hora de predecir la presencia de vulnerabilidad psíquica. De forma global, este patrón funcional de la personalidad es un importante predictor de la sintomatología referida por los profesionales.
Link: http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/921/proyecto%20de%20grado.pdf?sequence=3&isallow ed=y 23-05-2021

2.8 MARCO INSTITUCIONAL

2.8.1 RESEÑA HISTÓRICA

En el año 1937 inició labores en Medellín, el Colegio Industrial Coloveno, con el fin de atender las necesidades educativas de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. La tarea educativa comprendía todos los niveles de educación y buscaba preparar profesionalmente a pastores, administradores, maestros y músicos. Al comenzar el año 1950 se adoptó el nombre “Instituto Colombo – venezolano” y continuó trabajando en los niveles de educación primaria, secundaria y terciaria.(17)

El Decreto 80 de 1980, emanado de la Presidencia de la República, en el artículo 21, define el Sistema de Educación Superior, y tal definición obligó al Instituto Colombo – Venezolano a revisar sus Estatutos; el día 18 de julio de 1981, en la sede del Instituto Colombo – Venezolano, se reunieron los representantes legales de las distintas organizaciones territoriales adventistas de Colombia y crearon la Corporación Universitaria Adventista, con el objetivo de impartir la educación postsecundaria en la modalidad universitaria, que estaba encomendada al Instituto Colombo – Venezolano. La UNAC recibió la Personería Jurídica según la resolución No. 8529, el 6 de junio de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.(17)

En la actualidad funcionan 5 Facultades que administran 13 programas de pregrado, 4 de posgrado, todos con registro calificado otorgado por el Ministerio de Educación Nacional: Licenciatura en Música, Licenciatura en Educación Infantil, Licenciatura en Español e Inglés, Licenciatura en Matemáticas, Especialización en Docencia y Maestría en Educación, de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación; Contaduría Pública, Administración de Empresas, Tecnología en Mercadeo, Especialización en Gerencia de Organizaciones con Énfasis en Liderazgo y Servicio, y Especialización en Gestión Tributaria, de la Facultad de Ciencias Administrativas y Contables; Ingeniería de Sistemas e Ingeniería Industrial de la Facultad de Ingeniería; Licenciatura en Educación Religiosa y Teología, de la Facultad de Teología; Enfermería y Tecnología en Atención Prehospitalaria de la Facultad de Ciencias de la Salud, recientemente el MEN aprobó la extensión de este programa en la ciudad de Bucaramanga.(17)

La UNAC ha trabajado con miras a formar profesionales muy competentes y de altas calidades morales y espirituales; por ello, dentro de su quehacer cotidiano, participa en diferentes procesos que velan por la calidad institucional. Se destaca la acreditación otorgada por la Asociación de Acreditación de Escuelas, Colegios Superiores y Universidades Adventistas (AAA), que ha certificado la calidad de la educación impartida en la UNAC. De igual manera, el Ministerio de Educación Nacional ha reconocido la calidad educativa al otorgar Acreditación de Alta Calidad para los siguientes programas: Licenciatura en Teología (actualmente Licenciatura en Educación Religiosa), Licenciatura

en Música y Tecnología en Atención Prehospitalaria; además se avanza en ese proceso de mejoramiento continuo que permita este reconocimiento gubernamental para todos sus programas.(17)

2.9 FILOSOFÍA INSTITUCIONAL

La Universidad Adventista cree y acepta que el desarrollo humano debe desarrollar su inteligencia, su espíritu, su cuerpo y sus habilidades sociales. La institución siempre se ha enfocado en el arte, la tecnología, la tecnología y la ciencia. Además, el desarrollo humano es parte de la filosofía del sistema, por lo que NUNCA ha entrado en el campo de la salud. En el país, la demanda de plazas en ciencias de la salud es alta, ni el estado ni el sector privado pueden cubrir las necesidades en este campo.(18)

2.10 MISIÓN

Ser una universidad comprometida con la cultura de calidad y el desarrollo social y ambiental, a través de un modelo educativo transformador e innovador, con impacto glocal.(19)

2.11 VISIÓN

Transformar personas en líderes íntegros, innovadores, con responsabilidad social y ambiental, al servicio de Dios y del mundo.(19)

2.12 MARCO HISTÓRICO

A finales de la década de los ochenta y principios de los noventa del anterior siglo la Psicología como profesión y disciplina todavía estaba buscando un espacio propio donde llevar a cabo análisis e intervenciones basadas en el enfoque psicosocial. Un primer hito histórico puede considerarse la celebración en 1984 del primer Congreso Nacional de Psicología: gracias al impulso de los referentes de la Psicología Comunitaria del momento se organiza con un área de trabajo específica para la Psicología de la Intervención Social.(20)

La puesta en marcha de nuevas líneas de actuación en el desarrollo de las políticas sociales, cuyo mayor exponente fue la aprobación en esa etapa de las primeras leyes de Servicios Sociales de las distintas comunidades autónomas, abrió un inmenso campo de intervención(20)

profesional en el que, en la mayoría de los casos, no se contemplaba la figura del profesional de la psicología.(20)

La profesión se encontraba ante el importante reto de intentar cambiar la percepción de los responsables institucionales y de la población destinataria de sus políticas para que pasaran a considerar la figura de los profesionales de la psicología como relevante de cara a prestar los nuevos servicios. Es decir, había que facilitar que surgiera una nueva construcción social que atribuye a la psicología y a sus profesionales la capacidad de realizar contribuciones específicas para conseguir las metas que los nuevos marcos de las políticas sociales iban marcando.(20)

Conscientes de esta necesidad corporativa, el Colegio Oficial de Psicólogos y sus distintas Delegaciones comenzaron el proceso de segregación y creación de los Colegios autonómicos) empezaron a movilizarse para demostrar que la Psicología tenía mucho que aportar en las nuevas estructuras sociales que se iban creando.(20)

Como resultado de estas inquietudes colectivas la Secretaría Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos creó la Coordinadora Estatal de Servicios Sociales, en la que estaban representadas las distintas Delegaciones territoriales. La primera reunión de la Coordinadora tuvo lugar en Santiago de Compostela en octubre de 1989 bajo la presidencia y coordinación de Joan Huerta, Vicedecano de la Secretaría Estatal, funciones a las que se sumó en el siguiente año Santiago Porta en su calidad de Vocal de Servicios Sociales.(20)

El trabajo realizado por los responsables citados fue de gran intensidad y relevancia histórica para el desarrollo de la profesión, proponiéndole como principal objetivo la definición del rol del psicólogo en los nuevos Servicios Sociales. Como forma de concitar mayores implicaciones en las tareas encomendadas, las reuniones de la Coordinadora las convocaban cada vez en una Delegación territorial distinta, lo que permitía conocer de primera mano la implantación de la profesión en el sector.(20)

Junto con la importante labor de la Coordinadora hay que destacar el papel jugado por la Delegación de Madrid del Colegio de Psicólogos, en donde se delegaron las relaciones con los principales organismos relacionados con la política social de la Administración General del Estado. Así, la Delegación de Madrid, y con posterioridad el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, comenzó a desarrollar desde principios de la década de los años 90(20)

una amplia actividad para intentar conseguir que la figura de los profesionales de la Psicología fuera reconocida y demandada en las actuaciones que implementan las políticas sociales(20)

2.13 MARCO GEOGRÁFICO



Poblacion Medellin

2573220

2.14 MARCO LEGAL O NORMATIVO

2.14.1 Ley 1616 de 21 enero 2013

ARTÍCULO 1°. OBJETO.

El objeto de esta Ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.(21)

ARTÍCULO 2°. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradoras de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado. Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley. (21)

ARTÍCULO 3°. SALUD MENTAL.

La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos

individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas. (21)

ARTÍCULO 4°. GARANTÍA EN SALUD MENTAL.

El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.(21)

ARTÍCULO 5°. DEFINICIONES.

Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. Promoción de la salud mental.

La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.(21)

2. Prevención Primaria del trastorno mental.

La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo, relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos. (21)

3. Atención integral e integrada en salud mental.

La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas. (21)

4. Atención integral e integrada en salud mental.

La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.(21)

5. Trastorno mental.

Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.(21)

6. Discapacidad mental.

Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante. (21)

7. Problema psicosocial.

Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. (21)

8. Rehabilitación psicosocial.

Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos –que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap –o desventaja– de un trastorno mental– para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.(21)

ARTÍCULO 22. TALENTO HUMANO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.

. Las personas que hagan parte del equipo de atención Prehospitalaria en Salud Mental deberán acreditar título de Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería o Atención Prehospitalaria. En todo caso, los prestadores de servicios de salud deberán garantizar que el talento humano en atención Prehospitalaria cuente con el entrenamiento y fortalecimiento continuo de competencias en el área de Salud Mental que les permita garantizar una atención idónea, oportuna y efectiva con las capacidades para la intervención en crisis y manejo del paciente con trastorno mental. Este equipo deberá estar en constante articulación con el Centro Regulador del ámbito departamental, distrital y municipal según corresponda.(21)

ARTÍCULO 23. ATENCIÓN INTEGRAL Y PREFERENTE EN SALUD MENTAL.

De conformidad con el Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006 y los artículos 17, 18, 19, 20 y 21 de la Ley 1438 de 2011, los Niños, las Niñas y los Adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental.(21)

ARTÍCULO 34. SALUD MENTAL POSITIVA.

El ministerio de la protección social o la entidad que haga sus veces, priorizará en la política pública nacional de salud mental, la salud mental positiva, promoviendo la relación entre salud mental, medio ambiente, actividad física, seguridad alimentaria, y nutricional como elementos determinantes en el desarrollo de la autonomía de las personas.(21)

2.14.2 Resolución 2646 del 2008

La Resolución 2646 de 2008 tiene como objetivo dar los parámetros en la identificación de los riesgos psicosociales en el trabajo, esto como producto del estrés ocupacional, el presente artículo presenta de una forma concisa y entendible para el empleado en general, el significado de los factores de riesgo psicosocial y las repercusiones que estos puedan llegar a tener en su salud. El Ministerio de Protección incluye en la tabla de Enfermedades Profesionales las patologías derivadas por el estrés laboral, y para esto se apoya en el protocolo para la determinación del origen de las patologías derivadas del estrés y en la batería de instrumentos para evaluar los factores de riesgo psicosocial y contribuir en la toma de decisiones a los profesionales laborales en la determinación del origen de las enfermedades derivadas del estrés ya sean estas de origen común o profesional. Para tal caso las empresas deben destinar recursos humanos y económicos para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo de dichos riesgos psico laborales, es responsabilidad del empleador velar por la salud de sus empleados, el incumplimiento a lo establecido por el Ministerio será objeto de sanción de conformidad con lo dispuesto en los literales a y c del Artículo 91 del Decreto – Ley 1295 de 1994.(22)

2.14.3 Ley 1575 del 21 agosto 2012

Es la ley que rige a los bomberos, especifica las condiciones físicas, psicológicas y de salud en las que se debe encontrar el bombero para llevar a cabo su labor de la mejor manera; además, determina que la labor bomberil es de alto riesgo, por lo cual se debe hacer seguimiento frecuente de cada uno de los entes ya mencionados.(23)

2.15 MARCO TEÓRICO

2.15.1 Intervención psicosocial

Disciplina encaminada a descubrir, interpretar y tratar la conducta social de las personas. Tiene como función eliminar los aspectos nocivos del entorno y de esta manera mejorar el estilo de vida de los seres humanos. Es decir, su objetivo principal es aumentar el bienestar personal y colectivo a través del desarrollo psicológico de cada persona junto con el ambiente que lo rodea.(18)

Historia de la intervención psicosocial

A finales de la década de los ochenta y principios de los noventa del anterior siglo la psicología como profesión y disciplina todavía estaba buscando un espacio propio donde llevar a cabo análisis e intervenciones basadas en el enfoque psicosocial. Un primer hito histórico puede considerarse la celebración en 1984 del primer congreso nacional de psicología: gracias al impulso de los referentes de la psicología comunitaria del momento se organiza con un área de trabajo específica para la psicología de la intervención social. La puesta en marcha de nuevas líneas de actuación en el desarrollo de las políticas sociales, cuyo mayor exponente fue la aprobación en esa etapa de las primeras leyes de servicios sociales de las distintas comunidades autónomas, abrió un inmenso campo de intervención profesional en el que en la mayoría de los casos no se contemplaba la figura del profesional de psicología. La profesión se encontraba ante el importante reto de intentar cambiar la percepción de los responsables institucionales y de la población destinataria de sus políticas para que pasaran a considerar la figura de los profesionales de la psicología como relevante de cara a prestar los nuevos servicios. Es decir, había que facilitar que surgiera una nueva construcción social que atribuye a la psicología y a sus profesionales la capacidad de realizar contribuciones específicas para conseguir las metas que los nuevos marcos de las políticas sociales iban marcando. Conscientes de esta necesidad corporativa, el Colegio Oficial de Psicólogos y sus distintas Delegaciones territoriales empezaron a movilizarse para demostrar que la Psicología tenía mucho que aportar en las nuevas estructuras sociales que se iban creando. Como resultado de estas inquietudes colectivas la Secretaría Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos creó la Coordinadora

estatal de servicios sociales, en la que estaban representadas las distintas delegaciones territoriales. La primera reunión de la Coordinadora tuvo lugar en Santiago de Compostela en octubre de 1989 bajo la presidencia y coordinación de Johan Huerta, Vicedecano de la Secretaría Estatal, funciones a las que se sumó en el siguiente año Santiago Porta en su calidad de Vocal de Servicios Sociales. El trabajo realizado por los responsables citados fue de gran intensidad y relevancia histórica para el desarrollo de la profesión, proponiéndole como principal objetivo la definición del rol del psicólogo en los nuevos Servicios Sociales. Como forma de concitar mayores implicaciones en las tareas encomendadas, las reuniones de la Coordinadora las convocaban cada vez en una Delegación territorial distinta, lo que permitía conocer de primera mano la implantación de la profesión en el sector. Junto con la importante labor de la Coordinadora hay que destacar el papel jugado por la Delegación de Madrid del Colegio de Psicólogos, en donde se delegaron las relaciones con los principales organismos relacionados con la política social de la Administración General del Estado. Así, la Delegación de Madrid, y con posterioridad el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, comenzó a desarrollar desde principios de la década de los años 90 una amplia actividad para intentar La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al primer autor al Departamento de Psicología. Universidad de Girona. Pl. S. Domènec, 3 - 17071 Girona. E-mail: ferran.casas@udg.edu o al segundo autor al E-mail: mlcabanas@cop.es conseguir que la figura de los profesionales de la Psicología fuera reconocida y demandada en las actuaciones que implementan las políticas sociales. Entre las líneas de actuación puestas en marcha caben destacar las siguientes: permanente contacto con los responsables de las principales instituciones de la Comunidad de Madrid y de la Administración General del Estado, importantes planes de formación sobre aspectos transversales y sobre intervención con colectivos sectoriales, ciclos de conferencias y mesas redondas, jornadas y congresos estatales, todo ello realizado en coordinación y de manera complementaria con la Coordinadora Estatal.(2)

2.15.2 Salud mental en el primer respondiente

Hace referencia al estado de bienestar en el que el individuo tiene la capacidad de discernir distintas situaciones, manejar control sobre imprevistos y ocasiones tensionantes donde pueda aportar de manera positiva a la comunidad.(1)

CARACTERÍSTICAS

-Buen funcionamiento y participación en el mundo junto con la correcta relación con uno mismo. (24)

- -Forma concreta en el modo de pensar, sentir y hacer.
- -Manejo y consideración de las emociones donde a su vez son aceptadas.
- -Interrelación cuerpo y mente.
- -Diario vivir dinámico y trabajable.

- -Equilibrio con las relaciones interpersonales.

FACTORES QUE FAVORECEN LA SALUD MENTAL

- -Deporte(24)
- -Alimentación saludable(24)
- -Práctica de lectura(24)
- -Conversaciones edificantes (24)
- -Proyección social(24)
- -Descanso (24)
- -Reflexión y autoestima(24)

PRINCIPALES PATOLOGÍAS, SIGNOS, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

TRASTORNO DE ANSIEDAD: Emoción caracterizada por la percepción de incontrolabilidad con respecto a sucesos potencialmente adversos y con un cambio rápido en la atención de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos. (24)

SIGNOS Y SÍNTOMAS: Aumento de la frecuencia cardíaca, respiración entrecortada y acelerada, dolor de tipo opresivo en el pecho, sensación de ahogo, mareo, aturdimiento, sudor, escalofrío, náuseas, dolor de estómago, diarrea, adormecimiento de brazos y piernas, debilidad muscular, sequedad de la boca, miedo a perder el control, miedo al daño físico y a la muerte, pensamientos o recuerdos atemorizantes, escasa concentración, confusión, distracción, pérdida de la memoria, dificultad de razonamiento, dificultad para hablar, impaciencia y frustración. (25)

TRATAMIENTO: La terapia cognitiva conductual (TCC) y los medicamentos son los dos principales tratamientos rápidos para dicha patología. La TCC es la más eficaz psicoterapia para tratar el trastorno de ansiedad en la que consiste la exposición gradual del objeto o situación que provoca la ansiedad de modo que se desarrolle confianza para controlar los síntomas de la misma.(25)

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD (TLP)

Alteración del temperamento y el carácter donde surge una mezcla grave de distintos tipos de personalidad.(26)

SIGNOS Y SÍNTOMAS: Tendencia a guardar rencor, sospecha injustificada de que la pareja sexual es infiel, falta de interés en las relaciones sociales y preferencia por la soledad, poco interés o interés nulo en las relaciones sexuales, falta de expresión emocional o respuestas emotivas inadecuadas, experiencia perceptiva extraña como escuchar que alguien susurra muy a menudo su nombre, indiferencia hacia las necesidades o los sentimientos de los demás, irresponsabilidad constante, conducta impulsiva, problemas legales recurrentes, ataques de ira intensos y frecuentes, amenaza de autolesión, preocupación excesiva por la apariencia física, arrogancia, fantasías sobre el poder y el éxito, necesidad urgente de comenzar una nueva relación cuando ha terminado otra, control mezquino del presupuesto y los gastos.(26)

TRATAMIENTO: Las personas con TLP pueden beneficiarse de un tratamiento ambulatorio basado en psicoterapia individual o en asistencia farmacológica de ser necesario, lo cual es definido por el especialista y tratado en unidades especializadas. Sin lugar a dudas, la psicoterapia es el tratamiento más importante y se trabaja desde dos orientaciones psicoterapéuticas diferentes: La psicodinámica, que consiste en intervenciones verbales y físicas con el fin de menguar la ansiedad y depresión. La cognitivo-conductual, que se refiere a la terapia cognitiva en la que se le ayuda al paciente a cambiar la manera de pensar y sentir las cosas.(26)

DEPRESIÓN

Trastorno del humor que afecta la relación de la propia persona con sus ideales. Es un estado en que los sentimientos de tristeza, pérdida y frustración rebosan por cierto periodo de tiempo y el ser humano no descubre sentido positivo a su existencia en el mundo.(27)

SIGNOS Y SÍNTOMAS: Abuso al alcohol y drogas, trastornos del sueño, falta de energía, trastornos del apetito, pensamientos de muerte, falta de concentración, aislamiento social, irritabilidad, sentimiento de culpa, impotencia.(27)

TRATAMIENTO: La psicoterapia analítica es de gran relevancia ya que el 50% de las personas no responden a la terapia psicofarmacológica (antidepresivos) de manera positiva. Esta terapia consiste en que el terapeuta se relaciona con el individuo donde juntos descubren los factores amenazantes y trabajan de manera dinámica para la eliminación progresiva de los mismos. (27)

ESTRÉS

Reacción fisiológica de nuestro organismo ante situaciones de complejidad y que afecta a distintas funciones del organismo. Dicha reacción se puede controlar si se fomenta equilibrio y organización en el estilo de vida.(28)

SIGNOS Y SÍNTOMAS: Hiperventilación, hipertensión arterial, mente en blanco, tensión muscular, problemas digestivos, dolor de cabeza, insomnio, baja autoestima, tristeza e ira.(28)

TRATAMIENTO: El estrés se puede manejar y controlar con diferentes tratamientos, pero el principal hace referencia a un cambio en el estilo de vida dependiendo del grado de estrés que se haya adquirido. La dieta, ejercicio, los hobbies y otras terapias de relajación, son cruciales a la hora de contrarrestar el estrés y por tal motivo es de suma importancia tener el conocimiento adecuado de esta afección ya que el personal de la salud ni nadie está exento de contraerla.(28)

2.15.3 Primeros auxilios psicológicos (pap)

Aquellas primeras intervenciones que, sin ser estrictamente formales, se producen ante cualquier circunstancia que la persona afectada percibe como desbordante y que tiene como

objetivo principal amortiguar los primeros efectos de la situación, proporcionando recursos de contención ante la misma y prevenir que el cuadro empeore.(29)

Dicho de esta manera, es el conjunto de acciones que tienen como finalidad hacer acompañamiento a toda persona que se encuentre en medio de escenarios caóticos y críticos donde se pueda recuperar el equilibrio emocional y prevenir la aparición de secuelas psicológicas.

HISTORIA DE LOS PAP

A finales de la década de los ochenta y principios de los noventa del siglo anterior, la Psicología como profesión y disciplina todavía estaba en busca de un espacio donde llevar a cabo intervenciones basadas en el enfoque psicosocial. Se puede considerar la celebración en 1984 del primer Congreso Nacional de Psicología donde gracias al impulso de los referentes de la Psicología Comunitaria del momento se organiza un área de trabajo específica para la Psicología de tipo Intervención Social. (2)

La profesión se encontraba ante el importante reto de intentar cambiar la percepción de los responsables institucionales y de la población destinataria de sus políticas para que pasaran a considerar la figura de los profesionales de la psicología como relevante de cara a prestar los nuevos servicios. Había que facilitar que surgiera una nueva construcción social que atribuye a la psicología y a sus profesionales la capacidad de realizar contribuciones específicas para conseguir las metas que los nuevos marcos de las políticas sociales iban marcando. Conscientes de esta necesidad corporativa, el Colegio Oficial de Psicólogos y sus distintas Delegaciones comenzando el proceso de segregación y creación de los colegios autonómicos, empezaron a movilizarse para demostrar que la psicología tenía mucho que aportar en las nuevas estructuras sociales que se iban creando. Como resultado de estas inquietudes colectivas, la Secretaría Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos creó la Coordinadora Estatal de Servicios Sociales, en la que estaban representadas las distintas delegaciones territoriales. La primera reunión de la Coordinadora tuvo lugar en Santiago de Compostela en octubre de 1989 bajo la presidencia y coordinación de Johan Huerta, Vicedecano de la secretaría estatal, funciones a las que sumó en el siguiente año Santiago Porta en su calidad de Vocal de Servicios Sociales. (2)

El trabajo realizado por los responsables ya mencionados fue de gran intensidad y relevancia histórica para el desarrollo de la profesión, proponiendo como principal objetivo la definición del rol del psicólogo en los nuevos Servicios Sociales. (2)

OBJETIVOS

- Permitir la expresión emocional. (2)
- Conectar emocionalmente con la persona. (2)
- Hacer un análisis realista de la situación. (2)
- Reducir el riesgo de daño físico o psicológico. (2)

- Normalizar las relaciones ante el suceso. (2)
- Proporcionar técnicas de contención y afrontamiento. (2)
- Derivar hacia tratamientos más estructurados en caso de ser necesario. (2)
- Reducir el malestar psicológico. (2)
- Amortiguar el impacto de la situación. (2)

FASES DE LOS PAP

Los PAP están divididos en ocho fases. A continuación, veremos qué hacer y qué no hacer en cada una de ellas. (2)

- contacto y presentación(2)
- alivio y protección(2)
- contención emocional(2)
- recogida de información(2)
- asistencia práctica(2)
- conexión con la red de apoyo(2)
- pautas de afrontamiento(2)
- conexión con servicios externos(2)

PASOS PRÁCTICOS PARA LA CORRECTA APLICACIÓN DE LOS PAP (2)

- Realiza contacto y acercamiento con la persona afectada.
- Inicia el contacto de manera discreta, compasiva y sutil.
- En contacto con niños o adolescentes, es recomendable hablar primero con el padre o responsable del pequeño para explicar su función y que le sea generada su autorización.
- Con responsabilidad escucha a la persona afectada y le transmite aceptación.

- Ofrece seguridad, alivio físico y emocional.
- Crea empatía con la víctima, la reconforta y no la presiona para que hable.

2.15.4 Manejo inicial del paciente suicida

SUICIDIO

El suicidio es uno de los problemas de salud graves, porque en la actualidad, la tasa de suicidios en un tercio de los países del mundo ha ido en aumento y el grupo de mayor riesgo son los jóvenes (Administración Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2011).(30)

Según una estimación global de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se producen 900.000 suicidios cada año, lo que significa 1 muerte cada 40 segundos (OMS, 2012). El suicidio es una de las tres principales causas de muerte en el mundo entre los 15 y los 44 años. La organización estima que para 2020, el número de muertes por esta causa aumentará a una tasa anual del 50%, llegando a 500.000 (OMS, 2012).(30)

CAUSAS

Hay muchos tipos de causas y factores de riesgo que afectan al suicidio. Entre ellos encontramos enfermedades o trastornos mentales y del comportamiento, como depresión, trastornos de la personalidad, alcoholismo, esquizofrenia y trastornos mentales orgánicos. También incluye enfermedades físicas como epilepsia, cáncer, VIH / SIDA, diabetes, esclerosis múltiple, enfermedades renales y hepáticas. También se encontraron factores sociodemográficos y ambientales, como divisiones sociales y culturales, problemas interpersonales, rechazo, duelo, dificultades económicas, suicidio, estado civil, inmigración, desempleo, eventos estresantes, embarazos no deseados, pérdida emocional, etc. Así como señaló a las personas de entre 18 y 34 años, Entre los nombres de los jóvenes, el conflicto entre la familia y el empleo suele ser el factor

más común en el origen del suicidio. Sin embargo, creemos que es necesario argumentar más hipótesis para apoyar la posibilidad de casos de suicidio. (30)

- Las personas con muchos factores de riesgo y pocos factores de protección tienen más probabilidades de suicidarse. (30)
- Las personas que sufren exclusión social, marginación y falta de redes de apoyo tienen más probabilidades de suicidarse. (30)
- Las personas más propensas a suicidarse son aquellas que, además de los problemas de salud mental, también toman habitualmente estupefacientes. (30)
- Las personas que no saben cómo controlar bien sus emociones pueden tener tendencias suicidas. (30)
- Pérdida de vitalidad en la mayoría de los casos en los que se considera el suicidio. (30)

Cuando se asocia con depresión o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas, la impulsividad puede aumentar el riesgo de suicidio. En comparación con los suicidios deliberados, los suicidios impulsivos tienen menores expectativas de suicidio y utilizan métodos más violentos, que a menudo conducen a graves secuelas físicas. Por otro lado, la depresión es una de las enfermedades mentales más relacionadas con el riesgo de suicidio. Beck y Lester (1973) encontraron que un componente específico de la depresión incluye expectativas negativas para el futuro y visiones desfavorables de uno mismo, lo cual está relacionado con la voluntad suicida. El concepto de desesperación se expresa como un sistema de modelos cognitivos, que tienen elementos comunes que niegan las expectativas. (30)

FASES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE SUICIDA

FASE 1

- Lo más adecuado es iniciar las preguntas a partir de una situación específica que el sujeto haya señalado como especialmente conflictiva o preocupante. (30)
- ¿Cómo piensa resolver su situación/ o la situación que me ha descrito?, ¿ha pensado en suicidarse? (30)
- ¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño? (si no ha comentado nada relacionado con pensamientos de suicidio) (30)
- Me ha comentado que no duerme mucho, cuando está sin poder dormir ¿en qué piensa? (si se siente más cómodo tratando el tema indirectamente) (30)
- Conviene en cualquier caso indagar sobre la frecuencia e intensidad de los pensamientos, así como interferencia en la vida del paciente. (30)

- ¿Piensa todos los días en quitarse de en medio? (se sugiere una frecuencia elevada para evitar en lo posible que se sienta avergonzado y pueda dar un valor menor de lo real) (30)
- En una escala de 0-10 de intensidad de los pensamientos, siendo 0 ninguna intensidad y 10 extremadamente intensos, ¿en qué número se sitúa? (30)
- En una escala de 0-10 de afectación de los pensamientos en su vida, siendo 0 ninguna molestia y 10 extremadamente molestos, ¿hasta qué punto le interfieren en su vida diaria? (30)
- El que el paciente se muestre cómodo pensando en morir y no comunique miedo es en todo caso alarmante. (30)

FASE 2

Una vez confirmada la presencia de ideación suicida se ha de profundizar y concretar hasta establecer la posible planificación de la idea. Para ello, se han de identificar los siguientes elementos: El método suicida (por ejemplo, si piensa en la posibilidad de disparo, caída a gran altura, etc.), la severidad, la irreversibilidad nos señalarán la gravedad de la ideación. Se ha de explorar la accesibilidad al método e indagar si algún familiar o conocido lo ha empleado anteriormente. (30)

- **¿Cómo ha pensado en suicidarse?**

Es importante diferenciar la especificidad de la ideación. Por ejemplo, una ideación podría expresarse desde una forma menos específica como “no sé cómo, pero lo voy a hacer”, “de cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo” a una forma más específica sobre el método como lo voy a hacer porque no merece la pena vivir, mañana me voy a asfixiar tragándome el humo del coche en el garaje cuando no haya nadie en casa. (30)

La circunstancia o día concreto, por ejemplo, puede que espere a quedarse solo, postergue el momento para arreglar determinadas cuestiones como testamento, notas de despedida, etc. (30)

- **¿Cuándo ha pensado en suicidarse?**

El lugar. Normalmente suelen ser lugares comunes y frecuentados por el sujeto (su casa, escuela, casas de familiares o amigos...)(30)

- **¿Dónde ha pensado en suicidarse?**

El motivo principal para hacerlo (llamar la atención, manifestar ira, indicar la gravedad de sus problemas, petición de ayuda, vengarse de alguien...) y significado: esta pregunta es fundamental para poder orientar la posterior intervención. No se deben minimizar los motivos. Si la persona solo dice que le gustaría morir, conviene clarificar si quiere escapar de sus responsabilidades, de su malestar por un tiempo o si quiere terminar con su vida. (30)

- **¿Por qué ha pensado en suicidarse?**

Las siguientes fases incluyen preguntas sobre otros aspectos que no debemos olvidar preguntar en estos casos. (30)

FASE 3

La evaluación de la desesperanza y mantenimiento de planes sobre el futuro. Conviene tener cuidado de no confirmar al paciente esta idea por muy negativa que sea su situación(30)

- ¿Qué cree que le depara el futuro? (30)
- ¿Cómo se ve, por ejemplo, dentro de tres meses? (30)
- ¿Cree que no existe ninguna posibilidad de mejorar? (30)
- ¿Cree que ha agotado todas las posibilidades y nada podrá ayudarle? (30)

- ¿Está convencido que su sufrimiento es insoportable y nunca terminará? (30)

FASE 4

La evaluación de los apoyos sociales reales y percibidos. Esta información será necesaria en caso de urgencia para obtener vigilancia sobre las conductas del sujeto o hablar de ello. (30)

- ¿Qué familia/amigos tiene? ¿Cree que le apoyan? (30)
- ¿Con cuál de ellos tiene mejor relación? ¿le ha hablado de sus problemas? (30)
- ¿Le hablaría? (30)

TRATAMIENTO: OBJETIVOS Y TÉCNICAS

El tratamiento requerirá las siguientes estrategias, teniendo en cuenta que las particularidades de cada caso no permiten generalizarlas ni limitarse a estas:

Explicación del análisis funcional al estudiante (también familiares si se considera necesario) para ayudarlo a comprender por qué ha llegado a sentirse o pensar de esa forma y normalizando el malestar que vive de acuerdo a sus circunstancias/creencias. Esto incluirá ofrecer información sobre la orientación hacia un tratamiento psicológico, facilitando la reflexión acerca de las relaciones interpersonales de los estudiantes. (30)

Priorización del buen manejo y control de la conducta suicida en los momentos de malestar hasta que se instauren conductas alternativas más funcionales. (30)

Se comprobará que el paciente conoce los estímulos externos e internos que desencadenan sus pensamientos de suicidio y se acordará qué hacer si se presentan. Es necesario jerarquizar la eliminación de las conductas de riesgo y el desarrollo de otras más funcionales. (30)

Reducir ánimo depresivo hasta conseguir que se participe en actividades a un nivel similar al que realizaba antes de presentar ideación suicida (número, variedad, nivel de agrado). En la mejora del estado emocional relacionado con ideación suicida, tiene un papel relevante la creación del protocolo en el que mediante registros se compruebe la planificación y puesta en marcha de actividades, preferiblemente con personas significativas Esta estrategia servirá para aumentar

frecuencia y duración de las experiencias positivas (refuerzos), y más adelante también en la mejora de la autoeficacia y competencia personal. (30)

Reducción de la desesperanza y falta de expectativas positivas hasta alcanzar niveles normales. Para poder alcanzar este objetivo, pueden ser útiles técnicas cognitivas como identificación de razones para vivir, la cual requiere identificar los recuerdos o aspectos que den o hayan dado sentido a su vida, razones de vivir que tuvo o tendría si no estuviera deprimido, retos que se propone si sigue viviendo y la identificación de asuntos pendientes. (30)

Identificación y reestructuración del pensamiento disfuncional hasta reducir los pensamientos suicidas. Esto requiere, una vez que el riesgo es medio o bajo, que anote la situación, pensamientos, emociones y conductas que aparecen en momentos de malestar intenso. Es importante recordar que, cuando el malestar es mayor y el riesgo de suicidio es medio-alto o alto, está contraindicado pedir a la persona que registre sus pensamientos porque ello puede provocar el incremento del riesgo de suicidio. En la gran mayoría de los casos, será recomendable discutir los pros y contras de morir y vivir, mediante diálogo socrático. Una balanza negativa ha de servir para reevaluar la gravedad de la ideación suicida y tomar las medidas pertinentes. (30)

Más explícitamente, se deberán considerar las creencias sobre el suicidio y utilizar contraargumentos mediante diálogo socrático ante las cogniciones erróneas(30)

Ampliación de las alternativas de solución hasta que perciba más salidas que el suicidio, sin eliminar por la alternativa del suicidio (que dañaría el rapport), pero transmitiendo porqué “el suicidio puede ser el problema para sus soluciones”. El tratamiento requiere un buen entrenamiento en solución de problemas para poder ayudarle a superar las dificultades y buscar alternativas diferentes, especialmente cuando la principal motivación del cliente es escapar y no se perciben soluciones alternativas a morir. Esto puede implicar ayudarle a comprender el papel de las diferentes emociones y que por mucho malestar que tenga, siempre es posible actuar de otra manera. Para ello los psicólogos pueden ayudarse de metáforas. (30)

Reflexión sobre sus valores y enriquecer / equilibrar su vida, así como fortalecer relaciones y mejorar apoyo social hasta que se muestre competente afrontando situaciones sociales difíciles. Esto requerirá el entrenamiento de habilidades sociales y asertivas, especialmente si la principal motivación para suicidarse se relaciona con el deseo de querer comunicar su malestar a los demás. Se hará especial énfasis en que adquiera la habilidad para comunicar lo que quiere, con quien quiera de forma más funcional. (30)

Prevención de recaídas, ayudando al cliente a cambiar la espiral disfuncional o suicida por la funcional/adaptativa, trabajando en la resolución de pequeñas dificultades que puedan producirse con la ayuda de las habilidades adquiridas durante el tratamiento. Al final del tratamiento siempre es importante dedicar un tiempo a poner ejemplos de situaciones futuras difíciles que pueden surgir para que la persona enumere, con la ayuda del clínico, las estrategias que ha aprendido en la terapia y que podría utilizar. (30)

En distintos momentos de la intervención es preferible plasmar la información por escrito para que el individuo pueda consultarlo en situaciones difíciles e incluso añadir más estrategias a medida que avanza la intervención. (30)

2.15.5 Abordaje y manejo de personas violentas y/o con agitación psicomotriz en el entorno prehospitalario

DEFINICION DE VIOLENCIA

Hay muchas definiciones de violencia, ahí van un par que pueden servir: Intención, acción u omisión mediante la cual intentamos imponer nuestra voluntad sobre otros, generando daños de tipo físico, psicológico, moral o de otros tipos.

"El uso de la fuerza con la intención de causar lesiones o muerte a sí mismo o a otro individuo o grupo(s) e incluye las amenazas de uso de la fuerza para controlar a otro individuo o grupo", y "el comportamiento humano agresivo, involucrando el uso de la fuerza física, psicológica o emocional, con la intención de causar daño a sí mismo o a otros".(31)

- **Paciente violento:** paciente que con su comportamiento puede hacer daño a otros, a sí mismo o a su entorno físico.

Hay además varios conceptos relacionados que con frecuencia utilizamos como sinónimos de violencia, aunque no lo sean:

- **Agresión.** Se entiende como conducta orientada a causar daño. (Dolor) incluye intencionalidad.
- **Agresividad.** Inclination comportarse de forma dañina intencionalmente.
- **Hostilidad.** Actitud orientada a mantener límites por la intimidación (agresividad que no llega a concretarse en agresión).
- **Violencia.** Una de las formas de agresión, la agresión física.

COMO IDENTIFICAR A UN PACIENTE VIOLENTO

El paciente violento está en constante movimiento, realizando actos bruscos, injustificados, absurdos y violentos. Habitualmente el comportamiento violento no ocurre sin signos previos de aviso. Puede atravesar cuatro estadios: (31)

- El estadio inicial puede ser una fase verbal en la que el paciente puede usar amenazas inespecíficas o lenguaje insultante hacia otros. El tono del habla es amenazante, vulgar. Presenta una actitud irritable Elevada tensión muscular (se sientan en el borde de la silla, tensan los brazos o la mandíbula). (31)
- En el segundo estadio, la fase motriz, el paciente permanece en continuo movimiento, agitado y paseando a menudo de un lado a otro con desconfianza. Hiperactividad (deambulan por la habitación). (31)
- El tercer estadio es el de daño a enseres o propiedades, el paciente destruye su entorno. Golpea o abre y cierra puertas, golpea el mobiliario. ¿Presenta un estado de ánimo maniaco? (31)
- En el último estadio, la fase de ataque los pacientes intentan infligir daño a sí mismos o a otros. (31)

A menudo estos estadios se superponen y a veces ocurren simultáneamente. (31)

También deberemos preguntarnos si:

- ¿Presenta síntomas psicóticos agudos? (actitud paranoide extrema, alucinaciones, pensamientos persecutorios, etc.). (31)
- ¿Presenta un estado de obnubilación de conciencia? (31)
- ¿Presenta un estado de con agitación?

- ¿Presenta un con irritabilidad extrema? (31)
- ¿El paciente rechaza el autocontrolarse y tratar su violencia? (31)

ACTUACIÓN

Obtener toda la información posible sobre el paciente de los acompañantes si los hubiera: intoxicación aguda, estado depresivo intenso ¿Existe una presunta víctima concreta? ¿Existe un plan de acto violento y dispone de armas o medios? (31)

¿Antecedentes de impulsividad, peleas, agresiones? (31)

Paciente agitado, amenazador, violencia inminente:

- Ofrecerles calmantes y hablarles (no estar solos, que no haya armas, no en un sitio cerrado, valorar si los acompañantes ejercen un efecto estabilizador o desestabilizador sobre el paciente y actuar sobre estos permitiendo o no su presencia). (31)
- Fijar tranquilamente límites. Las instrucciones al paciente deben ser cortas y claras, sin titubear con firmeza, pero con deliberada tranquilidad. No es necesario gritar. No es necesario adoptar una postura intimidante o utilizar objetos amenazantes. Hay que conseguir que el paciente entienda que precisa recibir ayuda que le devuelva el control sobre sí mismo. Conviene evitar que el paciente se sienta atrapado, acorralado, humillado. (31)
- Si el paciente se niega a hablar y desarrolla una conducta violenta, habrá que emplear procedimientos de contención. (31)

Paciente que ya ha pasado a la violencia:

- Hablar con el paciente no sirve de nada y a menudo lo encoleriza más. (31)
- Contención física. - Se requiere un mínimo de cinco personas (en caso de personas de menos de 50 Kg bastarían tres personas). El equipo debe conocer la correcta aplicación de la fuerza en la sujeción mecánica. Cada integrante del equipo debe sujetar sólo una extremidad del paciente con ambas manos. La contención en paciente grande y agresivo se ejercerá, preferiblemente cuando esté distraído. Siempre tendremos en cuenta que el paciente percibe de manera opuesta a nosotros lo que está ocurriendo, se siente amenazado, intimidado, agredido... Debemos hacer un esfuerzo en explicar al paciente y a los acompañantes la situación. (31)
- Una vez contenido el paciente suministrar lo más rápidamente posible sedación parenteral. (31)

Intervenciones farmacológicas agudas:

- Sedantes orales en casos de agitación moderada (Lorazepam -Idalprem, Orfidal- 1-2.mg o diazepam -Valium- 5-10 mg). (31)
- Sedantes IM o IV en agitación extrema (Lorazepam o diazepam IM, Lorazepam 1-2 mg IV; midazolam -Dormicum□- 2'5-5 mgIV) administrado lentamente para evitar riesgo de depresión respiratoria. (31)
- Alternativamente; haloperidol 5mg IM o IV. Si el paciente no responde volver a administrar cada 20-30 minutos. Si a la segunda dosis no responde, añadir Lorazepam. Vigilar sedación excesiva. (31)

Para pacientes psicóticos: mejor combinación de neurolépticos más un benzodiazepina.
(31)

2.15.6 Intervención psicológica en emergencias y desastres

restar apoyo psicológico lo antes posible, tras la ocurrencia del evento, es un planteamiento aceptado y reconocido por las entidades, es clave en el ámbito de la salud mental, la ayuda humanitaria y la intervención en situaciones críticas y desastres. (32)

CRISIS

Cuando una situación compleja repercute de forma grave sobre la vida y los bienes de la persona, conllevando una desproporción entre las necesidades que se generan y los medios disponibles con los recursos humanos y materiales en ese momento. (32)

Supone un cambio drástico que precisa un esfuerzo de adaptación por parte del individuo.
(32)

Se entiende por resistencia la capacidad de un sujeto para resistir y afrontar de forma efectiva la crisis y adversidades. (32)

Reacciones normales ante situaciones anormales(32)

Cuando el nivel normal de funcionamiento de las personas se interrumpe por un acontecimiento inusual y si las habilidades de afrontamiento fallan (32)

es normal que se intente resolver los problemas y manejar la tensión de un modo ineficaz con conductas inadaptativas cayendo en una espiral descendente de maladaptación. (32)

SITUACIÓN CRÍTICA: LOS AFECTADOS

Afectados o Víctimas de primer nivel:

Personas que experimentan directamente el incidente

Afectados o víctimas de segundo nivel:

Los familiares de las víctimas, amigos y compañeros

Afectados de tercer nivel:

Personal de Servicios de Urgencia y Emergencia (Intervinientes en general)

Afectados de cuarto nivel:

La comunidad o las organizaciones en general

Otros posibles niveles:

Personas emocionalmente vulnerables y aquellas que podría haber ser víctimas de primer nivel

Nuestras reacciones pueden ser:

Respuestas adaptativas y funcionales

Respuestas desadaptativas

Shock, ataque de pánico, crisis de angustia, pérdida de contacto con realidad, etc. (32)

Recordemos que tratamos con Reacciones normales ante situaciones anormales

Normalidad versus patología:

- Momento de aparición de las reacciones
- Intensidad y duración de síntomas

Reacciones de estrés agudo postincidente

Deterioro extremo de las capacidades cognitivas: confusión, pobre concentración, pobre capacidad de toma de decisiones.

Prolongada imposibilidad de comer o dormir, o descuido en los auto- cuidados básicos.

Emociones prolongadas, intensas e incontrolables de malestar (percibidas objetiva o subjetivamente).

Deterioro en el funcionamiento básico debido a la elevada ansiedad.

Sintomatología disociativa (anestesia emocional, despersonalización y sensación de irrealidad).

Algunas reacciones y Síntomas más comunes:

- -Embotamiento afectivo
- -Estrechamiento y caída de capacidad de atención
- -Desorientación
- -Agitación
- -Pánico
- -Estado de estupor
- -Estrés agudo

Posteriormente:

TEP; Trastornos somáticos, Abuso tóxicos, Depresión,etc.

La intervención en crisis:

Poner en marcha acciones que puedan interrumpir la espiral descendente Con la mayor

rapidez posible

Que la víctima pueda retornar a un nivel de afrontamiento lo más cercano posible al que tenía.

Proporcionar asistencia a las personas para reorganizar e integrar sus nuevos mundos.

Pero la pregunta más frecuente que suele hacerse el ciudadano viene a ser:

¿Qué le dices? ¿Qué le haces a una persona en esa situación?

Sabemos que este tipo de intervención no admiten demora y precisa inmediatez en la respuesta por parte de los profesionales.

La experiencia traumática es almacenada implícitamente vía imágenes, sensaciones y estados afectivos y conductuales.

A un nivel sensorial, “lo que vemos” y “lo que sentimos” llega a ser más importante para la supervivencia que la información verbal.

La pérdida de un ser querido es inicialmente experimentada como una experiencia sensorial y solo posteriormente es ordenada como una experiencia cognitiva

Al comunicar e interactuar con los afectados, tener presente ciertos aspectos:

- Identificarnos y aclarar nuestro papel. (32)
- Colocarnos a su altura. (32)
- Dar instrucciones breves y claras. (32)
- Informar con seguridad, pero cautela. (32)
- Mantenerle orientado hacia nosotros(32)
- Escucha activa, Respetar silencios(32)
- Todo ello, transmitiendo seguridad y calma. (32)

- Atentos a nuestro lenguaje corporal. (32)
- Ver especialmente la comunicación de malas noticias(32)

Cuando se hagan comunicados colectivos, los mensajes de emergencia deben:

- Evitar fenómenos desajustados en masa. (32)
- Utilizando procedimientos adecuados de información y controlando en lo posible (32) actitudes sociales y psicológicas de población. (32)
- Valorar la información recibida por la población. (32)
- Averiguando rumores, necesidades, etc. (32)
- Solicitar sólo ayuda específica. (32)
- Evitar colapsar otras necesidades. (32)
- Temporalizar los mensajes(32)
- Informar cada cuanto tiempo se facilitará un nuevo comunicado(32)

Primeros Auxilios Psicológicos:

Procedimiento de intervención semiestructurada que incluye la acogida, acompañamiento y apoyo inmediato a la persona afectada por una situación crítica y súbita que le origina un estado de estrés agudo.

- Inmediatez y proximidad
- Frenar la espiral de deterioro psicológico
- Afrontar manifestaciones de estrés agudo
- Enlazar con otros recursos y restauración de capacidades básicas
- Establecimiento de contacto psicológico
- Identificación (rol y nombre)

- Reducir estímulos estresantes Empatizar
- Estrategias de escucha activa y preguntas usando herramientas como resumir y recapitular, clarificar
- Dirigir (trasmitiendo control) e informar de todo aquello que contribuye a disminuir ansiedad
- Reforzar lo adecuado y dar feedback
- Facilitarle la expresión emocional
- Que se sienta apoyado, aceptado, comprendido, Que colabore, mantenerle orientado hacia nosotros
- Utilizar otras estrategias como: distraer, manejar silencios, etc.
- Acompañamiento y Ventilación:
- facilitarle hablar de aspectos racionales y de sentimientos

Normalización:

reacciones normales ante situaciones anormales

Canalización:

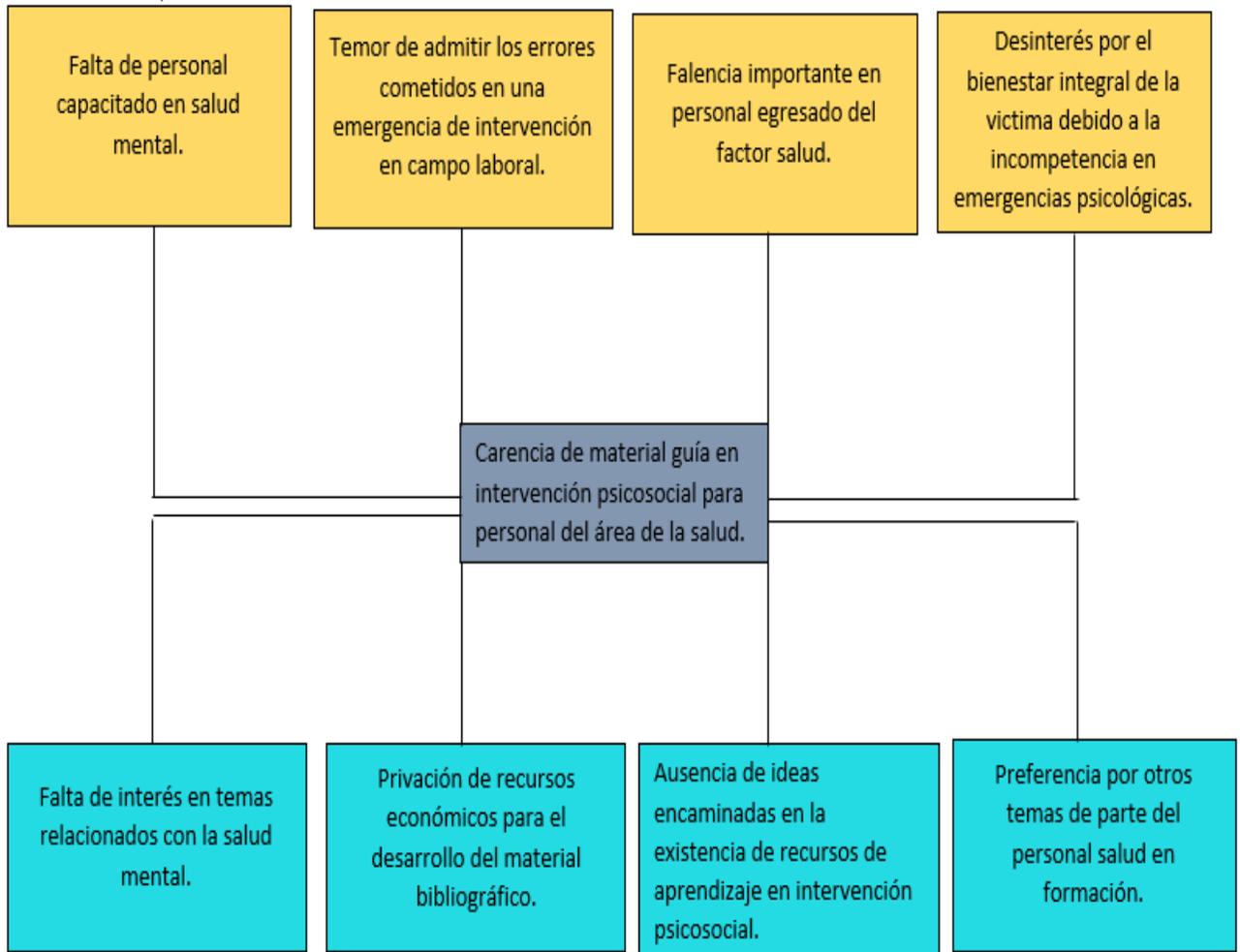
encauzar afrontamiento a llevar a cabo a partir de ese momento (plan) y posible derivación asistencial

Apoyo y orientación:

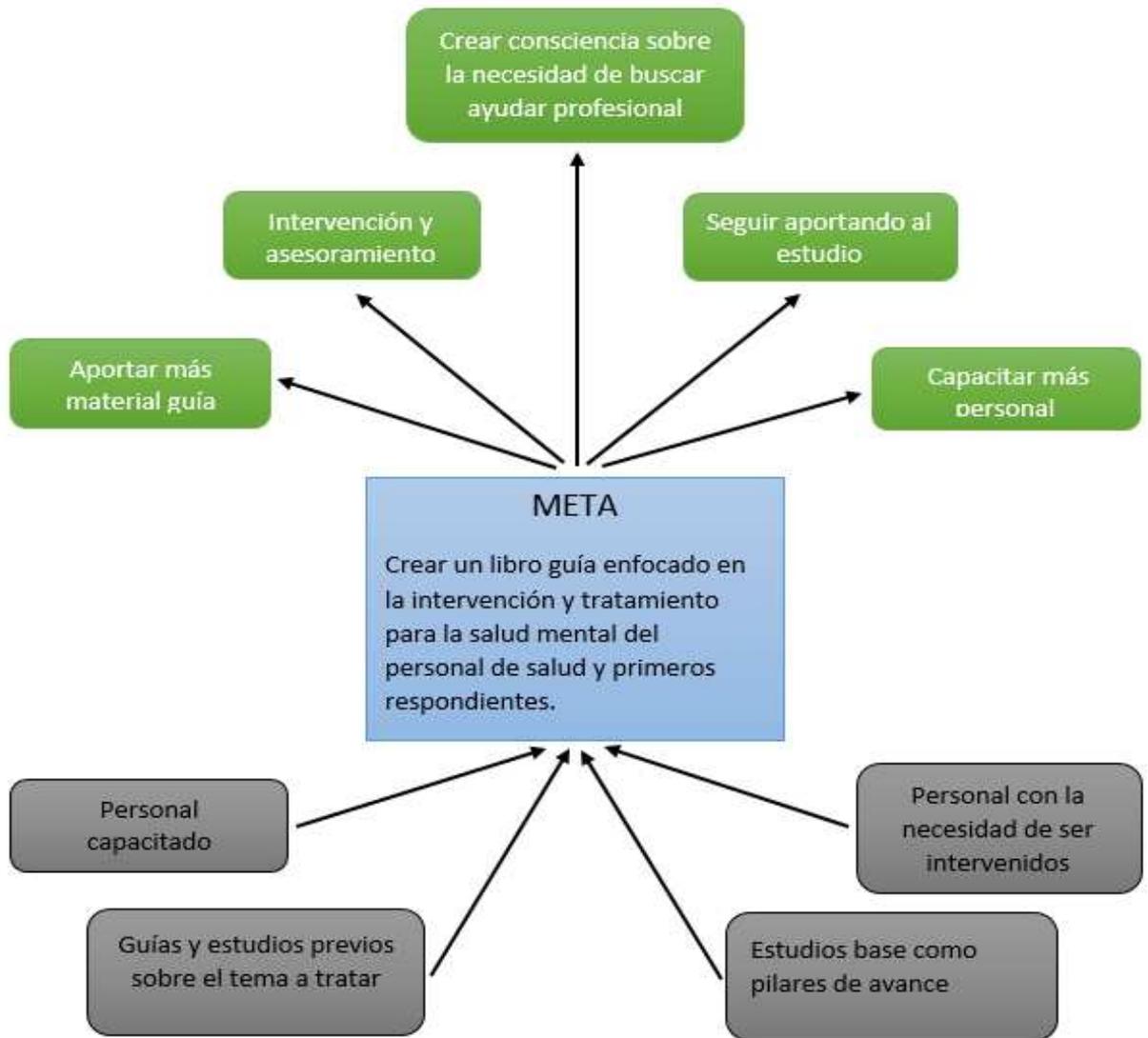
usar técnicas de Counseling facilitar la integración de la experiencia por parte del afectado

3 CAPÍTULO TRES: DIAGNOSTICO O ANÁLISIS.

3.16 PROBLEMAS.



3.17 OPORTUNIDADES.



3.18 DESCRIPCIÓN SOCIOCULTURAL DE LA POBLACIÓN.

Este libro está dirigido a todo el personal de salud y emergencias, y tiene como objetivo brindar conocimientos sobre intervenciones psicosociales en los campos de rescate, extinción de incendios y atención prehospitalaria en Colombia y otras partes del mundo.

4 CAPITULO CUATRO

4.19 DISEÑO METODOLOGICO

4.19.1 Alcance del proyecto

Esta idea de proyecto nace de la necesidad de un libro guía para la facultad de ciencias de la salud en especial para la materia de Intervención Psicosocial.(2)

Los temas aquí tratados son en cierta manera mencionados en proyectos de investigación anteriores por estudiantes de Aph donde se recalca la importancia de una intervención o acercamiento psicológico profesional en diferentes escenarios a los cuales se enfrentan los primeros respondientes en su vida laboral. (2)

Debido a la carencia de material disponible para este curso, se opta por crear esta idea ya que la futura generación se verá beneficiada en el conocimiento detallado de cada uno de los temas mencionados en el proyecto Guía de Intervención Psicosocial y así formados con bases sólidas y suficientes para estar preparados de manera profesional a la hora de tener que ejercer la práctica. (2) Se tiene como finalidad que la creación de la guía se pueda dar a conocer no solo en nuestra institución adventista, sino que también tenga alcance en diferentes instituciones que manejen temas de intervención psicosocial y les sea entonces de gran beneficio. De esta manera se quiere contribuir al fortalecimiento de dicha área de intervención donde cada estudiante pueda acceder a la guía, estudiar cada tema propuesto y tener una formación al respecto. El material base de la Guía hace parte de los artículos investigados y estudiados que son referencia en los proyectos presentados con anterioridad. Dicho de esta manera, la Guía de Intervención Psicosocial es una recopilación de la información planteada en proyectos aprobados de Intervención Psicosocial. (2)

4.20 METODOLOGIA DEL PROYECTO

4.20.1 Ruta metodológica

El presente proyecto de desarrollo surge de la revisión teórica de los temas tratados en la materia de intervención psicosocial donde se evidencia la falta de material para dicha materia en la que los estudiantes necesitan acudir a textos guía para profundizar en los temas de la rama psicosocial. La información aquí establecida se toma de bases de datos como lo son EBSCO, Scielo y la biblioteca virtual de la corporación universitaria donde muestra los anteriores proyectos relacionados con esta temática. Es así como se crea un libro Guía de Intervención Psicosocial donde cada estudiante de la facultad de la salud pueda acudir al mismo y obtener la formación necesaria y competente para llevar a cabo en la práctica a diario.(2)

4.21 PLAN DE TRABAJO

Actividades	fecha											Responsables
	2020-2					2021-1						
	Ago.	Sep.	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	
Selección del tema												Jenny Paola Landinez Sanabria Jefferson Eliasar Ravelo Rivas Lina Ortiz
Planteamiento del objetivo y justificación												Jenny Paola Landinez Sanabria Jefferson Eliasar Ravelo Rivas Lina Ortiz
Diseño de estrategia de búsqueda												Jenny Paola Landinez Sanabria Jefferson Eliasar Ravelo Rivas Lina Ortiz
Revisión sistemática de artículos												Jenny Paola Landinez Sanabria Jefferson Eliasar Ravelo Rivas Lina Ortiz
Clasificación de artículos												Jenny Paola Landinez Sanabria Jefferson Eliasar Ravelo Rivas Lina Ortiz
Análisis de artículos												Jenny Paola Landinez Sanabria Jefferson Eliasar Ravelo Rivas Lina Ortiz
Construcción de Marco Conceptual												Jenny Paola Landinez Sanabria Jefferson Eliasar Ravelo Rivas Lina Ortiz
Construcción de Marco teórico												Jenny Paola Landinez Sanabria Jefferson Eliasar Ravelo Rivas Lina Ortiz
Construcción de Diseño metodológico												Jenny Paola Landinez Sanabria Jefferson Eliasar Ravelo Rivas Lina Ortiz
Revisión y correcciones												Jenny Paola Landinez Sanabria Jefferson Eliasar Ravelo Rivas Lina Ortiz
Entrega de trabajo final												Jenny Paola Landinez Sanabria Jefferson Eliasar Ravelo Rivas Lina Ortiz
Sustentación del proyecto												Jenny Paola Landinez Sanabria Jefferson Eliasar Ravelo Rivas Lina Ortiz

4.22 PRESUPUESTO

TIPO DE RECURSO	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	TOTAL
HUMANO		
Asesor	Institución	\$ 480.000
MATERIALES		
Fotocopias, impresiones	Propia	\$ 18.000
Transporte y combustible	Propia	\$ 50.000
Diseño de la guía	Propia	\$ 250.000
		\$ 798.000

5 CAPÍTULO CINCO

5.23 CONCLUSIONES.

Este proyecto lleva a ampliar el concepto sobre la intervención psicosocial y el interés que muestran los estudiantes de la facultad de la salud sobre la materia, ofreciendo un libro Guía de Intervención Psicosocial.

Facilita a desarrollar el conocimiento que aporta las técnicas necesarias para una intervención competente en los diferentes escenarios prehospitalarios.

Con esta guía se trata de adentrar a los estudiantes de APH en el mundo de la Intervención Psicosocial y que ésta se puede emplear en las emergencias, urgencias y desastres; mejorando la calidad de atención y cada acontecimiento que se presente en la emergencia al paciente.

5.24 RECOMENDACIONES

Se aconseja a los estudiantes de APH que reconozcan la importancia de la psicología en la vida cotidiana ya que en determinados momentos se necesita emplear los conocimientos adquiridos en la materia.

El estado mental del primer respondiente puede influir negativamente en la atención de los pacientes, por tal motivo, se recomienda fortalecer la salud mental de cada estudiante con estrategias saludables para la conservación de la misma.

Se recomienda el estudio detallado del libro Guía en Intervención Psicosocial con el fin de que cada egresado pueda desempeñar un trabajo eficiente en caso de enfrentarse a emergencias psicológicas.

6 BIBLIOGRAFÍA

1. Eliana Alzate Avendaño José Luis Iturriaga Hernández Betsy Alejandra Monoga Castro Mildred Daniela Navas Laguna Juan David Romero Rojas L. Modelo de intervención psicosocial: Apoyo al apoyo para los Tecnólogos en Atención Pre Hospitalaria del 123. [Internet]. 2019 [cited 2021 May 19]. Available from: <http://repository.unac.edu.co/handle/11254/921>
2. Betancourt DM, Carolina M, Hoyos V. Estrategias pedagógicas para intervención psicosocial de apoyo inicial para los organismos de socorro [Internet]. 2018 [cited 2021 May 19]. Available from: <http://repository.unac.edu.co/handle/11254/386>
3. Zalaquett P, Condes EM-RMC Las, 2017 undefined. Intervención en crisis para pacientes hospitalizados. Elsevier [Internet]. [cited 2021 May 19]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301578>
4. Herediana HVM-RM, 2014 undefined. Tipo de familia y ansiedad y depresión. scielo.org.pe [Internet]. [cited 2021 May 19]; Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1018-130x2014000200001&script=sci_arttext
5. Vanguardia Psicológica R, Montaña L, Nieto T, Mayorga N, Manuela Beltrán U. Volumen 4, Número 1, marzo-septiembre de 2013. ESQUIZOFRENIA Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS: UNA REVISIÓN TEÓRICA SCHIZOPHRENIA AND PSYCHOLOGICAL TREATMENTS: A THEORETICAL REVIEW. dialnet.unirioja.es [Internet]. [cited 2021 May 19]; Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165>
6. Ramírez S, Iván R, Niño H, Andrés M, Araújo N. REVISION SISTEMATICA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL: APOYO AL APOYO. FASE II [Internet]. 2017 [cited 2021 May 19]. Available from: <http://repository.unac.edu.co/handle/11254/419>

7. depresión | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://dle.rae.es/depresi3n?m=form>
8. dolor | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://dle.rae.es/dolor?m=form>
9. suicidio | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://dle.rae.es/suicidio?m=form>
10. llanto | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://dle.rae.es/llanto?m=form>
11. enojo | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://dle.rae.es/enajo?m=form>
12. culpa | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://dle.rae.es/culpa?m=form>
13. muerte | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://dle.rae.es/muerte?m=form>
14. emergencia | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://dle.rae.es/emergencia?m=form>
15. duelo | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://dle.rae.es/duelo#EEI28uS>
16. autolesionarse | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://dle.rae.es/autolesionarse?m=form>
17. Historia | UNAC [Internet]. [cited 2021 May 25]. Available from: https://www.unac.edu.co/?page_id=178

18. Esteban J, Gonzalez B, Stefany K, Alvarino G, Katering S, Rojas H, et al. REVISION SISTEMATICA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL: APOYO AL APOYO [Internet]. 2017 [cited 2021 May 19]. Available from: <http://repository.unac.edu.co/handle/11254/518>
19. Misión y Visión | UNAC [Internet]. [cited 2021 May 25]. Available from: https://www.unac.edu.co/?page_id=4958
20. 18 Años de Intervención Psicosocial [Internet]. [cited 2021 May 25]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300001
21. LEY 1616 DE 2013 (Enero 21) Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA: Artículo 1°.
22. (No Title) [Internet]. [cited 2021 May 24]. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos Salud Ocupacional/RESOL. 2646 DE 2008 RIESGO PSICOSOCIAL.pdf>
23. Ley 1575 de 2012 - EVA - Función Pública [Internet]. [cited 2021 May 24]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=48943>
24. Antúnez Z, Chile EV-R médica de, 2013 undefined. Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. scielo.conicyt.cl [Internet]. [cited 2021 May 19]; Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000200010&script=sci_arttext&tlng=n
25. IOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL DSM-5 - Google Académico [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=IOS+TRASTORNOS+D+E+ANSIEDAD+EN+EL+DSM-5&btnG=

26. López MG, ... MMP-R de la A, 2010 undefined. Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. SciELO Espana [Internet]. [cited 2021 May 19]; Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352010000200005&script=sci_arttext&tlng=pt
27. García HB. CIENCIA Y SOCIEDAD Volumen XXXVII, Número 2 Abril-Junio 2012 LA DEPRESIÓN: ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO [Internet]. Vol. XXXVII, Ciencia y Sociedad. 2012 [cited 2021 May 19]. Available from: <http://repositoriobiblioteca.intec.edu.do/handle/123456789/1390>
28. Ávila J. El estrés un problema de salud del mundo actual [Internet]. Vol. 2, scielo.org.bo. 2014 [cited 2021 May 19]. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2310-02652014000100013&script=sci_abstract&tlng=en
29. LLINÁS DR, Mallorca) PS del C de B (Palma de. La preparación psicológica del bombero y otros miembros de grupos de rescate. Su aceptación al estrés y los primeros auxilios psicológicos a las víctimas [Internet]. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2016/01/preparacion-psico-bombero-david-rotger.pdf>
30. del EMA-AÓ de DC, 2018 undefined. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. scielo.org.bo [Internet]. [cited 2021 May 19]; Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612018000100009&script=sci_arttext&tlng=pt
31. JUAN CHOQUE FERNÁNDEZ Vicerrector Académico SALVADOR POVEDA Directora Investigación Dra ANA CRISTINA ZUÑIGA ZAPATA Editor HELMER QUINTERO NÚÑEZ Compilador TERESITA JESÚS MARRUGO R DE. GUÍA DE ABORDAJE Y MANEJO DE PERSONAS VIOLENTAS Y/O CON AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN EL ENTORNO PREHOSPITALARIO

[Internet]. repository.unac.edu.co. [cited 2021 May 19]. Available from:
[http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/1008/Experiencias en
salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=72](http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/1008/Experiencias%20en%20salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=72)

32. Zavalla S. Apoyo psicosocial en situaciones de emergencia, desastres y catástrofes para equipos de respuesta [Internet]. academica.org. [cited 2021 May 19]. Available from: <https://www.academica.org>.