

**GUÍA DE MANEJO PSICOSOCIAL PARA PACIENTES PREHOSPITALARIOS  
EN MEDELLIN**

*CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA*



Tecnología en Atención Prehospitalaria  
Medellín, Antioquia.

2016



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CENTRO DE INVESTIGACIONES

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: "Guía de manejo Psicosocial para pacientes Prehospitalarios en Medellín" elaborado por los estudiantes: *John Alexander Quenguan Calambás*, *Jose Reinel Peña Palomares*, del programa de APH, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Dirección de Investigación y por lo tanto se declara como:

*Aprobado - Sobresaliente*

Medellín, Mayo 25 de 2016

Mg (c). Milton Andrés Jara  
Presidente

Mg. Lina Ortiz  
Secretario

Esp. Jair Flórez  
Vocal

*John Alexander Quenguan Calambás*  
Estudiante

Jose Reinel Peña Palomares  
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8929 del 6 de junio de 1983. / NIT 900.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

## **AGRADECIMIENTO**

Doy gracias a Dios y la Universidad por brindarme la oportunidad de seguir estudiando, por sus bendiciones desde el inicio y la finalización de mi estudio.

Le agradezco a mi madre Marleni Calambás por estar conmigo cada día, por lidiar con mis deficiencias y debilidades y por qué me guio en el camino de Dios. Mi padre Luis Felipe Quenguan por su gran esfuerzo que me brindo hasta ahora y así terminar mi estudio. A Katering hoyos por su gran apoyo durante el término de mis estudios.

### **John Alexander Quenguan**

Le doy gracias a mi Dios porque nos cuida de todo mal y peligro y nos alivia de nuestros errores dándonos la oportunidad de aprender de estos. Él cual permitió entrar a esta universidad que me dio la fuerza para seguir adelante con esta carrera que me ayudará a hacer el bien a los demás, que me dio una familia muy hermosa y trabajadora.

Le doy gracias a la compañera que nos apoyó en todo momento de la realización de este proyecto, a las personas que me ayudaron a salir adelante tanto a los familiares y compañeros que me permitieron nunca derrumbarme y no dejar atrás esta meta que ya es más que cumplida muchas gracias.

### **Jose Reinel peña palomares**

## **DEDICATORIA**

Este proyecto de grado está dedicado primeramente a Dios quien me dio el privilegio, la bendición de estudiar en la universidad, y de culminar una meta más de mi vida.

A mis padres quienes me brindaron ánimo cuando me mandaron para continuar estudiando, que estuvieron conmigo desde lejos, dieron todo por continuar con mi carrera y mis hermanos por el apoyo y compañía. A Sonia Katering Hoyos quien estuvo pendiente del proyecto y su apoyo en los momentos de dificultad.

**John Alexander Quenguan**

Este proyecto se lo dedico a mi madre Rubiela palomares que hizo todo lo posible para que yo pudiera continuar con mi carrera y permitió luchar por esta gran meta, también va de dicados para mis colaboradores, profesores que me bridaron el apoyo, a la familia que me acogió en un segundo hogar como lo es la familia de mi esposa que bridaron un buen apoyo y determinados conocimiento para hacer de mí una mejor persona.

**Jose Reinel peña palomares.**

## Resumen

*CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA*

Facultad ciencias de la salud

Atención Prehospitalaria

### GUÍA DE MANEJO PSICOSOCIAL PARA PACIENTES PREHOSPITALARIOS EN MEDELLIN

John Alexander Quenguan Calambás

Jose Reinel Peña Palomares

Tecnólogo en Atención Prehospitalaria

Mg. Lina María Ortiz Vargas

2016

¿Cuenta el personal de APH con conocimientos idóneos de intervención psicología en atención Prehospitalaria?

Una guía es aquel conjunto conformado por técnicas y estrategias; las cuales encauzan un listado de información, en este caso se trata de una guía para el manejo psicosocial del paciente prehospitalario; esta a su vez hace énfasis en la parte espiritual, emocional, mental y conductual del usuario, el cual es una persona que experimenta físicamente un estado de salud crítico en un ámbito prehospitalario o fuera de un hospital. Se pretende incluir en esta guía, las estrategias más adecuadas, de forma sistemática, dirigido a un grupo de pacientes en el ámbito prehospitalario.

Esta guía servirá para orientar a la persona encargada de aliviar el estado emocional, que a su vez podrá incluir en su servicio, una atención más integral, por medio del apoyo que pueda brindar, con su lenguaje y gestos, enfocado a un bienestar espiritual, mental y emocional, el cual podrá iniciar desde el momento que se llega a la escena y se le da la primera respuesta. Se realizaron encuestas la cual arrojaron resultados positivos tanto negativos al personal del área de la salud, se le brindo un manejo adecuado en la intervención psicosocial para pacientes prehospitalarios. Teniendo en cuenta los resultados de las encuestas realizadas por el personal en ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, podemos decir las deficiencias y así mejorar la atención en la intervención Psicosocial. La mayoría del personal de salud ya sea BOMBEROS, APH y SOCORRISTAS no tienen mayor conocimientos en la intervención psicosocial.

## CONTENIDO

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>3</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>4</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	<b>8</b>
<b>LISTA DE IMAGENES</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>10</b>
<b>1. CAPITULO 1: PANORAMA DEL PROYECTO</b> .....	<b>11</b>
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2. JUSTIFICACION.....	11
1.3. PREGUNTA INVESTIGATIVA.....	12
1.4. OBJETIVO GENERAL .....	12
1.5. OBJETIVOS ESPECIFIVOS.....	12
1.6. ANÁLISIS DE VIABILIDAD.....	12
1.7. LIMITACIONES DEL PROYECTO.....	13
1.8. IMPACTO DEL PROYECTO .....	13
1.9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	14
1.10. PRESUPUESTO.....	15
<b>2. CAPITULO 2: MARCO TEORICO</b> .....	<b>16</b>
2.1. MARCO CONCEPTUAL .....	16
2.2. MARCO INSTITUCIONAL.....	16
2.2.2 RESEÑA HISTÓRICA .....	16
2.3. MISIÓN .....	18

2.4.	VISIÓN.....	19
2.5.	MARCO HISTÓRICO .....	19
2.6.	MARCO GEOGRAGICO .....	21
2.7.	MARCO LEGAL O NORMATIVO .....	22
2.8.	MARCO TEORICO .....	25
2.9.	MARCO REFERENCIAL .....	45
<b>3.</b>	<b>CAPITULO 3: DIAGNOSTICO O ANALISIS.....</b>	<b>51</b>
<b>4.</b>	<b>CAPITULO 4: DISEÑO METODOLOGICO.....</b>	<b>53</b>
<b>5.</b>	<b>CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>54</b>
	CONCLUSIÓN .....	54
	RECOMENDACIONES .....	55
<b>6.</b>	<b>CIBERGRAFÍA.....</b>	<b>56</b>
	ANEXOS .....	58

## **LISTA DE TABLAS**

<b>Tabla 1. Impacto del proyecto.....</b>	<b>13</b>
<b>Tabla 2. Plan de trabajo.....</b>	<b>14</b>
<b>Tabla 3. Presupuesto.....</b>	<b>15</b>
<b>Tabla 4. Metodología del proyecto.....</b>	<b>53</b>

## **LISTA DE IMAGENES**

<b>Imagen 1. Campus de la UNAC.....</b>	<b>21</b>
<b>Imagen 2. Mapa de Medellín.....</b>	<b>22</b>

## INTRODUCCION

Esta guía ha sido realizada con el definido propósito de mejorar la atención de los pacientes prehospitalarios, brindando una atención integral, teniendo en cuenta la parte física y emocional de las personas. Su desarrollo ha sido el resultado del análisis de varias investigaciones ya realizadas en diferente tipo de situaciones sobre el tema de la intervención psicosocial, demostrando así la importancia en el manejo de los pacientes y su influencia en su recuperación.

Se desea presentar por medio de este material una herramienta de orientación para el personal capacitado en el área de atención Prehospitalaria para que puedan brindar una mejor atención, por lo general se acostumbra a concentrarse en las heridas o traumas físicos que hayan tenido los pacientes, pero muy pocos se detienen a analizar su estado emocional y mental.

Al realizar esta guía se ofrece una forma fácil de la atención psicosocial para mejorar el trabajo de primera respuesta a la atención de cualquier situación. Podemos mejorar la atención, con unas técnicas desarrolladas bajo el correcto conocimiento previo del contenido de la guía.

Finalmente, se debe tener en cuenta las diferentes ventajas que se obtendrán del conocimiento de esta guía, tanto como un aporte personal para el tecnólogo en atención Prehospitalaria, como para el desarrollo adecuado del manejo y la recuperación de los pacientes. Algunos de estos beneficios son: llegar adecuadamente al paciente, entendiendo lo que pueda tener y con el conocimiento previo, poder realizar una mejor evaluación inicial, satisfacer de una manera integral las necesidades de los pacientes y de los familiares, etc. De acuerdo con lo anterior se mejorara en el servicio de atención de salud en el área Prehospitalaria.

## **1. CAPITULO 1: PANORAMA DEL PROYECTO**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Una guía es aquel conjunto conformado por técnicas y estrategias; las cuales encauzan un listado de información, en este caso se trata de una guía para el manejo psicosocial del paciente prehospitario; esta a su vez hace énfasis en la parte espiritual, emocional, mental y conductual del usuario, el cual es una persona que experimenta físicamente un estado de salud crítico en un ámbito prehospitario o fuera de un hospital. (1)

Se pretende incluir en esta guía, las estrategias más adecuadas, de forma sistemática, dirigido a un grupo de pacientes en el ámbito prehospitario. Esta guía servirá para orientar a la persona encargada de aliviar el estado físico, que a su vez podrá incluir en su servicio, una atención más integral, por medio del apoyo que pueda brindar, con su lenguaje y gestos, enfocado a un bienestar espiritual, mental y emocional, el cual podrá iniciar desde el momento que se llega a la escena y se le da la primera respuesta.

Se trabajara en un ámbito prehospitario a nivel departamental; teniendo como beneficiarios directos a los pacientes con estados de salud crítico y como beneficiarios indirectos a sus familiares, porque reconocemos que si la parte emocional del usuario y de sus acompañantes se encuentra bien, recibirá mejor el tratamiento físico que se le brinda.

### **1.2. JUSTIFICACION**

Es responsabilidad del personal de atención Prehospitolaria gestionar el mejoramiento de la calidad en la primera respuesta del deber diario; teniendo en cuenta la necesidad de la sociedad y su derecho de recibir un buen servicio, asumiendo como prioridad la vida de los usuarios. Enfatizando los protocolos ya existentes acerca de la atención de los pacientes en escena, los tecnólogos en atención Prehospitolaria también serán capacitados en un enfoque humanitario, el cual tendrá como principal eje, la relación profesional-paciente, recordando que no solo se atienden lesiones sino también seres humanos.

Esta guía brindara un apoyo significativo para el manejo que se debe realizar con los pacientes, que estén vivenciando una situación traumática, una emergencia o crisis; logrando

valorar así, la parte física, conductual, pensamientos y sus emociones, que puedan presentar en el momento de la atención; lo cual será un beneficio adicional para el mismo y su familia, reconociendo que el estado emocional es un determinante significativo, sobre el estado físico. Al brindar una atención integral se podría llegar a disminuir la morbimortalidad y probablemente, aumentar la recuperación favorable para el paciente.

### **1.3. PREGUNTA INVESTIGATIVA**

¿Cuenta el personal de APH con conocimientos idóneos de intervención psicosocial en atención Prehospitalaria?

### **1.4. OBJETIVO GENERAL**

Diseñar una guía de manejo psicosocial que oriente al personal del área Prehospitalaria frente al manejo integral de los pacientes.

### **1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Encuestar a personas especialistas en el tema, tales, como bomberos y psicólogos.
- 2) Enumerar las situaciones más comunes que necesiten apoyo psicológico.
- 3) Evaluar los temas a incluirse en la guía.
- 4) Identificar los distintos problemas psicológicos sociales y familiares que se presenten en pacientes prehospitalarios.

### **1.6. ANÁLISIS DE VIABILIDAD**

Analizando la realidad social, que se presenta en el medio, se puede observar como la atención psicosocial, se ha venido incrementando en, los últimos años, convirtiéndose en una necesidad cada día más tangible; lo cual demuestra o evidencia la viabilidad de este proyecto. La viabilidad del mismo, es significativa, dada las demandas que se observan y se han obtenido en la búsqueda de información; además se cuenta con un plan de trabajo y un presupuesto que direccionan y brindan la posibilidad de desarrollar esta propuesta de una forma coherente con la realidad actual.

## 1.7. LIMITACIONES DEL PROYECTO

Entre algunas de las limitaciones que se pueden encontrar, está la de, no contar con información apropiada y valida por parte de la población que se va a encuestar, aparte de que se puede presentar el caso, que no deseen ser encuestados; lo cual, influiría en la obtención de información, dada por las fuentes primarias.

Otra de las limitaciones puede ser, el desconocimiento y desinterés que pueden presentar algunos de los profesionales o trabajadores de esta área, al ser encuestados y/o entrevistados; para aportar tanto información como estrategias para la guía.

## 1.8. IMPACTO DEL PROYECTO

Permitirá que el personal de atención Prehospitalaria tenga conocimiento de cómo actuar con los pacientes que se encuentran en el ámbito prehospitalario y cómo ayudar que su integridad mental y física, estén bien en cada situación

**Tabla 1. Impacto del proyecto**

Impacto esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4 ), mediano (5-9), largo (10 o más)	Indicador verificable	Supuestos*
Identificar algunas de las principales estrategias para la intervención psicosocial para pacientes prehospitalarios.	Corto Plazo	Disponibilidad de las guías de apoyo psicológico	Selección de temas al incluir en la guía
Diseñar el modelo práctico de la guía.	Mediano Plazo	Tiempo de diseño	Presentar modelo de la guía
Presentación de la guía al público	largo Plazo	Aprobación del público	Difundir la guía al público.

## 1.9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 2. Plan de trabajo

ACTIVIDADES	Semestre 2015-2						Semestre 2016-1						LUGAR	RESPONSABLES
	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio		
Recopilación de información													Salón de clases y casa	John Quenguan Jose Peña
Construcción planteamiento del problema Objetivos y justificación													Salón de clases y casa	John Quenguan Jose Peña
Revisión bibliográfica y encuestas con especialistas													Biblioteca, casa	John Quenguan Jose Peña
Proceso de análisis de situaciones													En la calle, biblioteca, casa, en el lugar de la situación	John Quenguan Jose Peña
Evaluación de los temas a incluir													Biblioteca Casa Lugar que se necesite	John Quenguan Jose Peña
Diseñar guías de apoyo psicológico													UNAC Biblioteca Casa	John Quenguan Jose Peña
Sustentación del proyecto													Universidad	John Quenguan Jose Peña

## 1.10. PRESUPUESTO

**Tabla 3. Presupuesto**

CONCEPTO	VALOR
<b>Recurso humano</b>	
Personal	\$300.000
Asesores	\$200.000
Colaboradores	\$100.000
Tiempo	\$250.000
<b>Materiales y equipo</b>	
Papel	\$15.000
Lapicero	\$3.200
Tinta de impresora	\$50.000
Borrador	\$2000
Cuaderno	\$6000
Gastos Computadora	\$150.000
Gastos Impresora	\$200.000
<b>Servicios</b>	
Agua	\$30.000
Luz	\$80.000
Internet	\$80.000
Teléfono	\$35.000
<b>Transporte</b>	\$100.000
<b>Otros</b>	\$130.000
<b>SUBTOTAL</b>	
-Recursos humanos	\$850.000
-Materiales y equipos	\$426.200
-Servicios	\$225.000
-Transporte	\$100.000
-Otros	\$130.000
<b>TOTAL</b>	\$1,731,200

## 2. CAPITULO 2: MARCO TEORICO

### 2.1. MARCO CONCEPTUAL

**Psicología:** La psicología es la disciplina que investiga sobre los procesos mentales de personas y animales. La palabra proviene del griego: psico- (actividad mental o alma) y -logia (estudio). Esta disciplina analiza las tres dimensiones de los mencionados procesos: cognitiva, afectiva y conductual.

**Guías psicosocial:** Una guía es aquel conjunto conformado por técnicas, los cuales encauzan un listado de información, en este caso se trata de una guía para el apoyo psicológico la cual hace énfasis en la parte espiritual, emocional, mental y de conducta de un paciente.

**Atención Prehospitalaria:** La atención Prehospitalaria es la atención que se realiza fuera del ámbito hospitalario, para evitar la muerte y prevenir la discapacidad, tiene como finalidad prevenir las emergencias con la atención de las urgencias y como objetivo la atención oportuna en el foco, y el traslado asistido al hospital adecuado.

**Psicosocial:** se refiere a la conducta humana y su inserción en la sociedad, el accionar individual analizado desde los aspectos sociales.

**Tecnólogo en atención Prehospitalaria:** Es la persona capacitada con una subespecialidad de emergencia y desastres que trata el paciente fuera del ámbito hospitalario.

**Bomberos:** Un bombero es aquella persona que está capacitada conforme para la extinción de incendios y también para asistir a víctimas en cualquier otro tipo de desastre como los terremotos, las inundaciones, entre otros.

### 2.2. MARCO INSTITUCIONAL

#### 2.2.2 RESEÑA HISTÓRICA

El programa de Atención Prehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres, inicia su historia a partir de la Norma Interna de Creación: Acuerdo N° 001, expedido por la asamblea General de los adventistas del Séptimo día, el 2 de Febrero de 2000.

La idea había surgido previamente en la mente del entonces rector de la universidad, Pr.

Gamaliel Flórez quien provoco a un grupo de profesionales de la salud para asesorarle, Dr. Miguel Moreno, Dr. Jairo Castañeda y el especialista Gilberto García con quienes se hizo una primera aproximación al tema. La consecución de un grupo de expertos en la materia, asesorados desde el Ministerio de la Protección social, dio origen a la propuesta final que se presentó al Ministerio de Educación. Este grupo de expertos estuvo conformado por el Doctor German Darío Montoya - médico del CRUE, la Ingeniera Zoraida Delgado S. - Directora del CRUE, la Doctora Martha Herrera – Subdirectora del CRUE, el Doctor Carlos Mario Peña – Oficina de Emergencias del SSSA y el Administrador Jair Flórez – Grupo Garsa.

Durante los diferentes periodos en los que el programa se fortaleció, se buscó la manera de firmar convenios con otros centros de prácticas como son los laboratorios de Morfología de la Universidad San Martín, los espacios de prácticas de bomberos y rescate y los convenios interbibliotecarios con otras universidades que poseen carreras del área de la salud como son la Universidad de Antioquia y la Universidad de San Martín.

Aunque en Antioquia desde 1916 existe el Cuerpo de Bomberos Oficiales del Municipio de Medellín, es a partir de la creación de la Cruz roja Seccional Antioquia y la creación de la Defensa Civil Seccional Antioquia, que se consolida un sistema de atención de primeros auxilios a las personas víctimas de emergencias médicas y/o traumáticas, trabajando cada una de estas instituciones según su ámbito y normatividad, bajo normas dictadas por directivas nacionales de las mismas.

En 19 de Abril de 1999 la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia firmo un convenio para desarrollar programas de salud en la UNAC.

El programa fue presentado entonces al ministerio y como resultado, el ICFES incorpora el programa al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) en mayo 21 del 2001. Como consecuencia, el programa inicia sus labores el 2 de Julio de 2001, los estudiantes admitidos en esta cohorte fueron 35.

El programa se organizó para funcionar semestralmente y conto con una afluencia generosa de aspirantes que algunos casos llevo a contar hasta 70 inscritos para primer semestre. En junio 26 del 2004 se llevó a cabo la primera graduación de Tecnólogos en Atención Prehospitalaria.

Para noviembre del 2004 la coordinación del programa decide acogerse al nuevo proyecto Educativo Institucional y hace diferentes sesiones para realizar una reforma curricular. Esta se empezó a ejecutar a partir de enero del 2005 con los nuevos estudiantes.

En el año 2005 se realiza el Primer Simposio Internacional en salud en la universidad con el programa, Avances En Reanimación Neonatal que tuvo como expositor principal al Dr. Amed Soliz, neonatologo del Miami Children Hospital. Desde entonces se vienen realizando eventos nacionales e internacionales con el apoyo de universidades como la Universidad Adventista Loma Linda, California (2007-2009) y teleconferencias con el apoyo de instituciones como la Universidad Adventista de la Plata (Argentina)

En el año 2007 se solicita la visita del Ministerio de Educación para aspirar el Registro Calificado de la carrera el cual se logra en fecha para un periodo de siete años.

En ese mismo año se firma el convenio docente asistencial con el honorable Cuerpo de Bomberos Oficial de Medellín, permitiendo accesos a la gran mayoría de eventos de primera respuesta Prehospitalaria en la ciudad.

Para el año 2009 se cuenta con el primer Grupo de Investigación en Atención Prehospitalaria inscrito en COLCIENCIAS.

En el año 2011 se realiza la celebración de los primero 10 años de la Tecnología en Atención Prehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres, fecha histórica para la Facultad de Ciencias de la Salud y para la Universidad Asistieron egresados, docentes fundadores y se hizo un reconocimiento al equipo de expertos que configuro la carrera.

### **2.3.MISIÓN**

La tecnología de Atención Prehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres como parte de facultad de ciencias de la salud, la Corporación Universitaria Adventista, busca la formación de profesionales idóneos para la Iglesia Adventista en particular y para la comunidad en general define como su Misión:

Formar profesionales en Atención Prehospitalaria con principios y valores basados en los conceptos de formación cristiana y alta calidad académica. Capacitados para servir a la sociedad en circunstancias extremas que puedan llegar a comprometer la vida, salud o estabilidad personal.

## **2.4.VISIÓN**

La facultad de Ciencias de la Salud a través del programa de Atención Prehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres, busca ser en cinco años un referente académico, social e investigativo para el aportándole profesionales que se conviertan en soporte para la creación de una verdadera cultura Prehospitalaria en el país.

## **2.5.MARCO HISTÓRICO**

### **2.5.1. Reseña histórica Medellín**

La historia de Medellín se remonta al Siglo XVII cuando los habitantes del Valle de Aburra, liderados por los dueños de haciendas, a su vez mineros y comerciantes, realizaron las gestiones conducentes a la erección de la Nueva Villa en el sitio de Ana, como era conocida la quebrada Santa Elena. Con la fundación de esta villa se respondía a las políticas de la Corona Española de crear ciudades, lo cual coincidía con los intereses de sus habitantes que buscaban mayor autonomía para dirigir sus vidas y decidir sobre la complejidad de la vida ciudadana y el futuro de las nuevas generaciones, acorde con sus proyectos y necesidades. Por ello, el Cabildo de Santa Fe de Antioquia, capital de la provincia se mostró enemigo de la nueva ciudad.

El valle en donde hoy se asienta Medellín fue visto por los españoles por primera vez, en agosto de 1541. Venían en una expedición al mando de Jerónimo Luis Téjelo, quien a su vez obedecía órdenes del Mariscal Jorge Robledo, en búsqueda de tierras y riquezas de oro.

Habitado por indígenas de distinto carácter (Yamesíes, Niquías, Nutabes y Aburraes, según las crónicas), el valle les es propicio a los colonos ibéricos, en cabeza de Francisco Herrera y Campuzano, para fundar el 2 de marzo de 1616, la población de San Lorenzo de Aburrá en el sitio que hoy ocupa el Parque del Poblado. Una Cédula Real de la Reina Mariana de Austria, en 1674, le otorga el título de Villa y el 2 de noviembre de 1675 se establece la Villa de Nuestra Señora de la Candelaria de Medellín.

El Cabildo de Medellín defendió los intereses del comercio medellinense y de la Villa frente a los celos de Santa Fe de Antioquia, reguló la circulación de moneda, el mercado dominical, las pulperías, el aseo y ornato de la Villa, trazado de calles y otras de sana convivencia, con

lo cual logró consolidar a Medellín como la principal ciudad comercial de la provincia Antioqueña. Gracias a este proceso, la Nueva Villa se convirtió en 1826 en la capital de Antioquia.

### **2.5.2. Presencia:**

Durante todo el siglo XIX, la vida política, social y económica del país tuvo en esta comarca una referencia protagónica.

Desde los años veinte y treinta del siglo XX, cuando todas sus mercancías entraban y salían por el Ferrocarril de Cisneros y el Río Magdalena, la ciudad era ya el principal centro industrial del país.

Fue, entonces, famoso en Norteamérica y Europa, el Café Medellín que distribuía la American Coffee Corporation.

Las condiciones de la tierra, la manera delicada como se cultivaba y beneficiaba, la labor de escogencia y limpieza que le aplicaban los cultivadores antioqueños, hacían de éste el café suave de más calidad que se conocía en el mundo.

### **2.5.3. Carácter:**

Se ha dicho que sus habitantes heredaron el carácter emprendedor de esos primeros colonos, que enfrentados a una topografía montañosa debieron trabajar con tesón para cumplir con las empresas que se proponían.

Ello hace que todo lo que proyecte el antioqueño tenga grandes dimensiones. La búsqueda de comunicación con el mundo exterior, por ejemplo, dio origen a importantes proyectos de ingeniería que aún hoy producen admiración y reconocimiento entre propios y visitantes.

Medellín es vibrante, vital y en pleno desarrollo, con una gran e intensa actividad comercial, industrial, cultural, religiosa, social y deportiva. Pero, al mismo tiempo, conserva cierto aire de la vida sencilla y familiar de los pueblos que conforman el departamento.

### **2.5.4. La Bandera**

La bandera de Medellín es blanca y verde, en franjas horizontales iguales y lleva el escudo de la ciudad en el centro. El blanco simboliza pureza, integridad, obediencia, firmeza y elocuencia. El verde representa la esperanza, la abundancia, la libertad y la fe.

### **2.5.5. El Escudo**

En un campo azul se representa un torreón de oro y sobre la puerta un escudo de 7 armas con 15 casillas, 7 azules y 8 de oro. En la parte superior 2 torreones y en medio de ellos la imagen

de Nuestra Señora de la Candelaria, Patrona de la ciudad. El escudo de Armas de Medellín fue concedido por la Real Cédula dada en Madrid por el Rey Carlos II.

### **2.5.6. Catleya Trianae**

Esta planta oriunda de Colombia, se convirtió en el símbolo nacional en 1834. Se encuentra principalmente en el piso térmico templado.

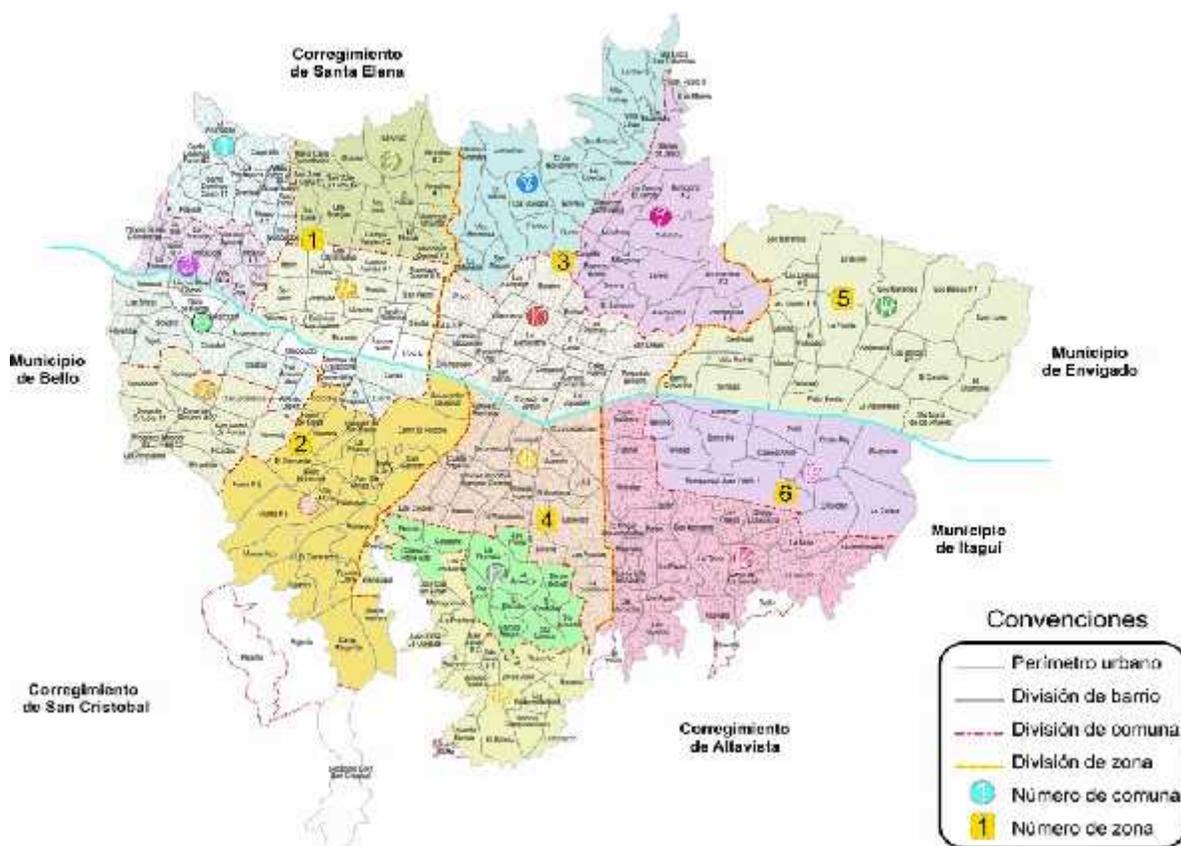
## **2.6.MARCO GEOGRAGICO**

Dirección: Carrera 84 #33AA-1, La Castellana, Medellín, Antioquia.

### **Imagen 1.campus UNAC**



**Imagen 2. Mapa de Medellín**



## **2.7.MARCO LEGAL O NORMATIVO**

Decreto 1860 de 1994 (agosto 3) diario oficial N° 41.473, del 5 de agosto de 1994 ministerio de educación nacional: por el cual se reglamenta parcialmente la ley 115 de 1994, en los aspectos pedagógicos y organizativos generales. Se aplican al servicio público de educación formal que presten los establecimientos educativos del estado, los privados, los de carácter comunitario, solidario, cooperativo o sin ánimo de lucro. Su interpretación debe favorecer la calidad, continuidad y universalidad del servicio público de la educación, así como el mejor desarrollo del proceso de formación de los educandos.

LEY 1523 DE 2012 (Abril 24): Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.

EL ARTÍCULO 54 DE LA LEY 715 DE 2001: “El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta (...). La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrareferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud.”

LEY 100 DE 1993: "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".

LEY 1438 DE 2011: Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

RESOLUCIÓN 002646 DE 2008: por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.

LEY NÚMERO 1090 DE 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

LEY 1122 DE 2007 Y DECRETO 3039 DE 2007, donde se especifican las acciones y los eventos prioritarios en Salud Mental, entre los que se incluye al suicidio.

LEY 1361 DE 2009, donde se fortalece y garantiza el desarrollo integral de la familia, como núcleo fundamental de la sociedad y establece las disposiciones necesarias para la elaboración de una Política Pública para la familia, convirtiéndose en el primer medio de socialización de niños, niñas y adolescentes y el primer factor de riesgo y protector para el evento suicida.

LA LEY 1438 DE 2011 tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y propone un modelo de prestación del servicio público en salud con una estrategia de acción en la Atención Primaria en Salud coordinada por el Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean el bienestar y una mejor calidad de vida de los residentes en el país.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Profesiones Sanitarias

Art. 6: Son, también, profesionales sanitarios de nivel Licenciado quienes se encuentren en posesión de un título oficial de especialista en Ciencias de la Salud establecido, conforme a lo previsto en el artículo 19.1 de esta Ley, para psicólogos, químicos, biólogos, bioquímicos u otros licenciados universitarios no incluidos en el número anterior.

Estos profesionales desarrollarán las funciones que correspondan a su respectiva titulación, dentro del marco general establecido en el artículo 16.3 de esta Ley.

Los psicólogos que desarrollen su actividad en centros, establecimientos y Servicios del Sistema Nacional de Salud, o concertados con él, para hacer efectivas las prestaciones sanitarias derivadas de la cartera de servicios comunes del mismo que correspondan a dichos profesionales, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la especializada, deberán estar en posesión del título oficial de Psicólogo.

Especialista en Psicología Clínica al que se refiere el apartado 3 del anexo I del Real

Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

## **2.8.MARCO TEORICO**

El trauma, en el ser humano, es la experiencia psicofisiológica extrema al presenciar o sufrir una amenaza vital, un daño o injuria severos, infligidos contra sí mismo o contra un congénere. Produce, como impacto psicológico, sentimientos de terror, indefensión, impotencia y desesperanza. Con frecuencia tiene consecuencias devastadoras a corto y largo plazo en la estabilidad y funcionalidad de las personas. Es una herida que deja cicatriz en la mente, produce alienación de la vida del individuo, altera el funcionamiento del cerebro, la estabilidad psicológica del individuo y el funcionamiento en todos los ámbitos. Como lo dicen Schauer, Neuner y Elbert “en el momento en el cual el dolor y el sufrimiento extremos son el propósito por el cual infringe el acto un hombre sobre otro, una brecha en la esencia humana ha ocurrido, destruye el núcleo que reside en el ser en los actos que suceden en un contexto social. El trauma aísla al sobreviviente, aliena su vida y congela el flujo de su propia biografía”.

Evolutivamente, contamos con estrategias y respuestas de ansiedad tipo “huida o lucha” para enfrentar situaciones amenazantes contra nuestra integridad, o para afrontar y adaptarnos a las dificultades y pérdidas que hacen parte de la vida. Sin embargo, no estamos preparados para soportar la violencia sistemática infligida por otro humano, derivada de conflictos políticos o sociales, o de actos brutales como la tortura, el abuso sexual o cualquier otro tipo de violencia criminal. Funcional: deficiencia en múltiples sistemas corporales, incluyendo áreas cerebrales relacionadas con funciones como la memoria y el aprendizaje.

- Comportamental: limitación y alteración en la actividad global del individuo.
- Relacional: restricción de la participación en la vida personal, familiar, laboral y comunitaria.

El trauma deja afectación o daño, según la Clasificación Internacional de Funcionalidad De la OMS, en las tres dimensiones de discapacidad:

Las consecuencias psicosociales del trauma además hacen más vulnerable al individuo a la revictimización, es decir, a volver a ser víctima o a convertirse por primera vez en agente de violencia. Esta es una razón más, aparte de la atención a las víctimas, que justifica el desarrollo de programas de atención psicosocial estructurados dentro del sistema de salud y

soportados además por agentes estatales y no estatales, en pos de una solución a la espiral de violencia que países como Colombia han sufrido durante años.

#### ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Colombia es un país en conflicto desde hace muchos años. Es el país con más víctimas de minas antipersonales en los últimos años. En el periodo 1990 – 2012, según el Programa Presidencial de Acción Contra Minas, se registraron un total de 9.933 víctimas de minas 701 Guías en Situaciones de Conflicto y municiones sin explotar. De éstas, el 38% (3.765) son civiles y el 62% (6.168) miembros de la Fuerza Pública.

La gran mayoría de las víctimas civiles son campesinos que viven bajo la línea de pobreza, más de la mitad son adultos en edad productiva y una tercera parte son mujeres y niños. La población desplazada es de 4.5 millones, el 10% de la población del país. Según la Organización Mundial de la Salud y la literatura mundial, se encuentra afectación psicosocial crónica entre el 30% y 50% de las víctimas de violencia en ámbitos de conflicto. La prevalencia del trastorno de estrés postraumático en poblaciones expuestas a múltiples eventos traumáticos en zonas de conflicto se encuentra entre un 50% a 90% en el curso de sus vidas.

En dos estudios del Programa de Atención y Proyección para Víctimas de Violencia, realizado por la Universidad de Antioquia, se encontró afectación principalmente depresión, trastornos de ansiedad y de estrés postraumático en más del 70% de 250 víctimas de minas antipersonal en 5 municipios del Oriente Antioqueño. En el otro estudio realizado en población desplazada de la Unidad de Atención y Orientación del Municipio de Medellín, con víctimas de minas y de otras formas de violencia, se encontró una prevalencia de afectación de estrés postraumático, trastorno depresivo, trastornos de ansiedad y otras formas de afectación psicosocial, de entre el 60 y 80% de las víctimas.

La misma investigación arrojó la necesidad sentida de atención, reclamada por las mismas víctimas.

Los factores psicosociales que aumentan la vulnerabilidad al trauma dependen de:

- Características del evento: las emergencias complejas como los conflictos armados y las catástrofes, los eventos generados por el hombre, la exposición prolongada, los eventos que generan un efecto colectivo que rompe la trama social y los que se dan en grupos de poblaciones vulnerables y en sociedades desestructuradas.

- Características de las víctimas: Los niños, adolescentes y ancianos tienen menos defensas contra la adversidad y son dependientes de apoyo externo. Las mujeres generalmente están en condiciones sociales más adversas y con mayores riesgos de salud, además tienen la responsabilidad de cuidado de los otros. Las personas con enfermedad, o trastorno mental o físico, o que se encuentran bajo otras situaciones traumáticas, actuales o previas, tienen menos defensas psicológicas frente al trauma.
- Respuesta individual: Todos estos factores psicológicos, biológicos, sociales y del desarrollo, sumados al tipo y la magnitud de violencia sufrida, hacen a las personas más o menos propensas a desarrollar una patología traumática.

Esta realidad nos muestra de manera contundente que las consecuencias psicosociales de las víctimas del conflicto armado en Colombia son un problema prioritario de salud pública, de mayor magnitud que en otras poblaciones victimizadas, que amerita estrategias de atención en todos los niveles.

## CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DEL TRAUMA

### Respuesta general

La respuesta normal y adaptativa ante una amenaza o trauma extremo va desde el miedo y la tensión emocional hasta una reacción generalizada de ansiedad aguda y pánico.

Frente a una agresión directa y manifiesta, generalmente respondemos con temor, con algún grado de alteración de la conciencia entre la hiperalertización o la obnubilación; un miedo paralizante, terror o agitación desordenada, anestesia sensorial o dolor extremo.

Posteriormente se pueden mantener sentimientos de ansiedad, temor, terror, indefensión, labilidad emocional, tristeza, rabia, culpa, irritabilidad y violencia; además de sentimientos de soledad y aislamiento. Luego pueden aparecer y perpetuarse trastornos de comportamiento y conductas agresivas y violentas o autodestructivas, con ideación o actos suicidas, o abuso de alcohol y drogas.

Los trastornos psiquiátricos más comunes asociados al trauma son el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático, la depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos psicósomáticos en varios órganos y sistemas.

Todo esto produce un impacto psicosocial severo en los niveles individual, familiar, laboral y social. Al afectar a miembros de una misma comunidad genera desintegración de la trama social con graves consecuencias sociales.

La atención psicosocial puede entenderse como un proceso de acompañamiento individual, familiar o comunitario, orientado a hacer frente a las consecuencias de un impacto traumático y a promover el bienestar, el apoyo emocional y social de las personas, estimulando su adaptación y el desarrollo de sus capacidades.

Uno de los principales objetivos es la recuperación de la salud mental, concepto que abarca el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia y autonomía, la competencia y la autorrealización de las propias capacidades y el carácter básico de las relaciones humanas. Igualmente, incluye los aspectos económicos y de seguridad básica.

La atención en tal caso debe reconocer el vínculo entre el impacto individual y la perspectiva social. Por ello, su objeto no sólo es el individuo, sino su dimensión familiar y sus redes sociales.

La Atención Básica Biopsicosocial dirige sus esfuerzos a la asistencia integral de los procesos de salud general y en este caso a la salud mental. Son estos la promoción, prevención, atención y rehabilitación.

En este orden de ideas la Atención Básica Biopsicosocial cumple con la siguiente trayectoria:

- ) Las acciones de promoción y prevención en comunidades o grupos poblacionales en riesgo, así como la prevención de la re victimización.
- ) El acompañamiento y soporte de la salud mental de la víctima y su familia en las primeras etapas del accidente: Prehospitalaria y de urgencia (objetivo de esta guía).
- ) La evaluación e intervención clínica focalizada en el impacto psicológico y las consecuencias psicopatológicas en la víctima y su familia.
- ) El proceso continuo de rehabilitación para la recuperación y mitigación de los daños producidos en la salud mental (rehabilitación biopsicosocial).
- ) Las acciones tendientes a la integración con la dimensión de reintegración psicosocial y socio laboral de la víctima.

Existen otras áreas dentro de la dimensión psicosocial y su atención y rehabilitación que se complementan y suplementan con la Atención Básica Psicosocial. Desde la perspectiva centrada en los efectos psicológicos y psicopatológicos del trauma, la cual ante su magnitud debe ser prioritaria para que la persona y la familia puedan acceder con libertad y salud mental a otras áreas psicosociales, como la educación en derechos, los programas de reparación a las víctimas y la conformación de asociaciones de víctimas. Para una adecuada

articulación con las demás dimensiones de la rehabilitación integral, es decir la funcional y el socio laboral.

Esta guía es una orientación para el personal prehospitalario ya que después de algunos años vemos la necesidad de una guía para el apoyo psicosocial ya que se tiene en cuenta que el ser humano es integrado y que para estar bien físicamente se necesita estar bien interiormente.

Al consultar se puede ver que existen este tipo de guías para los pacientes intrahospitalarios, aunque esté ligado con el bienestar de las personas, se necesita una para los pacientes prehospitalarios, porque estos dos son escenarios diferentes.

En el momento de arribar a una escena no solo se debe satisfacer las necesidades físicas del paciente sino también aquella situación mental y emocional que se encuentra afectada por el shock que un trauma produce, al tener la habilidad de hablar y tratar al paciente de una manera adecuada en ese momento nos podrá asegurar la pronta recuperación en la parte física, a la vez que sus familiares van a tener más confianza y estarán más tranquilo, dejando que el personal pueda concentrarse mejor.

Hoy en día tenemos como ventaja los grandes avances de los estudios psicosociales. El modelo vitamínico (Warr, 1987) asume que la salud psicológica es un concepto multidimensional y complejo, identifica una serie de hipotéticos determinantes ambientales de la salud mental, y establece el modo en que esos determinantes influyen sobre dicha salud (Lloret y González-Roma, 1994).

A continuación debemos saber que en un evento traumático ya sea un accidente, desastre o catástrofe, no solo se debe velar por el bienestar de la salud física, sino también de la salud mental, es decir aquel estado sujeto a fluctuaciones, derivados de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como el formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que pueden producirse en su ambiente físico y social. (Ruiz y García, 2010).

La salud mental tiene ciertas características, las cuales Jiménez (2007) hace mención y son:

- )] Están satisfechas consigo mismas. No están abrumadas por las propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones).
- )] Pueden aceptar sin alterarse dramáticamente las decepciones de la vida. Tienen una actitud tolerante y relajada respecto a la propia persona y a los demás. Son

- ) capaces de reírse de sí mismas. No llegan a tener sentimientos negativos hacia otras personas.
- ) No viven en el pasado. viven el aquí y el ahora, no piensan ni viven en el recordatorio del pasado, sino están satisfechas con lo que hacen.
- ) Se sienten bien con los demás. Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás. Las relaciones personales son satisfactorias y duraderas.
- ) Son capaces de confiar en los demás y están abiertas experiencialmente a que los otros confían en ellas. Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- ) Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta. Aceptan las responsabilidades que poseen ante los problemas que se presentan. Modifican el ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario. Planifican el presente de cara al futuro, al que enfrentan, en vez de evadirlo, a pesar del posible temor que puedan sentir.
- ) Apertura a la experiencia. A los sentimientos positivos no están a la defensiva y no necesitan negar o distorsionar las experiencias.
- ) Viven cada momento de manera plena y rica. Cada experiencia es fresca y nueva en potencia. No necesitan estructuras preconcebidas para interpretar cada suceso rígidamente son flexibles y espontáneas.
- ) Confían en el propio organismo. Es decir, confían en las propias reacciones el lugar de siempre guiarse por las opiniones de otros o por juicios intelectuales (separados de las necesidades afectivas). Son personas auténticas o satisfechas de sí mismas.
- ) Poseen un sentido de libertad para hacer elecciones sin restricciones o inhibiciones forzadas. Esto produce una sensación de poder, porque saben que su futuro depende de sus propias acciones y no está totalmente determinado por las circunstancias presentes, los sucesos pasados o por otras personas.
- ) Asumen responsabilidad por decisiones y conductas.
- ) Son personas creativas, y viven de manera constructiva y adaptativa conforme cambian las condiciones ambientales. La espontaneidad y la flexibilidad son características aliadas de la creatividad.

- ) Espontaneidad y viveza del afecto. Reflejan la capacidad de experimentar la amplia gama de emociones humanas y de poder (o permitirse) sentir las profundamente si es necesario, de acuerdo al proyecto de vida auto escogido.
- ) Poseen una gran capacidad de identificación de los propios sentimientos, deseos, necesidades y pensamientos.
- ) Valoración positiva de ellos mismos. Internalización de derecho a sentirse bien consigo misma al conseguir las cosas, del derecho a sentirse orgullosa y a valorar lo que se hace.
- ) Autoafirmación. Poseen una convicción interna de que está bien expresar los propios sentimientos, necesidades y opiniones cuando sea necesario, así como defenderse cuando estos han sido heridos por otros. También se trata de la capacidad y la disposición para llevar las propias convicciones a terreno de la acción.
- ) Intimidad. Tienen la amplia capacidad de expresarse de forma abierta y honesta con alguien a quien se quiere, lo que implica compartir la ternura, la necesidad o el dolor emocional.

Compromiso. Poseen la capacidad y la disposición para perseverar en los momentos difíciles.

- ) Manejan una integración de todos los elementos. integran el organismo, psiquismo, impulsos, emociones, afectividad, sexualidad, inteligencia, valores, principios éticos, toma de decisiones, entre otras cosas. Además tienen cierta congruencia entre el y/o real, la autoimagen, el yo-ideal y los distintos aspectos del yo-social, este último debe mostrar un grado aceptable de autenticidad.

Al conocer las características que tienen las personas que gozan de salud mental podemos afirmar que en un evento postraumático se ve en gran manera afectada la salud mental, ya que se pierden muchas de las características anteriormente mencionadas, como por ejemplo:

- ) Se encuentran abrumadas, confundidas y con sentimientos encontrados.
- ) No están capacitados para tomar decisiones por ellos mismos.
- ) No tienen capacidad de resiliencia ante las adversidades.
- ) No se pueden expresar con facilidad.
- ) No confían, ni siquiera en aquel personal capacitado para apoyarlos en ese momento trágico.

Es allí donde entra a actuar esta guía que permite el adecuado apoyo psicosocial para aquellos pacientes que se encuentran en estas situación, ganándose principalmente su confianza y orientarlos a que puedan aceptar y tomar de la mejor manera posible el trauma. La aproximación convencional a la psicología del trauma se ha focalizado exclusivamente en los efectos negativos del suceso en la persona que lo experimenta, concretamente, en el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT) o sintomatología asociada. Las reacciones patológicas son consideradas como la forma normal de responder ante sucesos traumáticos; más aún, se ha estigmatizado a aquellas personas que no mostraban estas reacciones, asumiendo que dichos individuos sufrían de raras y disfuncionales patologías (Bonanno, 2004). Sin embargo, la realidad demuestra que, si bien algunas personas que experimentan situaciones traumáticas llegan a desarrollar trastornos, en la mayoría de los casos esto no es así, y algunas incluso son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias.

En el campo de la salud mental, es habitual la presencia de ideas esquemáticas sobre la respuesta del ser humano ante la adversidad (Avía y Vázquez, 1999), ideas preconcebidas acerca de cómo reaccionan las personas ante determinadas situaciones, basadas generalmente en prejuicios y estereotipos y no en hechos y datos comprobados. Ejemplo de ello es la creencia ampliamente arraigada en la cultura occidental de que la depresión y la desesperación intensa son inevitables ante la muerte de seres queridos, o que la ausencia de sufrimiento ante una pérdida indica negación, evitación y patología.

Estas ideas han llevado a asumir que existe una respuesta unidimensional y de escasa variabilidad en las personas que sufren pérdidas o experimentan sucesos traumáticos (Bonanno, 2004) y a ignorar las diferencias individuales en la respuesta a situaciones estresantes (Everstine y Everstine, 1993; Peñacoba y Moreno, 1998).

Un estudio pionero de Wortman y Silver (1989) recopila datos empíricos que demuestran que tales suposiciones no son correctas: la mayoría de la gente que sufre una pérdida irreparable no se deprime, las reacciones intensas de duelo y sufrimiento no son inevitables y su ausencia no significa necesariamente que exista o vaya a existir un trastorno. Y es que las personas suelen resistir con insospechada fortaleza los embates de la vida, e incluso ante sucesos extremos hay un elevado porcentaje de personas que muestra una gran resistencia y

que sale psicológicamente indemne o con daños mínimos del trance (Avía y Vázquez, 1998; Bonanno, 2004).

Estos últimos párrafos nos sirven como bases para estar convencidos que hay una parte del aspecto psicosocial el cual nos sirve como apoyo para decir que con adecuado manejo integral del paciente y una intervención debidamente brindada podemos lograr una reacción positiva de parte de los pacientes hacia esta adversidad y así conseguir una mejor y pronta recuperación tanto de la parte mental como física.

Por otra parte podemos revisar cómo nace y se realiza una adecuada intervención psicosocial. Según Bueno (2005 pág. 22) el surgimiento de lo Psicosocial también fue influenciado por tres circunstancias. La primera, dada por la apertura hacia el cambio social, propia de esta orientación, la cual está constantemente estudiando la forma en que los cambios sociales acelerados influyen en la interacción entre el sujeto y su medio social concreto; la segunda, es la demanda efectuada desde un enfoque Psicosocial para aplicar desde su particularidad sobre las manifestaciones sociales que desbordan un análisis solo desde lo psicológico o lo sociológico, por ejemplo algunos estudios sobre género; y tercera, el hecho de que las actuales Intervenciones realizadas conlleva la consolidación de estructuras estables de intervención en las que participan diferentes profesionales como educadores, psicólogos, trabajadores sociales, ingenieros, personal de salud, etc., que aportan desde sus especificidades ya sea en la investigación o la intervención.

Cuando hacemos referencia a la Intervención, estamos hablando de una actividad dirigida a la solución de un problema práctico que abordamos con la ayuda imprescindible de una estructura conceptual (Blanco y Rodríguez, 2007 pág. 27). En este caso la solución al problema postraumático.

Los tratamientos psicosociales tienen en común el hecho de estar basados en diversas técnicas específicas de naturaleza psicológica, reconocidas por la comunidad científica y profesional. Partiendo de las manifestaciones psíquicas, físicas o interpersonales, estos tratamientos tienen como objetivo primordial reducir el sufrimiento, principalmente el debido a los trastornos mentales y promover cambios saludables. Los aspectos que se han de tener en cuenta en todas las modalidades terapéuticas son:

1. La relación con el paciente.
2. El papel activo por parte del personal prehospitalario.

3. La necesidad de poner unos límites claros en el encuadre como forma de evitar la interrupción prematura del tratamiento y el descontrol de impulsos.

4. La capacidad del personal para crear una atmósfera de calidez y empatía, así como para manejar sus propios sentimientos.

#### ASPECTOS DE COORDINACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- Establecer mecanismos de coordinación intersectorial con los servicios de salud y apoyo psicosocial, así como con las autoridades locales y agentes responsables de la atención integral a víctimas.
- Realizar diagnóstico de la situación en materia de salud mental y apoyo psicosocial, evaluar los recursos existentes en la comunidad y la situación poblaciones especiales y vulnerables.
- Identificar y movilizar a voluntarios y personal contratado que se adapten a la cultura local, así como hacer partícipe activa a la comunidad en los procesos de atención
- Proporcionar formación y capacitación en salud mental y apoyo psicosocial a los trabajadores de ayuda humanitaria y a la comunidad.
- Velar por el cumplimiento de los códigos de conducta y de las guías de ética para personal.
- Prevenir y atender los problemas de salud mental y bienestar psicosocial en el personal y los voluntarios.
- Iniciar sistemas y procesos participativos de seguimiento y evaluación.
- Preparar a los equipos para acceder con seguridad y recursos adecuados al rescate y aseguramiento de las víctimas.

#### PRIMEROS AUXILIOS PSICOSOCIALES

Son el conjunto de acciones y estrategias que buscan lograr la atención y estabilización psicológica y emocional durante la atención inicial Prehospitalaria del rescate y traslado al sitio primario de atención u hospital. Son realizados por el Equipo Local de Atención Psicosocial, entrenado y capacitado dentro de un amplio rango, que como se indicó puede ir desde técnicos, tecnólogos o profesionales o personal no especializado de la comunidad, de las autoridades responsables y de organizaciones humanitarias, de acuerdo con los recursos disponibles en la comunidad.

#### REACCIONES POSTRAUMÁTICAS INMEDIATAS

Es importante reconocer que las reacciones de las personas ante un evento traumático son respuestas normales ante situaciones que son anormales en sí mismas. Cada persona

reaccionará de una forma distinta frente a un evento traumático y su respuesta dependerá de factores como la red de apoyo con que cuente la persona, las experiencias positivas o negativas que haya tenido frente a otras situaciones traumáticas o estresantes, su constitución psicobiológica, las características de su personalidad y las estrategias de afrontamiento. De todos modos existen ciertas reacciones psicológicas comunes:

- Reacción extrema de pánico con toda la constelación de síntomas de ansiedad, temor, terror, desesperación, llanto incontrolable u otras expresiones emocionales extremas. Van acompañados de los síntomas somáticos secundarios a la activación simpática y adrenal, con mareos, temblor, sudoración, palpitaciones, sensación de falta de aire, náuseas o vómito, urgencia gastrointestinal o urinaria, entre muchos otros. Esta reacción hace parte del intento infructuoso de la respuesta ansiosa de huida o lucha por lo cual puede desencadenar respuestas más mal adaptativas, como las siguientes:
- Agitación psicomotora con deseos de huir (salir corriendo) o de luchar (tornarse agresivo con los demás o consigo mismo).
- Bloqueo psicomotor con “congelamiento o parálisis “con los síntomas de la Reacción de Estrés Agudo, tales como embotamiento, inadecuación y falta de respuesta emocional (frialidad, risas); alteraciones de conciencia (obnubilación, desrealización o despersonalización, disociación con actitudes bizarras) y amnesia.
- Reacción de agitación extrema, la cual puede acompañarse de severa disociación de la conciencia o de un episodio psicótico reactivo.

#### ELEMENTOS BÁSICOS PARA LA ATENCIÓN EN FASE DE RESCATE Y TRASLADO

- Brindar seguridad y confianza a la víctima con respecto al riesgo de nuevos eventos, a su integridad y la de los suyos.
- Asegurar y expresar el acompañamiento profesional constante, necesario para todas las consecuencias funcionales y psicosociales del trauma del que acaba de ser víctima.
- Dar información y orientación de manera constante y persistente.
- En lo posible no separar a la víctima de su familia, su red social y su comunidad.
- Mantener a la víctima informada del estado de los suyos y de su comunidad, con mensajes lo más tranquilizadores posibles.

#### 2.8.1. Manejo psicosocial en intervención en crisis

La experiencia muestra que existe un grupo de premisas básicas que es necesario tener en cuenta cuando el personal de atención de emergencias se enfrenta a una situación particular.

Algunas de las más importantes son las siguientes:

Todo el que ha visto un desastre queda afectado por este.

- ) Hay dos tipos de trauma en los desastres: individual y comunitario.
- ) La mayoría de las personas logran funcionar de manera más o menos adecuada durante y después de un desastre.
- ) El estrés en los desastres y las reacciones de duelo son respuestas normales a una situación anormal.
- ) Muchas de las reacciones emocionales de los sobrevivientes se derivan de problemas de supervivencia provocados por el desastre.
- ) La mayoría de las personas no son conscientes de que necesitan atención en salud mental después del desastre y no buscan estos servicios.
- ) Los sobrevivientes pueden rechazar todo tipo de ayuda.
- ) La ayuda en salud mental en desastres a menudo debe ser más de tipo práctico que de naturaleza psicológica.
- ) Los servicios de salud mental en desastres deben ser diseñados específicamente para las necesidades de las comunidades afectadas.
- ) Los trabajadores de salud mental deben dejar de lado los métodos utilizados en la formación clínica tradicional, evitar el uso de etiquetas (diagnósticos) de salud mental y mantener una actitud proactiva para intervenir con éxito en casos de desastre.
- ) Las intervenciones deben ser adecuadas para la fase del desastre.
- ) Las redes de apoyo social son cruciales para la recuperación.

La mayoría de las personas que están haciendo frente a las consecuencias de un desastre asumen las típicas reacciones de alguien que está luchando con las dificultades y las pérdidas causadas por el desastre y no se ve con necesidad de atención en salud mental; por lo tanto, es poco probable que la soliciten. Por este motivo, los trabajadores de la salud mental en situaciones de desastre deben buscar de manera activa a los sobrevivientes para ofrecerles ayuda. Por otra parte, los sobrevivientes a menudo reaccionan de manera positiva a invitaciones como “hablar del estrés del desastre” y no a aquellas que ofrecen “ayuda psicológica” o “atención en salud mental”. Para llegar a los sobrevivientes se requiere

priorizar estrategias de tipo comunitario. Poco después del desastre, la comunidad generalmente se reúne en sitios de distribución de alimentos, albergues, sitios donde se efectúan reuniones informativas, etc. Recordemos que los sobrevivientes responden a una preocupación genuina, a un oído atento o a la ayuda con la solución inmediata a problemas cotidianos. La atención de salud mental en desastres debe adecuarse a la comunidad afectada. Esto significa que los trabajadores de salud mental sean culturalmente sensibles, proporcionen información en el lenguaje de la comunidad y trabajen hombro a hombro con los demás trabajadores de salud y las organizaciones y los líderes comunitarios. En lo posible, es importante disponer de folletos e información sobre “reacciones de estrés normales en casos de desastre” y “cómo afrontar el estrés en situaciones de desastre”.

#### INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL: PARTE DE LA RESPUESTA INTEGRAL EN LAS EMERGENCIAS Y LOS DESASTRES.

La recuperación de la salud mental es un área de especial interés para las instituciones encargadas de brindar ayuda simultáneamente con otras actividades como la coordinación, el diagnóstico y la evaluación, la protección social y de derechos humanos, la educación, la difusión de información, la seguridad alimentaria y nutricional, la educación, la organización y el apoyo a la comunidad, la provisión de albergues, el abastecimiento de agua y saneamiento, la reparación de casas y edificios y la reconstrucción de infraestructura vial y comunitaria. Los equipos de salud y las personas de la comunidad solicitan cada vez mayor atención en los aspectos de salud mental antes, durante y después de las emergencias y los desastres, y los profesionales están más conscientes de la necesidad de ofrecer consejería, gestión de caso y consulta en este campo.

#### 2.8.2 Manejo de paciente suicida

Toda persona con un comportamiento, determinado o no, de autoagresión potencialmente lesivo y autoinflingido con intencionalidad y conocimiento de lo que se realiza. En la conducta suicida hay evidencia implícita o explícita de un deseo aparente o intención de morir con alguna finalidad. La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas con diferente gravedad, e incluso, producir la muerte.

Para Jung el suicidio destruye la armonía entre el consciente y el inconsciente y es derivado de los impulsos reprimidos. Para Menninger el suicidio es el resultado de una rabia homicida

dirigida contra uno mismo (homicidio invertido) considerado como un mecanismo de autocastigo derivado de la culpa, considera que en todo suicida se encuentran implícitos 3 deseos: deseos de matar, deseo de ser matado y deseos de morir. Zilboorg por su parte retoma el punto de vista freudiano y lo desarrolla, considerando el suicidio no sólo como una fuerte hostilidad inconsciente, sino también como una incapacidad poco común de amar a otros. Por su parte, Beck, Kovacs, Weissman y otros cognitivistas, descubrieron que la desesperanza está más ligada al suicidio consumado que a la experiencia subjetiva de la depresión. Ellos han definido el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida, y que da como resultado la muerte, incluyendo todas las circunstancias que rodean el fallecimiento. El modelo teórico de la técnica cognitiva parte del sustento básico de que las personas con conducta suicida suelen padecer psicopatologías no por la situación en sí, sino por la interpretación que suelen hacer de estas. Para este modelo la conducta suicida es una expresión extrema del deseo de escape de lo que parece ser un problema irresoluble o una situación insoportable y se deriva de tres componentes de la triada cognitiva: yo defectuoso, un mundo agresivo y despiadado, y un futuro desolador y desesperanzador. A lo anterior se agregan ciertos errores cognitivos dominantes y unas estructuras cognitivas relativamente estables denominadas esquemas disfuncionales activos.

### **2.8.3. Manejo de paciente violento**

Abordar al paciente violento genera dificultades en el personal de salud, relacionadas con la falta de entrenamiento durante su periodo de formación en las habilidades necesarias para lograr un control adecuado de la situación, sin exponerse al riesgo de salir lesionado o de realizar alguna práctica inadecuada que genere un riesgo médico-legal.

Mediante un adecuado conocimiento de las mejores acciones frente a este tipo de pacientes, y teniendo en mente la necesidad de trabajar en equipo en busca de la seguridad propia y de las otras personas presentes en el servicio de urgencia, se puede lograr un abordaje inicial adecuado que, incluso, evite llegar a medidas restrictivas innecesarias que ponen en riesgo al paciente.

#### **2.8.3.1 Paciente toxicómano**

Todo paciente intoxicado debe ser evaluado y tratado individualmente, ya que los síntomas de toxicidad y respuesta al tratamiento varían de una persona a otra. Como en toda situación de urgencia el éxito en la atención de un paciente intoxicado, dependerá del rápido reconocimiento de sus problemas toxicológicos y de aquellas afecciones que ponen en peligro la supervivencia, para proceder de manera simultánea a restablecer las funciones vitales básicas, limitar la absorción del tóxico, administrar antagonistas o antídotos específicos y aumentar la eliminación del tóxico ya absorbido.

Todo tratamiento deber ir precedido de una rápida evaluación sistemática y exacta del estado del paciente. Ya que al igual que en otros casos de urgencia, los efectos indeseables de una intoxicación aguda pueden reducirse al mínimo mediante una pronta acción, solo después de una correcta valoración del caso. Aun así, pese a una asistencia adecuada y oportuna, muchas veces puede pasar inadvertido en un principio el diagnóstico de intoxicación, si el índice de sospecha no es lo suficientemente elevado. Se descarta entonces, que las afecciones obvias serán rápidamente tratadas, pero existe un porcentaje de ellas, no visibles y muchas veces rápidamente fatales, por su potencial gravedad o por pasar inadvertidas y sin tratamiento oportuno. Entonces, debemos tener en mente que si nuestro objetivo es prevenir muertes e incapacidades, es indispensable elevar nuestro índice de sospecha, ante la presencia de toda víctima, en búsqueda de signos y síntomas obvios de intoxicación y de aquellos factibles de estar presentes.

#### **2.8.3.2 Paciente psiquiátrico**

En los últimos años, se ha desarrollado una nueva orientación en la comprensión del tratamiento y la evolución de trastornos mentales graves como la esquizofrenia, representada en el concepto Recuperación (recovery). Se refiere al proceso de recuperación de la enfermedad, entendida como recuperación del funcionamiento autónomo y de integración comunitaria, y no sólo como la estabilización de síntomas. Por otra parte el concepto de recuperación hace también referencia a la capacitación del paciente sobre el manejo de la enfermedad y, en consecuencia, el papel del afectado en todo el proceso (empowerment). Ello exige a su vez, la reorientación de los sistemas de asistencia y la realización de esfuerzos por eliminar las barreras discriminatorias.

Muchos pacientes con esquizofrenia no están recibiendo la asistencia adecuada pues, a pesar de que existe evidencia científica de tratamientos psicoterapéuticos e intervenciones psicosociales eficaces, la asistencia que reciben no reúne el conjunto de las diversas intervenciones que serían apropiadas para ellos. En la actualidad, están siendo notablemente infrautilizados tratamientos psicosociales de probada eficacia.

#### **2.8.4 Manejo de paciente discapacitado**

La terminología utilizada para referirse a las personas con algún tipo de discapacidad, ha ido variando y evolucionando a lo largo de la historia en forma paralela a las tecnologías de intervención aplicadas y a los procesos de interrelación humana generados socialmente. Podemos distinguir, en estas tres últimas décadas, dos grandes distinciones e intenciones de clasificación de la discapacidad:

Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), fuertemente mediatizada por el modelo médico hegemónico.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).

La CIDDDM fue estructurada sobre la base de un modelo médico, y terminó reduciéndose al asistencialismo, o a la rehabilitación con el formato de tratamiento individualizado. Fue elaborada en 1976 por la Organización Mundial de la Salud y publicada en 1980, constituyéndose en una valiosa herramienta para los profesionales e instituciones que trabajaban con personas con necesidades especiales. Funcionó como elemento de resistencia al encasillamiento y “etiquetación” simplista con que se estaba operando de manera deshumanizada con las personas con discapacidad. Su mayor aporte fue instalar una clara distinción entre: deficiencias, discapacidades y minusvalías (conceptos que más adelante pasaré a especificar), lo cual permitió dejar de sustantivar situaciones adjetivas: se dejó de hablar del “mogólico” o el “down”, para pasar a hacer referencia a “personas con síndrome de down”, terminología que no excluye su condición de persona. Pero a pesar de su utilidad, esta clasificación no pudo reflejar la importancia del entorno social y quedó plasmada como un modelo causal, unidireccional y reduccionista.

Así fue como el 22 de Mayo de 2001, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó por unanimidad la CIF, clasificación que fue aceptada por 191 países como el nuevo patrón internacional de descripción y dedición de la Salud y la Discapacidad. Fue elaborada en base

a los principios de integración psicosocial y las concepciones del desarrollo interaccionista entre el individuo y su entorno. Dio lugar a la resignificación de las discapacidades al situarse en un nuevo paradigma de la dialéctica identidad - entorno. Esto supone grandes desafíos para los sistemas sociales, que necesariamente deberán modificarse en función de la inclusión de personas con discapacidad.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, entiende por deficiencia toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo. La deficiencia supone un trastorno orgánico, el cual produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. Se puede hablar de deficiencias físicas, sensoriales, psíquicas o de relación.

La discapacidad es, según esta clasificación, una restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. La minusvalía es la situación desventajosa en la que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, el sexo, los factores sociales y las características propias de su cultura.

En la actualidad, y desde hace un cierto tiempo, el “Movimiento para los Derechos de las Personas con Discapacidad” está redefiniendo el concepto de discapacidad. Lo plantea como una falta de adecuación entre la persona y su entorno, más que como una consecuencia directa de la deficiencia de esa persona. “La discapacidad surge como resultado de una deficiencia que existe dentro de la sociedad, que es la que crea barreras que impiden la integración y dificultan el entendimiento (Declaración de Octubre de 1994).

Hoy se abre paso la idea de que la deficiencia de una persona produce discapacidad, y la interrelación entre ésta, las características individuales de la persona y los condicionantes del entorno pueden dar lugar o no, a una minusvalía. Las personas con discapacidad son personas íntegras con cuerpos desarmonizados y limitaciones en su desarrollo físico y/o psíquico, que luchan por encontrar su lugar en el mundo y mejorar su calidad de vida a través de experiencias reales y vivencias cotidianas. La discapacidad no es una característica propia

del sujeto, sino el resultado de su individualidad en relación con las exigencias que el medio le plantea.

En la dimensión psicológico-emocional del discapacitado se pone de manifiesto un aspecto relevante: la presencia de conductas desafiantes, destructivas y auto agresivas, muchas veces relacionadas con su imposibilidad de comunicarse y expresar sus sentimientos. Esta particularidad supone un reto significativo a las instituciones, servicios y profesionales a cargo, ya que es un elemento que obstaculiza y dificulta el logro de los objetivos que cada uno se propone alcanzar.

#### **2.8.5. Apoyo al apoyo**

En momentos de crisis es muy común que entre grupos de rescate se apoyen, entre los mismos se encontraran personas especializadas como psicólogos, psiquiatras, etc. cuando la dimensión del suceso es grande, los primeros respondientes también se pueden ver afectado así que tanto los que apoyen como los que se encuentran de equipo local deben tener en cuenta:

Entender el comportamiento humano en emergencias complejas como el conflicto armado, así como las respuestas psicológicas al duelo y pérdida.

- Comprender el concepto de trauma y sus consecuencias psicológicas y psicopatológicas en el individuo, la familia y la comunidad.
- Aprender a intervenir adecuadamente en poblaciones especiales y vulnerables como los niños, jóvenes, mujeres y ancianos.
- Conocer las consecuencias negativas del estrés en los individuos y equipos de trabajo; y adquirir las estrategias para su reconocimiento, prevención y manejo.
- Apropiarse de los conceptos de Atención Psicosocial, Salud Mental, Atención Prehospitalaria y Rehabilitación basada en la Comunidad.
- Desarrollar estrategias elementales en Primeros Auxilios Psicosociales.
- Adquirir los elementos básicos desde la psiquiatría, la psicología y la terapia de familia para la evaluación, uso de instrumentos clínicos de detección e intervención inicial de intervención en crisis individual, familiar y grupal; así como manejo psicofarmacológico para el Personal médico y paramédico.

- Lograr el conocimiento necesario para desarrollar programas comunitarios de promoción y prevención de la violencia y sus consecuencias.
- Conocer los criterios y rutas de interconsulta, referencia y contra referencia de casos de moderada y alta complejidad, dentro del Sistema General de Salud.
- Comprender los aspectos organizacionales de la atención integral a víctimas incluyendo los roles importantes, responsabilidades y recursos; los programas de las instituciones en los diferentes niveles de emergencia y los mecanismos para acceder a la víctimas con los recursos y servicios apropiados.

#### 2.8.6 Manejo en pacientes vulnerables

Grupo de personas que se encuentran en estado de desprotección o incapacidad frente a una amenaza a su condición psicológica, física y mental, entre otras. En el ámbito educativo este término hace referencia al grupo poblacional excluido tradicionalmente del sistema educativo por sus particularidades o por razones socioeconómicas.

El niño es un ser susceptible a todo lo que suceda a su alrededor, esto puede conformar una ventaja o una carga, dependiendo de lo que el mundo le ofrece.

Son muchos los factores que inciden en el desarrollo evolutivo de un niño, entre ellos, la familia cumple un papel muy importante proporcionando la protección necesaria para crecer: el soporte afectivo, el abastecimiento de recursos físicos, la seguridad, las posibilidades de aprender y de desarrollar habilidades sociales.

"Junto a la violencia estructural, la violencia psicológica provoca reacciones en la población, que adopta actitudes agresivas y defensivas en las relaciones interpersonales, repercutiendo en el aprendizaje espontáneo de los niños. Se señala que ocho de cada diez menores aceptan el castigo como algo natural, lo cual se debe al autoritarismo como forma de violencia)" (SALAZAR Y OAKLEY, 1993).

La adultez mayor es una etapa del desarrollo del ser humano que inicia a los 60 años y termina en el momento en el que la persona fallece, y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento (OMS, 2006). Sin embargo, es preciso decir que aunque en América latina hay acuerdos con relación a la perspectiva del adulto mayor, las concepciones de este varían de acuerdo con la cultura de cada país, el momento histórico, la clase socioeconómica o la raza (Aranibar, 2001). De esta manera los cambios a nivel

biológico en la adultez mayor son identificados como “fracasos normativos de adaptación que finalmente produce un declive en el organismo” (Colegio Oficial de Psicólogos, 2003), que lleva al origen y mantenimiento de un sinnúmero de patologías, entre ellas las más comunes son la hipertensión arterial y la diabetes (Duras Uribe-Rodríguez Molina, Barco & González, 2006). A nivel psicológico, la persona en esta etapa de desarrollo atraviesa por un proceso de reflexión y comienza a contemplar su vida como un conjunto, que lo lleva a evaluar la manera como ha vivido su vida (Rage, 1997; Uribe-Rodríguez, Buena-Casal, 2003). A nivel social algunos de los hechos que impactan la vida del adulto mayor se relacionan con el temor por la pérdida de los seres queridos, la jubilación y con ella la inclusión social, la falta de actividades físico-recreativas y la disminución de la interacción social (Gallar, 1998; Uribe-Rodríguez, Buena-Casal, 2003). De esta manera, teniendo en cuenta los cambios de esta etapa, en la actualidad se hace un llamado a los psicólogos para que desarrollen herramientas eficaces que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor en todas sus dimensiones, pues este profesional cuenta con los conocimientos teóricos y prácticos que le permiten abordar problemáticas de manera integral, trabajando conjuntamente con diversas disciplinas, como la gerontología, la medicina y la geriatría (Colegio Oficial de Psicólogos, 2003; Uribe-Rodríguez, Molina González, 2006).

En las referencias sobre superación de la pobreza a través de la estabilización socioeconómica y emocional de la población pobre extrema y desplazada, se ha propuesto la atención psicosocial como herramienta de fortalecimiento de las debilidades de tipo socioemocional en esta población.

Debido a que la política pública de Generación de Ingresos (GI) pretende mitigar las barreras de acceso y permanencia de la población vulnerable en el mercado laboral por medio del acceso y acumulación de activos, además de aumentar el potencial productivo de la población; razón por la que los efectos psicosociales, que generan tanto el desplazamiento forzado como la pobreza extrema, deben ser tenidos en cuenta al momento de diseñar los servicios institucionales que componen la ejecución de la política.

Es así como en el marco de la oferta programática de GI, y como respuesta a la solicitud de una atención integral desde el Estado, el enfoque psicosocial ha tomado importancia en el diseño de programas en la política pública. Sin embargo, los lineamientos generalizados

sobre esta clase de atención no son suficientemente claros para la adaptación sistemática a la oferta programática.

Finalmente el personal pre hospitalario debe estar capacitado y preparado para atender cada parte y fases traumáticas en los pacientes que ha se han encontrado en emergencias, urgencias y desastres. Algunas de estas fases son: periodo previo precritico, periodo crítico, periodo proscritico y periodo de recuperación.

Las intervenciones psicosociales engloban una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, reforzar su adaptación y funcionamiento familiar, social y formativo-laboral, así como a aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biográficas. También pueden favorecer el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa. Estas intervenciones pueden incidir en áreas como la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades sociales, y el funcionamiento social y laboral.

El marco asistencial que se ofrece a los pacientes debe cumplir una función terapéutica, es decir, debe estar orientado a fomentar el cambio en el funcionamiento mental, conductual y relacional, con el fin de promover la capacidad de vivir más saludablemente.

## **2.9.MARCO REFERENCIAL**

- ) Según estudio (Rev. EDUMECENTRO vol.6 no.3 Santa Clara sep.-dic. 2014) las guías didácticas en la educación superior adquieren cada vez mayor significación y funcionalidad; son un recurso del aprendizaje que optimiza el desarrollo del proceso enseñanza aprendizaje por su pertinencia al permitir la autonomía e independencia cognoscitiva del estudiante. Se expone la fundamentación teórica de su utilización a expensas de las teorías constructivistas y de la tarea docente como célula básica del proceso enseñanza aprendizaje.
- ) las guías panamericanas de la salud en intervención psicosocial para equipos de respuesta.
- ) Guías de apoyo psicosocial para emergencias y desastres de Nicaragua.

) guía de apoyo psicosocial en situaciones de desastre. psic. Graciela loarche, septiembre 2008 de Perú.

) El panorama internacional respecto a las intervenciones psicosociales en pacientes con esquizofrenias se remonta a la década de los 50, es cuando iniciaron este tipo de tratamiento, así como consecuencia del uso de medicamentos neurolépticos en 1952. Aunque Malm refiere que la existencia de los tratamientos psicológicos de hace 60 años, cuando los pacientes se encontraban reclusos en los hospitales psiquiátricos.

Los trabajos fueron los de Ayllon y Cols en estados unidos, los de Wing en Inglaterra destacados posteriormente como otros con diversos enfoques como el de la terapia sociales, la terapia de los roles, en el enfoque circo educativo el tratamiento psicosocial, integral, farmacológicos etc. En estos últimos 50 años la eficacia de estos tratamientos ha sido demostrada las publicaciones se han incrementado a tal grado que a partir de los 80 se han publicado revisiones, también se han hecho diversos meta-análisis, entre ellos el de Benton y Shroeder, que revisaron 27 estudios, el de Mojtabai y Cols, que revisaron en total de 200 tratamientos desde 1966 a 1994, incluyendo en su muestra final 141 investigaciones; y finalmente el de Huxley y Cols, quienes revisaron las publicaciones en los 20 años, de terapia psicosociales grupales, individuales y familiares.

) Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural.

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. (Cristian David Osorio Yepes y Victoria Eugenia Díaz Facio Lince).

) En el marco de las teorías psicológicas encontramos las psicoanalíticas y cognitivas. Entre los psicoanalistas hallamos a Freud quien describe el suicidio como el resultante de

la pulsión entre eros y thanatos, con predominio final de este último. El autor consideró que en el suicida existía una hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado.

- J) Según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009), en el año 2007 se realizaron 20.273 informes periciales sexológicos, 640 casos más que en el 2006, de los cuales el 84% fue en mujeres y el 16% en hombres. Por otra parte, el suicidio (situación ampliamente relacionada con la crisis), ha sido reconocido por la OMS como un problema de salud pública; el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009), señala que en el 2007 se realizaron 1.771 necropsias médico legales por probable suicidio consumado, 20 casos más que en el 2006 con una mayor tasa en hombres entre los 70 y 74 años. Así mismo, se reportaron 3.223 muertes accidentales y 6.303 lesiones accidentales, las cuales pudieron haber sido prevenidas.
- J) lo en los últimos cinco años se han presentado 3.690 secuestros (2004 a junio de 2008), según los datos proporcionados por País Libre (2009). De acuerdo con los datos suministrados por el Ministerio de Justicia desde 1990 un total de 7.451 personas han sido víctimas de minas antipersonales, de las cuales el 34% son civiles y el 10% son menores de edad. Paralelamente, el fenómeno de desmovilización ha producido un impacto social y una amplia necesidad de atención primaria, pues solo en el 2005 el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar atendió a 2.685 niños y adolescentes desvinculados de los grupos armados al margen de la ley en su Programa de Atención a Víctimas de la Violencia
- J) Marco teórico y herramientas de análisis de intervención psicosocial y desarrollo de habilidades blandas en el marco de la política pública de Generación de Ingresos para población en situación de pobreza extrema y desplazamiento.
- J) GUÍA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES. La Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres del Ministerio de la Protección Social es un aporte en esa dirección. El Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, y en especial, el Plan Nacional de Prevención y Atención de Desastres del Sector de la Protección Social, no tenían una guía que facilitara una respuesta adecuada en las emergencias y desastres en el componente de salud mental. Se hacía necesario disponer de una “caja de herramientas” con orientaciones, propuestas de

buenas prácticas, sugerencias de trabajo conjunto de cómo incluir el componente de salud mental en la atención de emergencias y desastres.

J) **PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA.** Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. Este es un libro que aborda el encuentro entre personas. Un encuentro muy concreto, entre seres humanos muy concretos. Trata de personas que sufren y personas dispuestas a ayudar porque han hecho de esta actividad su profesión. Se centra en la asistencia prestada y recibida en un escenario particular: el de la emergencia. Una asistencia que se traduce en acciones como salvar, rescatar, auxiliar, apoyar y en definitiva, facilitar que la persona afectada reciba la atención necesaria en esa situación. El libro constituye una herramienta de ayuda para profesionales de la emergencia (Técnicos en emergencia sanitaria, bomberos, socorristas, médicos y personal de enfermería de emergencia Prehospitalaria, rescatadores, policía, personal de Protección Civil, psicólogos emergencias, etc.). A través de un formato didáctico se facilita el aprendizaje de habilidades psicológicas que ayudan al profesional en el desempeño de su intenso trabajo. El libro proporciona orientaciones útiles para la gestión de dinámicas y situaciones críticas que el/la profesional de la emergencia ha de enfrentar con relativa frecuencia al asistir a los-as afectados-as. En los diferentes capítulos, se describen habilidades psicológicas y habilidades de comunicación para hacerlas frente, así como el empleo de pautas y procedimientos de interacción eficaz, con las personas objeto de ayuda.

J) **GUIAS MEDICAS DE ATENCION PREHOSPITALARIA.** Las Guías de Práctica Clínica son revisiones y pronunciamientos desarrollados en forma sistemática con el propósito de facilitar y racionalizar la toma de decisiones para la más adecuada atención de un importante grupo de condiciones clínicas. Estas guías resultan válidas en la medida que su uso conduzca a una mejor calidad en la atención y la aplicación más racionales de los recursos disponibles. El Ministerio de Salud y Protección Social como parte de sus programas de fortalecimiento institucional, ha publicado con estas dos ediciones de las denominadas Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria, incluyendo en esta versión un total de cincuenta y cinco guías para ser implementadas en el ámbito prehospitalario. Dado la importancia del tema y el continuo reclamo de este tipo de material, se determinó realizar la presente edición de las Guías Básicas de Atención

Médica Prehospitalaria, profundizando el trabajo iniciado con las Guías de Manejo de Urgencias. Estas guías representan un aporte importante en el cumplimiento del propósito de disponer de lineamientos basados en la mejor evidencia posible y mejorar la calidad de la atención de estos servicios en Colombia. Las Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria no son “camisas de fuerza” que limiten o desconozcan la autonomía intelectual de las instituciones y de los profesionales de la salud. Deben ser consideradas como sugerencias en concordancia con una conducta institucional adoptada por consenso y de acuerdo con los recursos existentes. Se reconoce que en el país existen diferentes niveles de capacidad tecnológica y por lo tanto, los profesionales de la salud y las instituciones del sector, deberán ejercer su buen criterio para determinar el alcance del manejo de una entidad clínica específica en el ámbito prehospitalario, teniendo en cuenta para ellos los recursos humanos y técnicos disponibles. Las guías fueron elaboradas por profesionales expertos en el manejo prehospitalario, provenientes de diferentes centros académicos y grupos de atención Prehospitalaria, bajo la dirección de un equipo académico liderado por profesionales vinculados con el Centro de Simulación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. El Ministerio de Salud y Protección Social confía que esta segunda edición de las Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria, sea de utilidad para todos los actores del sistema involucrados en esta sensible temática.

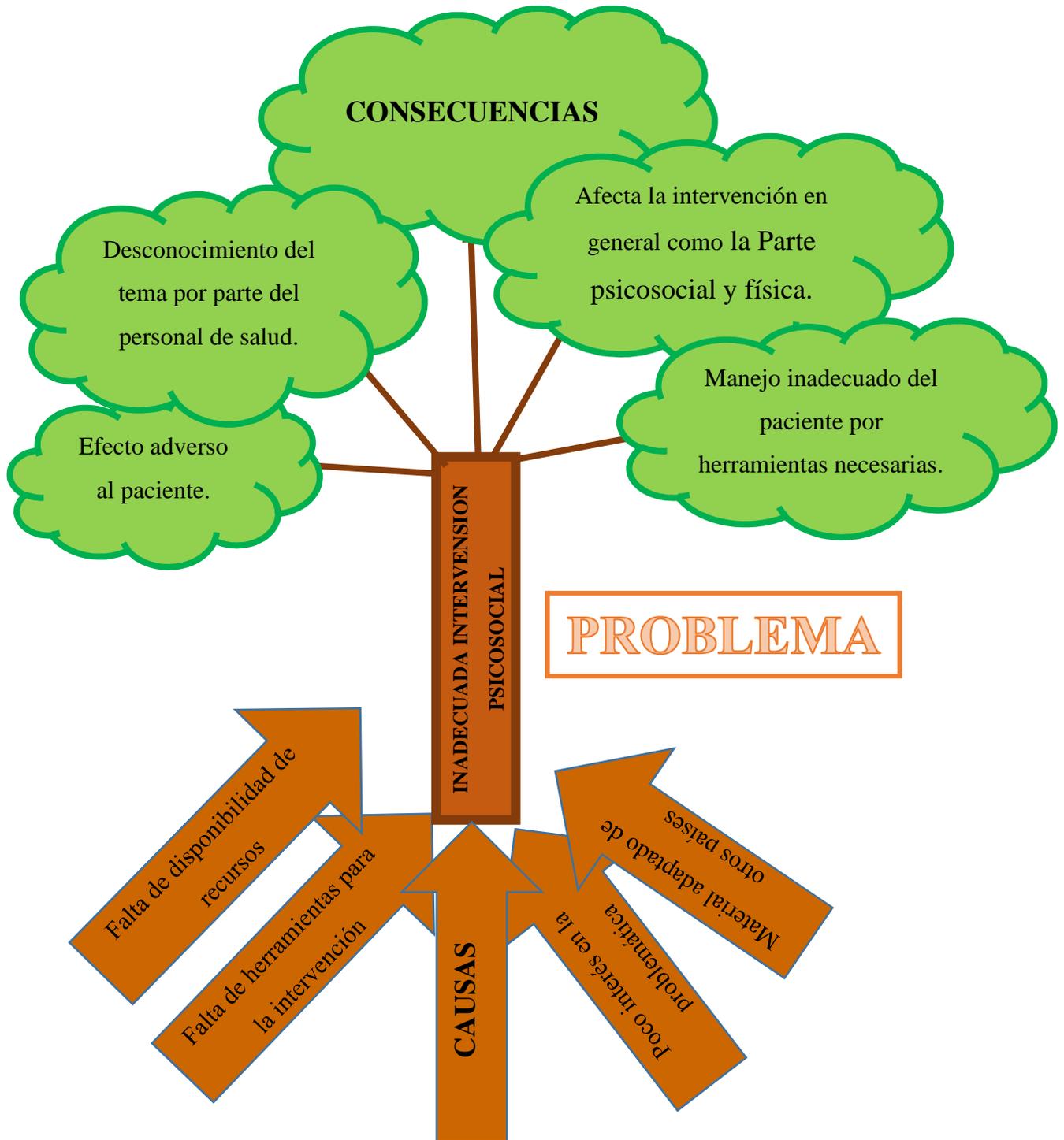
- J) **GUIAS CLINICAS PARA LA ATENCION DE TRASTORNOS MENTALES.** Las 12 Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales que conforman esta colección tienen como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones prácticas para abordar la detección y el tratamiento efectivo de estos trastornos, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso. El conjunto de Guías Clínicas es el fruto del trabajo realizado por un grupo conformado por investigadores y clínicos especializados en diversas áreas de la salud mental a quienes agradecemos su compromiso y su interés por contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad de vida de los pacientes, así como de su entorno familiar y social.
- J) **ABORDAJE CLÍNICO DEL PACIENTE VIOLENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA.** El paciente violento es aquél que con su comportamiento puede hacer daño a otros, a sí mismo o al entorno físico. Con la presente revisión se pretende hacer una aproximación

clínica a este tipo de paciente, que otorgue herramientas útiles al equipo de salud de atención primaria a la hora de enfrentarse a esta difícil situación, recordando cuáles serían las mejores acciones por parte del personal de salud para disminuir el riesgo de lesiones y de demandas médico-legales.

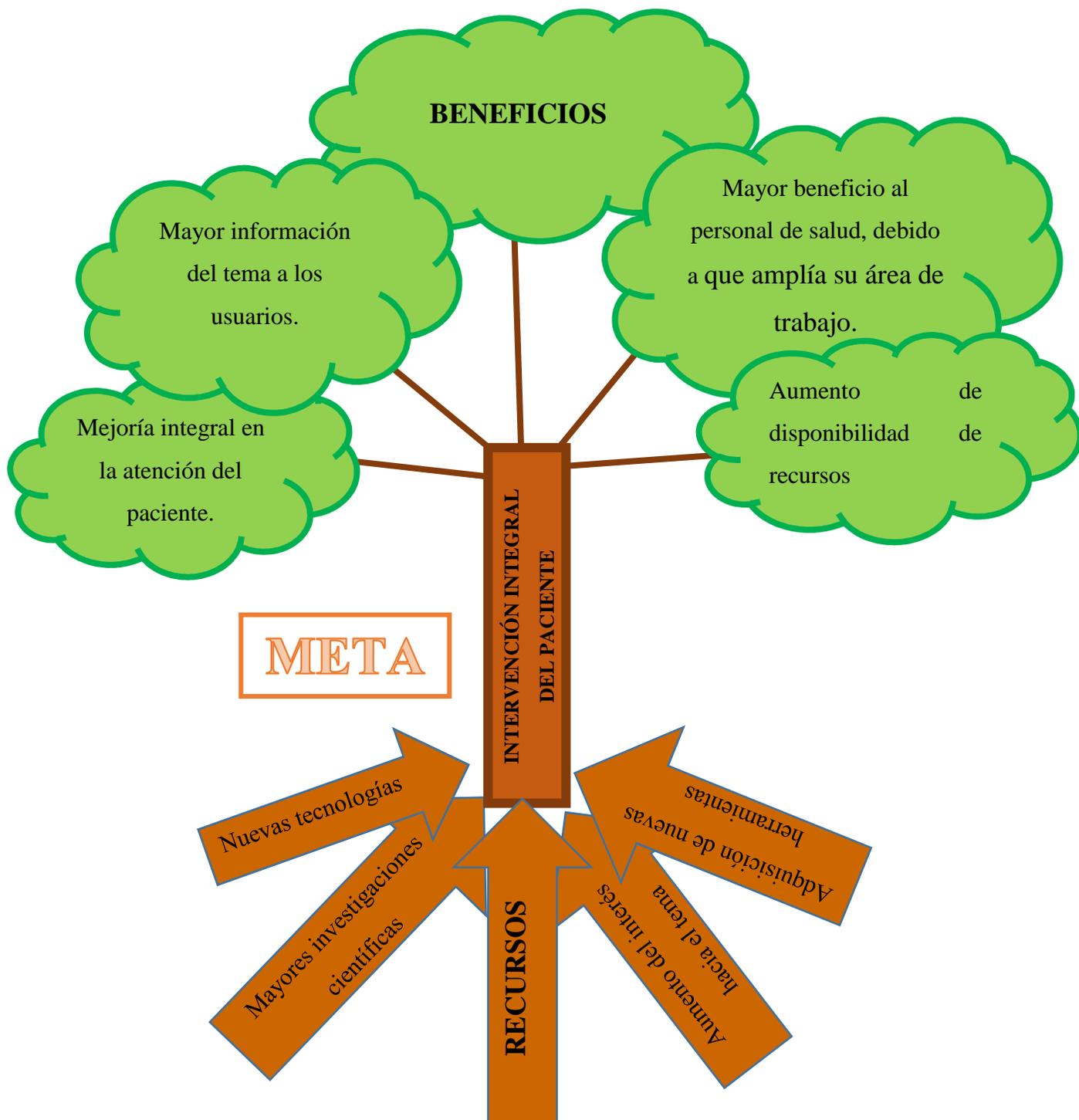
J) INTERVENCIONES PSICOSOCIALES. Este manual ha sido preparado por el Centro de Referencia para el Apoyo Psicosocial de la Federación Internacional (el Centro de AS), y refleja el papel cada vez más activo que juega el Movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja en las respuestas psicosociales. Su desarrollo es el resultado de la recopilación de lecciones aprendidas durante las muchas y variadas intervenciones psicosociales que se han llevado a cabo recientemente en distintos países, con un especial énfasis en la respuesta psicosocial que se llevó a cabo tras el tsunami del Océano Índico en diciembre de 2004. Este evento generó una de las más grandes respuestas ante una emergencia en la historia, contando con una multitud de organizaciones e individuos en muchas y variadas intervenciones psicosociales. Estas intervenciones brindaron ayuda a miles de comunidades, familias e individuos, y contribuyeron a crear conciencia a nivel mundial acerca de las necesidades y respuestas psicosociales inmediatamente después de algún evento crítico y durante las crisis.

### 3. CAPITULO 3: DIAGNOSTICO O ANALISIS

#### 3.1. ARBOL DE PROBLEMAS



### 3.2. ARBOL DE OPORTUNIDADES



#### 4. CAPITULO 4: DISEÑO METODOLOGICO

El alcance del proyecto es diseñar las guías de apoyo psicológico para el manejo de los pacientes prehospitalarios en Colombia.

##### 4.1. METODOLOGIA DEL PROYECTO

**Tabla 4. Metodología del proyecto**

Objetivo específico o meta.	Actividades	Fecha de inicio de la actividad.	Fecha de culminación de la actividad.	Persona responsable.
Revisión bibliográfica	Análisis de la información a utilizar	02 marzo 2016	16 marzo de 2016	John Quenguan Jose Reinel Peña
	Socialización de datos	05 abril 2016	27 abril 2016	Jose Peña
		27 abril 2016	11 mayo 2016	
Agrupación de información	13 abril 2016	20 abril 2016	John Quenguan	
Analizar las situaciones más comunes que necesiten apoyo psicológico, Evaluar los temas a incluirse en la guía he Identificar los distintos problemas psicológicos sociales y familiares que se presenten en pacientes prehospitalarios.	Análisis	21 abril 2015	27 abril 2016	Jose Peña John Quenguan
	Evaluación e identificación	06 marzo 2016	13 marzo de 2016	John Quenguan Jose peña
Diseñar el modelo de la guía	Diseñar de la imagen	20 abril 2016	27 abril 2016	Diseñador grafico
	Ajustes al modelo	04 mayo 2016	11 mayo 2016	Diseñador grafico

Exponer la guía.	Exposición	16 mayo 2016	25 mayo 2016	John Quenguan Jose peña
------------------	------------	--------------	--------------	----------------------------

## 5. CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta los resultados de las encuestas realizadas por el personal en Atención Prehospitalaria Urgencias, Emergencias y Desastre, podemos decir las deficiencias y así mejorar la atención en la intervención Psicosocial.

La mayoría del personal de salud ya sea bomberos, Aph y socorristas no tienen mayor conocimientos en la intervención psicosocial.

Se observó bajo el resultado de algunos estudios que la Atención psicosocial ya que es discriminada por algunas personas.

En algunos grupos de rescate y personal de salud no se ha logrado la atención psicosocial como la importancia en los pacientes.

Para el APH solo se enfocan en la parte física más no en lo emocional

Bajo el estudio se llegó el acuerdo que es muy importante la comunicación profesional con el paciente.

A pesar que para muchos personal de atención en la comunidad como bomberos y grupos de rescate consideran implementar la parte psicosocial en algunas situaciones se busca promover que este tipo de atención integral se de en todos los casos.

## **RECOMENDACIONES**

- ) Saber y conocer la guía de manejo psicosocial para pacientes Prehospitalarios en Medellín ya que es importante tener un acceso fácil y practico en la atención de la comunidad.
- ) Implementar los pasos dados en la guía de manejo psicosocial realizada por las personas de investigación ya que nos permite un mejor atención con la relación del paciente.
- ) Dar a conocer la guía y fomentar el personal del área de la salud, capacitados en la primera respuesta para saber y practicar el contenido de dicha guía.
- ) Realizar actualizaciones de la Guía del Manejo Psicosocial de Pacientes Prehospitalarios en Medellín de acuerdo a los más recientes estudios o cambios que se realicen en el área.

## 6. CIBERGRAFÍA

1. conceptos d. <http://deconceptos.com/general/guia>.
2. gobierno.plan.decenal.de.salud  
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%Bn.pdf>.
3. ejemplode.com.[http://www.ejemplode.com/26-empleo/2323ejemplo\\_de\\_plan\\_de\\_trabajo.html](http://www.ejemplode.com/26-empleo/2323ejemplo_de_plan_de_trabajo.html).
4. costa n. tipo de ayuda psicológica. <http://www.soncomosomos.com/2011/12/que-tipo-de-ayuda-psicologica-escoger.html>.
5. <http://www.definicionabc.com/social/psicosocial.php>
6. <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/visitantes?NavigationTarget=navurl://2a83db1a32eec2531875d0414141bfe1>
7. <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/57/Chaj-Adrian.pdf>
8. <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1283>
9. [funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/download/189/178](http://funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/download/189/178)
10. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guias%20Medicas%20de%20Atencion%20Prehospitalaria.pdf>
11. [https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/guias/GBE.81.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf)
12. [http://www.psicologia-online.com/articulos/2005/psicologia\\_discapacidad.shtml](http://www.psicologia-online.com/articulos/2005/psicologia_discapacidad.shtml)
13. <http://www.um.edu.ar/catedras/claroline/backends/download.php?url=L1RveGljb2xvZ%2B1hL0VzdGFiaWxpemFjafNuX2RlbF9QYWNPZW50ZV9JbnRveGljYWVvLnBkZg%3D%3D&cidReset=true&cidReq=M36>
14. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Guias%20Medicas%20de%20Atencion%20Prehospitalaria.pdf>
15. [www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es)
16. [http://www.psicologia-online.com/articulos/2005/psicologia\\_discapacidad.shtml](http://www.psicologia-online.com/articulos/2005/psicologia_discapacidad.shtml)
17. <http://www.um.edu.ar/catedras/claroline/backends/download.php?url=L1RveGljb2xvZ%2B1hL0VzdGFiaWxpemFjafNuX2RlbF9QYWNPZW50ZV9JbnRveGljYWVvLnBkZg%3D%3D&cidReset=true&cidReq=M36>

18. <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/minsalud/00-mar28lineamientos.htm>
19. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/La%20politica%20generacin%20de%20ingresos/Intervenci%C3%B3n%20psicosocial%20y%20habilidades%20blandas.pdf>
20. [http://pscentre.org/wp-content/uploads/PSI-Handbook\\_SP\\_reduced-size.pdf](http://pscentre.org/wp-content/uploads/PSI-Handbook_SP_reduced-size.pdf)

**ANEXOS**

**ENCUESTA DE GUIA DE MANEJO PSICOSOCIAL PARA PACIENTES  
PREHOSPITALARIOS EN MEDELLIN**

**1.** Según su conocimiento y/o experiencia; ¿qué es la intervención psicosocial en pacientes prehospitalarios?

---

---

---

---

**2.** ¿Considera usted que la intervención psicosocial hace parte activa de la atención Prehospitalaria?

Siempre  casi siempre  talvez  casi nunca  nunca

Como 

---

---

**3.** ¿Qué estrategia o técnica, emplea o a empleado en la intervención psicosocial en la atención Prehospitalaria?

---

---

---

---

**4.** ¿Cuáles son las principales problemáticas que ha atendido en la intervención psicosocial, en su experiencia; marque las principales opciones?

*Paciente suicida	<input type="checkbox"/>	* paciente con discapacidad	<input type="checkbox"/>
*Paciente violento o alterado	<input type="checkbox"/>	* paciente psiquiátrico	<input type="checkbox"/>
*Perdida de un ser querido	<input type="checkbox"/>	* bajo el efecto de sustancias	<input type="checkbox"/>
*Dar noticias difíciles	<input type="checkbox"/>	* otros	<input type="checkbox"/>

Cuales 

---

---

**5.** ¿Considera usted que la atención Prehospitalaria, debería regular pacientes bajo una guía o manual de manejo psicosocial?

Si  no

Porque 

---

---