

MODULO

PSICOLOGIA PARA LA REDUCCION DEL RIESGO EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRE

URGENCIAS Y EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS EN EL PREHOSPITALARIO

URGENCIAS Y EMERGENCIAS TOXICOLOGICAS PARA ENFERMERIA EN EL PREHOSPITALARIO

MG. MARIO MERINO ESCARGLIONI

Enfermero Especialista del servicio de emergencias del hospital

Hermilio Valdizán

Docente universitario de la especialidad de salud mental y psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos


INTERVENCION EMERGENCIAS Y DESASTRES





Evento Adverso

Alteraciones en las personas, la economía, los sistemas sociales y el medio ambiente, causados por sucesos naturales, generados por la actividad humana, o la combinación de ambos, que demanda la respuesta inmediata de la comunidad afectada.



Evento Adverso



Medición del impacto de un evento adverso

➤ Nivel I

- Cantidad de familias que puede ser atendidas con los recursos localmente disponibles en la dependencia a cargo.

➤ Nivel II

- Cantidad de familias que para ser atendidas requieren la movilización de todos los recursos locales (de todas las dependencias locales) sin exceder su capacidad



Emergencia

Alteraciones en las personas, la economía, los sistemas sociales y el medio ambiente, causadas por sucesos naturales, o generadas por la actividad humana, o por la combinación de ambos, cuyas acciones de respuesta pueden ser manejadas con los recursos localmente disponibles.

Medición del impacto de un evento adverso

➤ Nivel III

- Cantidad de familias que para ser atendidas requieren apoyo de otras localidades como departamentos, provincias o estados

➤ Nivel IV

- Cantidad de familias que para ser atendidas requieren apoyo nacional o extranjero



Desastre

Alteraciones intensas en las personas, la economía, los sistemas sociales y el medio ambiente, causados por sucesos naturales, generados por la actividad humana, o la combinación de ambos, que superan la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

Clasificación de los desastres

1. Desastres Naturales

- De impacto súbito o comienzo agudo (terremotos, tsunamis, tornados, inundaciones, incendios forestales, epidemias de enfermedades transmitidas por el agua, alimentos, vectores y de persona a persona, etc.)
- De inicio lento o crónico (sequías, hambrunas, deforestación, plagas de langostas)

Clasificación de los desastres

2. Desastres causados por el hombre
 - Industrial/tecnológico (accidentes, derrames, contaminación, incendios, terrorismo)
 - Transporte (vehicular)
 - Deforestación

Riesgo

Probables daños sociales, ambientales y económicos en una comunidad específica, en determinado periodo de tiempo, en función de la amenaza y la vulnerabilidad .



RIESGO f AMENAZA . VULNERABILIDAD



R

Riesgo

=

A

Amenaza

X

V

Vulnerabilidad

Contexto

Variables no
manipulables

Diseño

Variables
manipulables



Amenaza

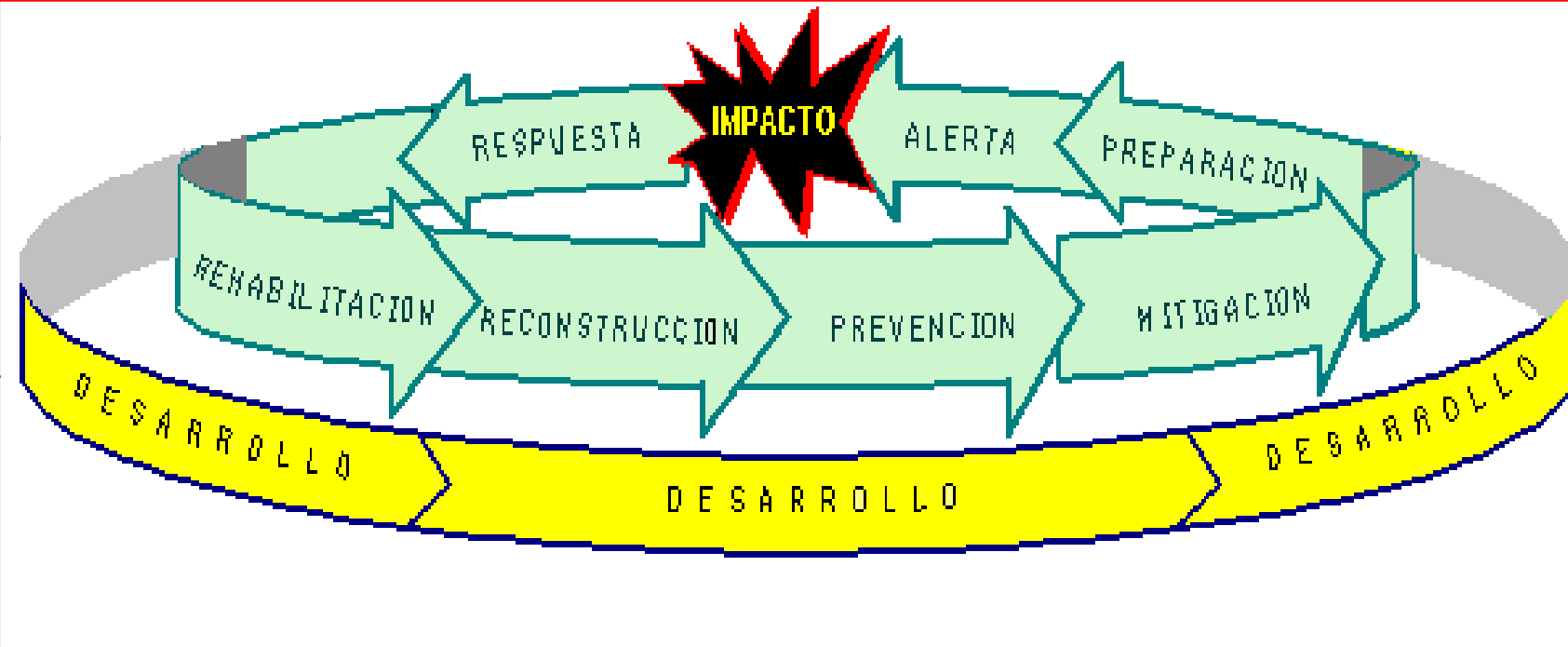
Factor externo de riesgo, representado por la potencial ocurrencia de un suceso de origen natural, generado por la actividad humana o la combinación de ambos, que puede manifestarse en un lugar específico, con una intensidad y duración determinadas.



Vulnerabilidad

Factor interno de riesgo de un sujeto, objeto o sistema expuesto a una amenaza, que corresponde a su predisposición intrínseca a ser dañado.

Ciclo de los desastres



Fases:	ANTES	DURANTE	DESPUÉS
Etapas:	Prevención Mitigación Preparación	Respuesta	Rehabilitación Reconstrucción



Fase Antes

Prevención

- Conjunto de medidas para impedir o evitar que eventos causen desastres

Fase Antes

Mitigación

- Conjunto de medidas para modificar determinada circunstancia que signifique una reducción de riesgos



Fase Antes

Preparación


- Conjunto de medidas y acciones para reducir al mínimo la pérdida de vidas y otros daños; organizando en forma oportuna y eficaz la respuesta y la rehabilitación



Fase Antes

Alerta

- ➔ Estado declarado con el fin de tomar precauciones específicas, debido a la probable y cercana ocurrencia de un evento adverso

- 
- ➔ “Alarma” aviso o señal que se da para que se sigan instrucciones específicas debido a la presencia real o inminente de un evento adverso

Fase Durante

Respuesta

- ➔ Acciones llevadas a cabo ante un evento adverso y que tiene por finalidad salvar vidas, reducir el sufrimiento y disminuir pérdidas en la propiedad



Fase Después

Rehabilitación


- Recuperación a corto plazo y con carácter temporal de los servicios básicos e inicio de la reparación del daño físico, social y económico



Fase Después

Reconstrucción

- Proceso de reparación a mediano y largo plazo del daño físico, social y económico a un nivel de desarrollo igual o superior al existente antes del evento



SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA Y DESASTRE

Salud mental y atención psicosocial

A nivel mundial (OMS, 2011) por consenso:

- Los organismos ajenos al sector salud tienden a hablar de apoyo/bienestar psicosocial.
- El término salud mental tiene definiciones exactas que varían, de acuerdo a las agencias y países.
- Se ha logrado consensuar que los conceptos de salud mental y apoyo psicosocial están estrechamente relacionados entre sí y se superponen parcialmente; son enfoques diferentes pero complementarios.
- El propósito y campo de trabajo es amplio: proteger y promover el bienestar psicosocial, así como prevenir, identificar, y tratar los trastornos mentales.

▶ ¿Qué se necesita saber?

- ▶ El impacto psicosocial de cualquier emergencia o desastre depende de los siguientes factores:
 - La naturaleza del evento: Los eventos inesperados (terremoto), los ocasionados por el hombre (conflictos armados), los que implican una situación de estrés prolongada (desplazamiento forzado) y los de afectación colectiva general producen mayor impacto en la población.
 - El entorno y las circunstancias: Los desastres no escogen a las víctimas, no afectan al azar.
 - Las características de la personalidad y la vulnerabilidad individual de los sobrevivientes: Se valora en primer lugar la personalidad de los individuos y su capacidad de hacerle frente a los eventos catastróficos e inesperados.

En el cuadro siguiente se presentan algunas características de grupos de población más vulnerables.

Salud mental y atención psicosocial

- ❑ PRIORIDAD: En situaciones de emergencia es proteger y mejorar la salud mental y bienestar psicosocial de las personas.
- ❑ EXISTE UN GRAN VACÍO: Un marco multisectorial e interinstitucional que posibilite la coordinación eficaz, determine prácticas útiles y detecte prácticas potencialmente nocivas.
- ❑ Además de aclarar de qué manera los diferentes enfoques de la salud mental y el apoyo psicosocial se complementan recíprocamente



¿Por qué hablamos hoy de Salud Mental en Emergencias y Desastres? ¿Qué considera?

Un marco inclusivo en EyD: salud mental y apoyo psicosocial cubre ambos:

Definición compuesta
Proteger o promover
el bienestar psicosocial

Y

Prevenir o tratar
trastornos mentales

Fuente: Guías líneas IASC





PIRÁMIDE DE INTERVENCIONES PARA LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN Y APOYO PSICOSOCIAL EN EMERGENCIAS

Servicios básicos y seguridad

- ❑ SE DEBE proteger el bienestar de todas las personas REESTABLECIENDO las medidas de seguridad, un gobierno y servicios que respondan a las necesidades físicas básicas.
- ❑ LA RESPUESTA DEBE SEGUIR LOS principios de salud mental y apoyo psicosocial, ESTO INCLUYE
 - A. Los ACTORES responsables DEL SERVICIO.
 - B. Los EFECTOS sobre la salud mental y el bienestar psicosocial.



La atención en salud mental en situaciones de emergencia



El apoyo emocional debe integrarse a las actividades cotidianas formando parte de la satisfacción de las necesidades básicas

En el cuadro siguiente se presentan algunas características de grupos de población más vulnerables.

Niñez

Aún no han construido las defensas suficientes para enfrentar las adversidades y dependen de la ayuda y el apoyo externo.

Los más pequeños no tienen la capacidad de comprender plenamente lo que ocurre.

Mujeres

Suelen estar sometidas a condiciones sociales más adversas (en relación con los hombres) y a mayores riesgos para su salud.

En situaciones de crisis asumen mayor responsabilidad en el cuidado y mantenimiento de la estabilidad familiar.

Ancianos

Con frecuencia viven en situaciones de privación y desesperanza.

Padecen afecciones físicas o emocionales que ocasionan dependencia y sentimientos de minusvalía, disminuyendo su capacidad de adaptación y defensa.

Otros grupos de riesgo

Personas con enfermedad mental o física previa que ocasiona mayor vulnerabilidad del individuo.

Vulnerabilidad psicosocial: Genero

En la búsqueda de la preservación de la vida, subsistencia y protección de la familia, la mujer juega un rol protagónico en los desastres.

Las mujeres tienen que encontrar salidas para las dificultades económicas de la familia, invirtiendo mucha energía física y desgaste psicológico



Desde la perspectiva de la salud mental las emergencias implican una perturbación individual y social que excede grandemente la capacidad de manejo de la población afectada



Las manifestaciones que pueden observarse pueden ser múltiples y variadas.

LAS SITUACIONES DE EMERGENCIA PRODUCEN DIVEROS PROBLEMAS COMO:

Problemas psicosociales

1. Problemas sociales preexistentes (anteriores a la emergencia): extrema pobreza, pertenecer a un grupo que es objeto de discriminación, marginación y opresión política.
2. Problemas sociales inducidos por la emergencia: separación de los miembros de la familia, desintegración de las redes sociales, destrucción de estructuras comunitarias, de la confianza recíproca y de los recursos, mayor violencia por motivos de género.
3. Problemas sociales inducidos por la asistencia humanitaria: debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales.

Problemas de conducta

1. Problemas preexistentes: trastornos mentales graves y abuso de alcohol.
2. Problemas inducidos por la emergencia: duelo, alteraciones emocionales, depresión y ansiedad, incluyendo trastorno por estrés postraumático.
3. Problemas inducidos por la asistencia humanitaria: ansiedad debido a la falta de información respecto a la distribución de alimentos.

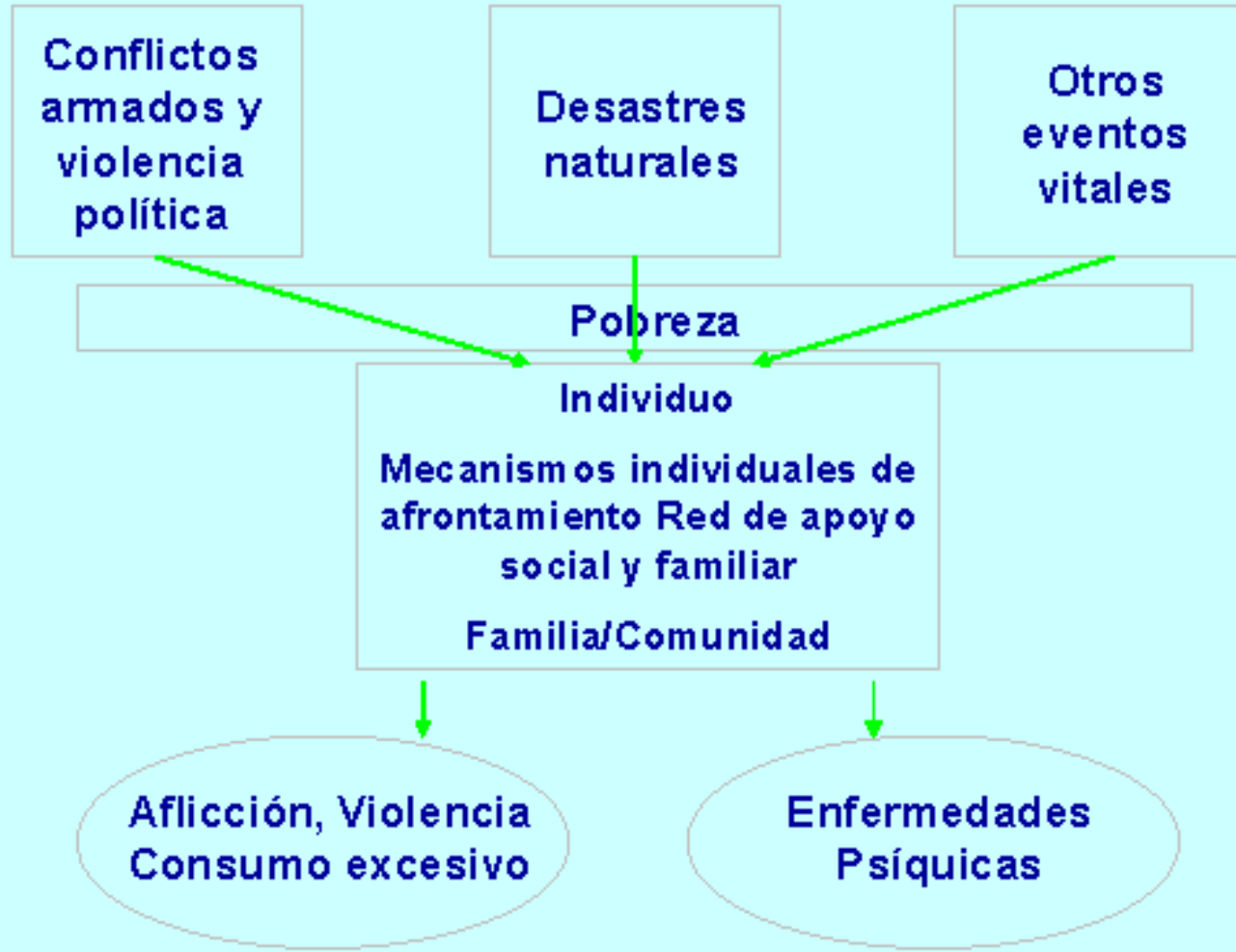


Recuerde:

En situaciones de emergencias, todas las personas tienen mecanismos psicológicos para enfrentarse al estrés, dan prueba de resistencia (capacidad que tiene una persona de afrontar una situación desfavorable).



Salud Mental - Dinámica Situacional





El tiempo

Etapas de un desastre natural:

- Período previo o precrítico.
- Período crítico
- Período postcrítico.
- Período de recuperación.

LAS PRIMERAS 72 HORAS



▶ ¿Qué hay que hacer?!

- ▶ Realizar una visita al lugar de la emergencia para llevar a cabo una evaluación preliminar. Verificar de inmediato la naturaleza y el alcance de la situación de emergencia mediante consultas con el personal, los funcionarios del gobierno, otras agencias u organizaciones locales, la población y los medios de comunicación y coordinar las evaluaciones de daños y análisis de necesidades iniciales de salud mental (EDAN-SM).
- ▶ Establecer contacto con todo el personal de salud mental y apoyo psicosocial a su alcance y verificar su disponibilidad, en caso necesario, solicitar personal adicional.
- ▶ Consultar el plan de preparación y respuesta en salud mental y apoyo psicosocial, adaptarlo a la situación y establecer un mecanismo de coordinación permanente.
- ▶ Diseñar intervenciones sobre la base de una información suficiente y fijar un calendario de actividades.

EVALUACIÓN RÁPIDA DE LA SITUACIÓN DE SALUD MENTAL LUEGO DE UN DESASTRE

- Describir el impacto humano del evento adverso, destacando los aspectos culturales, las coyunturas políticas y las formas de organización social existentes en la población afectada.
 - Identificar la problemática de salud mental, incluidas la morbilidad y la mortalidad.
 - Evaluar las necesidades psicosociales prioritarias de la población afectada.
 - Describir la forma de respuesta institucional (planes y servicios de salud mental existentes) y de la población, así como la eficacia de los mecanismos de afrontamiento.
 - Hacer recomendaciones para la acción.
- ▶ Para la EDAN en salud mental se toman como referencia los primeros 30 días.

► Hay tres etapas en el proceso de evaluación:

Inicial: se efectúa en las primeras 72 horas posteriores al evento. La evaluación inicial es comunitaria, la comunidad participa en la primera respuesta a través de organizaciones comunitarias, grupos de socorro y salvamento o trabajadores de la salud del nivel primario. Esta información servirá de base para el análisis posterior especializado.

Intermedia: registra la evolución de la situación de la salud mental en forma continua durante las primeras 4 semanas.

Final: se lleva a cabo al finalizar la etapa intermedia.

Las dos últimas etapas (la evaluación intermedia y la final) requieren la participación del personal de salud mental y apoyo psicosocial, que debe ampliar y complementar la evaluación inicial comunitaria.

Grandes problemas a priorizar

Problemas:

- El miedo y la aflicción.
- Trastornos psíquicos.
- Desorden social, violencia y consumo excesivo de sustancias adictivas.

Mensajes:

- No pensemos, sólo, en la psicopatología.
- Necesidad de ampliación del campo de competencia de los profesionales de la salud mental.
- Los problemas de salud mental pueden y deben ser atendidos, en gran proporción, por personal no especializado

LA RESPUESTA...

▶ ¿Qué hay que hacer?

- ▶ Asuma que las respuestas emocionales son normales ante una situación anormalmente abrumadora.
- ▶ Integre componentes de ayuda humanitaria e intervenciones sociales (alimentación, educación, vivienda, trabajo, etc.) haciendo posible la reconstrucción de la cotidianidad y el desarrollo de nuevos proyectos de vida.
- ▶ Comprometa la participación activa de la comunidad, autoridades y grupos intersectoriales.
- ▶ Identifique e intervenga a tiempo las reacciones psicológicas para lograr una pronta recuperación. A continuación se presentan modelos de respuestas e intervenciones psicosociales que se pueden aplicar entre las 72 horas y los 3 meses.

LA RESPUESTA...

Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primeras 72 horas	<ul style="list-style-type: none">• Crisis emocionales.• Entumecimiento psíquico: se ven asustadas, apáticas, confundidas.• Excitación aumentada o "parálisis" por el temor.• Ansiedad difusa.• Deseo-temor de conocer la realidad.• Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra.• Inestabilidad afectiva con variaciones extremas.• Ocasionalmente, estado de confusión aguda.	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental.• Socorro y protección.• Satisfacción de las necesidades básicas más inmediatas.• Primera ayuda psicológica.

LA RESPUESTA...

Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primer mes	<ul style="list-style-type: none">• Aflicción, miedo y nerviosismo.• Tristeza.• Duelo.• Equivalentes somáticos (síntomas orgánicos variados).• Preocupación exagerada, irritabilidad, inquietud motora, alteración en conductas cotidianas, pérdida del sueño y apetito.• Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral.	<ul style="list-style-type: none">• Continuación de la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental.• Ayuda humanitaria.• Facilitar las condiciones para que las personas de la comunidad se movilicen y tengan control sobre la respuesta a la emergencia en todos los sectores.• Enfocar el uso de recursos locales y apoyo de la comunidad.• Detección de individuos y grupos en riesgo, y de casos con psicopatología.• Intervenciones psicosociales individuales y grupales facilitando las condiciones para prácticas apropiadas, tomando en cuenta la cultura local.• Atención de casos con trastornos psíquicos.

EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA

Es aquella situación en la que los síntomas psicopatológicos o un trastorno de la conducta son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo, la familia o la comunidad, de modo que solicitan atención psiquiátrica urgente.



CAUSAS DE EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

✓ **Psiquiátricas**

- Personalidad limítrofe
- Trastornos psicóticos
- Esquizofrenia
- Trastorno bipolar
- Demencia
- Adicción a sustancias (intoxicación o abstinencia).
- Crisis de ansiedad y/o pánico

✓ **Médicas**

- Delirium tremens
- Hipoxia
- Desbalance electrolítico
- T. hepáticos
- Infecciones cerebrales
- Enfermedades renales
- Hipertiroidismo
- Deficiencias vitamínicas
- Diabetes
- Neoplasias



MOTIVOS DE ATENCIÓN

1° SÍNTOMAS PSICÓTICOS

2° SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS

3° INTENTO SUICIDA

4° AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

5° CONDUCTA ADICTIVA

**6° EFECTOS SECUNDARIOS A MEDICACIÓN
NEUROLÉPTICA**

7° TRASTORNOS ALIMENTARIOS



PSICOPATOLOGÍAS

PSICOSIS



Síndrome en el cual existe una grave alteración de los pensamientos, la respuesta afectiva y la capacidad para relacionarse con los demás que interfiere con la adecuada evaluación de la realidad.

SÍNTOMAS:

- **Alucinaciones:** siendo las más comunes las auditivas y visuales, se pueden observar soliloquios o risas inmotivadas.
- **Delusiones:** pensamientos falsos de referencia, perjuicio o daño, control o lectura del pensamiento, persecución o de contenido místico



- **Desorganización del lenguaje:** se observa incoherencias.
- **Desorganización de la conducta:** agresividad, insomnio.
- **Abulia:** falta de voluntad o disminución de la energía.
- **Alogia:** empobrecimiento del pensamiento y la cognición.
- **Aislamiento**
- **Afecto aplanado:** reducción o ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.



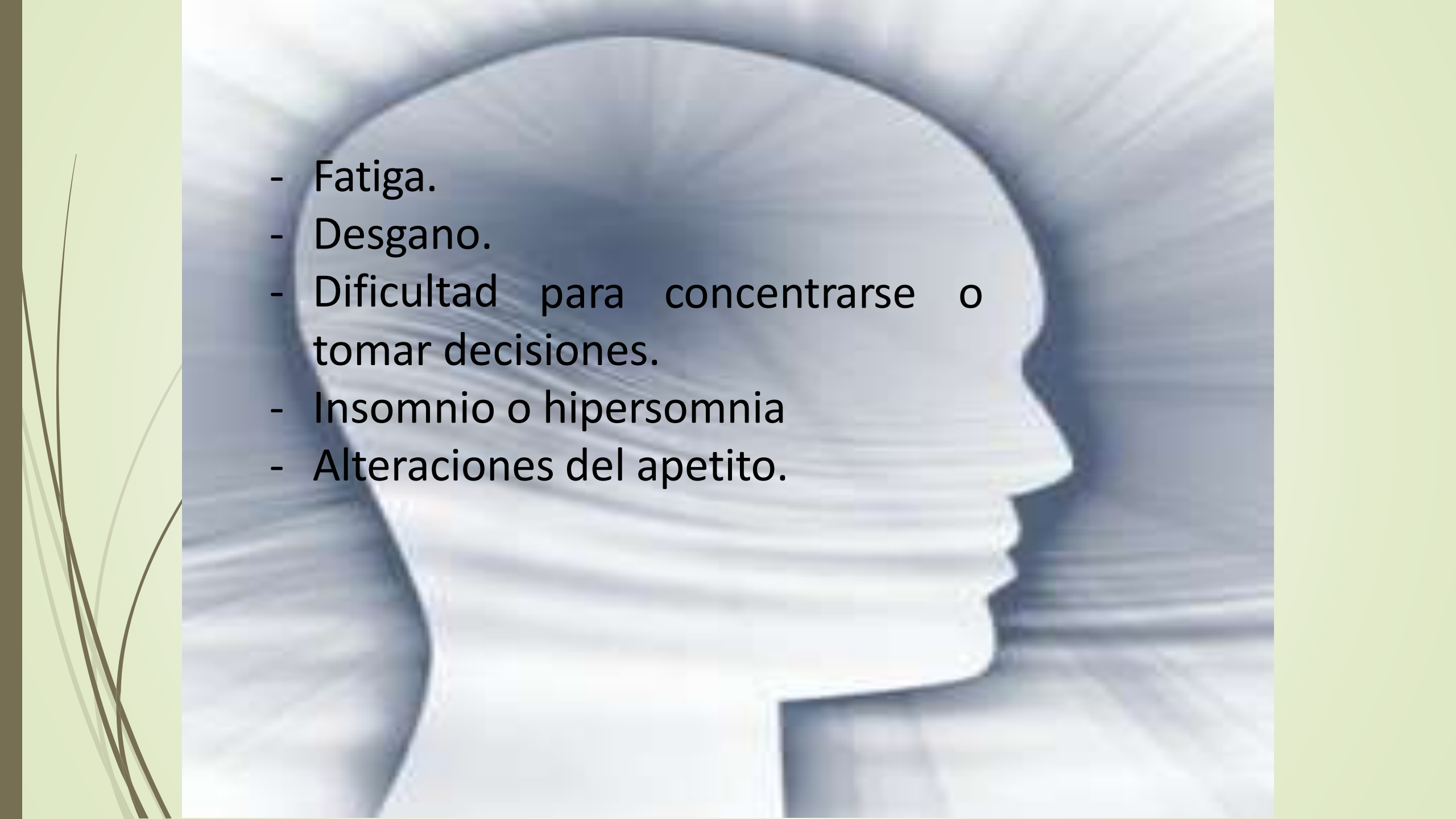
DEPRESIÓN

Denominada la tristeza patológica, el paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia.

SINTOMATOLOGÍA:

- Ánimo deprimido
- Anhedonia
- Autorreproche y culpa
- Ideación suicida
- Quejas somáticas vagas



- 
- Fatiga.
 - Desgano.
 - Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
 - Insomnio o hipersomnia
 - Alteraciones del apetito.

ANSIEDAD

Sensación subjetiva de tensión más o menos intensa, estado consciente y comunicable de premoniciones penosas, no necesariamente relacionadas a grandes amenazas. Estos estados pueden inducir cambios fisiológicos, desencadenando respuestas somáticas y viscerales mediadas por el sistema nervioso autónomo.



SINTOMATOLOGÍA

Tensión motora: tremor, sacudidas musculares, torsiones bruscas, debilidad, dolores, inquietud.

Hiperactividad autonómica: dificultad para respirar, sensación de falta de aire, palpitaciones, taquicardia, taquipnea, escalofríos, palidez, bochornos, sequedad de boca, mareos, vómitos, diarrea, poliuria, dificultad para deglutir, sensación de “nudo en la garganta”.

Hipervigilancia: estado de hiperalerta, irritabilidad, impaciencia, insomnio.

Expectación aprensiva: preocupación excesiva y generalmente infundada, miedo, sensación de fracaso o desgracias para sí mismo y para otros.



TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMÍTROFE

El paciente presenta inestabilidad en la percepción de sí mismo, con estados de ánimo inestables, creen que los cuidados que recibieron en la infancia fueron insuficientes y por ello buscan más atención; tienen conductas manipuladoras que ocasionan sentimientos de vacío y enojo, lo que puede llevar a un comportamiento desesperado e impulsivo.



SINTOMATOLOGÍA

- Cambios de carácter
- Disforia: combinación de cólera, ansiedad, depresión y desesperación.
- Sentimientos de autodestrucción.
- Dificultades para controlar la ira.
- Sentimientos de vacío o inutilidad.
- Conductas impulsivas principalmente consigo mismo.





INTERVENCIÓN



AGITACION PSICOMOTRIZ

- Actividad motora o verbal desorganizada debido a alteraciones de la esfera mental.
- Pérdida de la capacidad de razonamiento.
- No es una patología, pero sí un signo asociado a otras: consumo de drogas, alucinaciones, etc.



Esquizofrenia

Trastorno bipolar

**Intoxicaciones:
Cocaína, alcohol,
anfetaminas**

**Trastorno de personalidad
Borderline**

Demencia

Agitación

**Enfermedades orgánicas:
neurológicas, infecciosas,
Metabólicas.**

PROCEDIMIENTO

OBSERVAR indicadores de agitación y/o violencia inminente:

- Hiperactividad con deambular continuo.
- Golpes dirigidos a objetos.
- Expresión facial tensa o enfadada.
- Pacientes con antecedente de conducta violenta.
- Elevación del tono de voz.
- Uso de insultos, amenazas y palabras groseras.

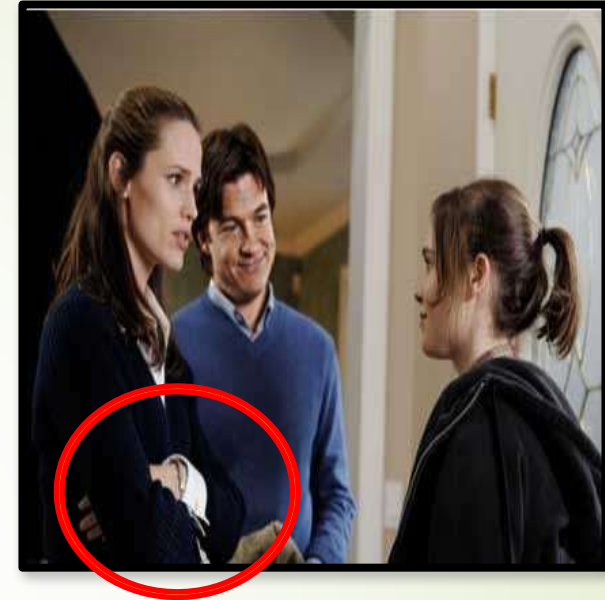


1° CONTROL AMBIENTAL

- Es importante considerar si los acompañantes ejercen una influencia estabilizadora o desestabilizadora.
- Si algunas personas son “gatillos” (estímulos negativos) , deben ser retiradas.
- Evitar generalizar experiencias negativas previas en el manejo del paciente.
- Presentarse, invitar y conducir al paciente a un ambiente seguro donde poder hablar.
- Retirar objetos peligrosos a su alcance y reducir posibles factores de irritación (personas, ruidos, muebles, etc).

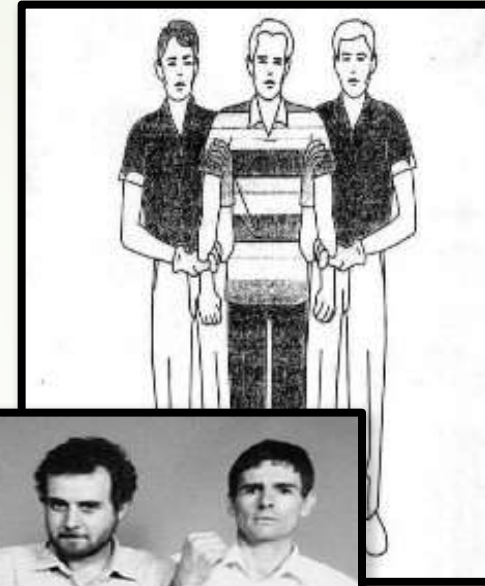


- Dirigirse al paciente en tono amable y seguro, firme pero no autoritario, manteniendo el contacto visual, no elevar el tono de voz, evitar gestos y posturas amenazantes.
- Colocarse fuera del espacio personal del paciente, lejos del alcance de sus brazos aproximadamente a 1m de distancia.
- No esconder las manos.
- No cuestionar al paciente.
- Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.
- Hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal que esté dispuesto a poner en práctica la sujeción).



2° REDUCCIÓN FÍSICA

- Sujetar al paciente por debajo de la axilas con una mano empujando hacia arriba y por las muñecas con la otra tirando hacia abajo.
- Realizarlo con firmeza pero sin extremarla para no lesionar al paciente.



REDUCCIÓN EN LA CAMA O EN EL PISO

- Se sujetará a nivel de hombros, muñecas, rodillas y tobillos. Cada persona sujetará una extremidad.
- No mostrarse agresivos, ni física ni verbalmente.
- Un quinto participante deberá controlar la cabeza, para evitar que se la golpee o golpee algún miembro del equipo.



3° SUJECCIÓN MECÁNICA

- Con el paciente en la cama, envolver los sujetadores de tela a nivel de la zona distal de miembros superiores e inferiores (muñecas y tobillos) y fijar sujetándola con las tiras al travesaño de la cama.

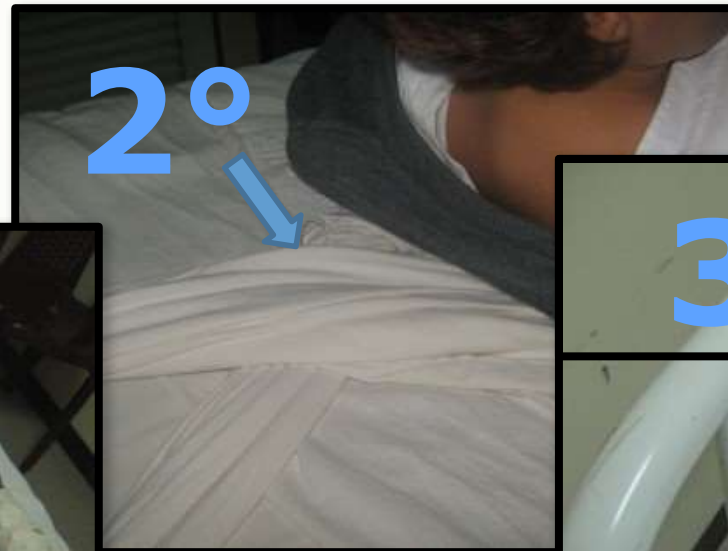


El cuerpo debe sujetarse manteniendo la posición anatómica. Los miembros superiores deben estar lateralizados a ambos lados del cuerpo en ángulo de 45 grados en relación al tórax; los miembros inferiores deben quedar ligeramente abiertos con 30 a 45 cm. de distancia ente uno y otro.



SUJECIÓN TORÁCICA

- Sólo se usa en el caso que fuera necesario para un mejor control de los movimientos del paciente, se coloca una sábana doblada en diagonal en ancho de 20 cm, pasarlo por debajo de ambas axilas cruzarlo en la espalda y fijarlo en el barandal superior de la cama
- Abrigarlo y darle el confort posible necesario, colocar una almohada debajo de la cabeza



SUICIDIO

Es un acto consciente de autoaniquilación que se produce por un malestar pluridimensional de un individuo que percibe este acto como la mejor solución.



ALGUNOS DATOS



- En hombres se presentan mas casos de **suicidios** que mujeres.
- En cambio en las mujeres se presentan más casos de **intentos suicidas** que hombres.
- Según la OMS 1 millón de personas se suicidan al año en el mundo. Por ejemplo, en el Perú se han suicidado 305 personas en el año 2009.
- Se podría decir que los hombres se suicidan en mayor proporción que las mujeres por las siguientes razones: están más expuestos a sufrir las consecuencias de los problemas económicos, tienen mayor prevalencia al alcoholismo y utilizan medios más violentos, por lo tanto, el intento de suicidio es más exitoso.

ALGUNOS DATOS

- Método suicida más frecuentes: ahorcamiento, envenenamiento, disparo con arma de fuego y lanzarse al vacío.
- El 74,5% de suicidios ocurrieron en Lima, generalmente en la madrugada, el 30% de los casos dejaron notas de despedida.
- Los métodos más usados en el INTENTO SUICIDA, son: sobredosis de medicamentos, envenenamiento, heridas cortantes y ahorcamiento.



Factores de riesgo suicida

- Edad > 65 años.
- Sexo masculino.
- Soltería, viudez o divorcio.
- Desempleo.
- Morbilidad psiquiátrica.
- Historia personal o familiar de suicidio o intento.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Ataques de pánico o ansiedad severa.
- Enfermedad física grave.
- Plan suicida específico .
- Acceso a armas de fuego (o medios letales).
- Estresores: problemas familiares, conyugales



SIGNOS DE ALARMA

- Cambios de hábito de dormir y de comer.
- Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades cotidianas.
- Actuaciones violentas, comportamiento rebelde.
- Uso de alcohol o drogas.
- Abandono poco usual en su apariencia personal.
- Deterioro en la calidad de su rendimiento académico.
- Expresiones como: “No seguiré siendo un problema”, “Nada me importa”, “Para que molestarse”, “No te veré otra vez”, “Yo me quiero matar”



MANEJO DE LOS PACIENTES

- Los pacientes depresivos suelen hablar poco, pero aun así es importante que se sientan escuchados.
- Es importante entablar una relación normal, mostrándonos comunicativos y dando la sensación de que estamos siempre dispuestos a escucharlos.
- Inspección física.
- Control de todo lo que pueda resultar nocivo (cubiertos, gafas, vasos, aretes, piercing, borde de las camas o veladores, lejía, jabón, antisépticos, ventanas, tomas de corriente, cinturones, pasadores, sondas, etc.).



CRISIS DE PÁNICO

Período corto de miedo o malestar intenso que se acompaña de una sensación de peligro inminente y urgencia de escapar, además se presentan síntomas físicos, tales como: palpitaciones, temblores, sensación de asfixia, mareos, náuseas, etc.

Su duración habitual es de varios minutos.

Suele presentarse de forma imprevisible



SINTOMATOLOGÍA

- Sensación de dificultad respiratoria.
- Sensación de inestabilidad en la marcha.
- Palpitaciones o taquicardia.
- Sudoración.
- Sensación de ahogo o paro respiratorio.
- Rubor, sofocación, oleadas de calor, escalofríos.
- Dolor, opresión o malestar precordial.
- Miedo a morir.
- Miedo a volverse loco o perder el control.



FACTORES QUE FACILITAN UNA CRISIS DE PÁNICO

- Consumo excesivo de alcohol, cafeína o tabaco.
- Enfermedades de la tiroides.
- Ejercicio físico extenuante.
- Situaciones estresantes de la vida



INTEVENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

- Tranquilizar al paciente con palabras de aliento.
- Enseñar ejercicios de respiración lenta y profunda.
- Si el paciente hiperventila, solicitarle que respire en una bolsa de papel, cubriendo boca y nariz.
- Ubicar al paciente en un lugar seguro.



URGENCIAS Y EMERGENCIAS TOXICOLÓGICAS EN ADICCIONES





RECORDEMOS:

- **La adicción es una necesidad o dependencia obsesiva y compulsiva hacia una sustancia.**
- **Es una enfermedad compleja caracterizada por un uso compulsivo y en ocasiones por unas ansias incontrolables de consumir una sustancia, que persiste aun cuando se experimenta consecuencias extremadamente negativas.**



DEPENDENCIA:

- **Es un estado donde el individuo mantiene un deseo o impulso constante de ingerir una sustancia.**
- **Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y una ingestión compulsiva de la sustancia.**

TIPOS DE DEPENDENCIA:

1. Dependencia física: Es cuando el organismo necesita de una cierta cantidad de drogas para moverse y desarrollar las actividades diarias.

2. Dependencia Psíquica: Se da cuando las drogas producen costumbre a ellas, de tal forma que cuando faltan la persona se siente amenazada, ve, imagina o escucha cosas que no existen, se angustia con facilidad y presenta un grado ansiedad, delirios, nerviosismo, miedo, estrés, depresión, confusión mental, alucinaciones, irritabilidad y desasosiego que lo deja vivir ni descansar tranquilo

La droga se convierte en el centro de la vida del drogadicto, llegando a afectarlo en todos los aspectos: En el trabajo, en las relaciones familiares e interpersonales en los estudios, etc.



□ **TOLERANCIA:**

En la necesidad de recurrir a cantidades de sustancia para alcanzar el efecto deseado (intoxicación) con su uso continuado a las mismas dosis.



¿QUÉ ES SÍNDROME DE ABSTINENCIA?

- **Es el conjunto de reacciones y alteraciones físicas o corporales que presentan cuando una persona deja de consumir sustancias a las que es adicta.**
- **Es un conjunto de alteraciones que se presentan en un sujeto habitualmente adicto al alcohol y a las drogas que deja bruscamente de consumirlas, la intranquilidad, el nerviosismo, ante el deseo de consumo puede llevar al enfermo a un estado de agitación psicomotriz.**



FACTORES ETIOLOGICOS DE LA ADICCION



CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE ADICCIÓN:



TIPOS DE ADICCIÓN

Existen 3 grupos bien definidos de adicciones:

- **Adicción a drogas:** Tales como la cocaína, éxtasis, heroína, marihuana, tabaco, alcohol, pastillas, inhalantes, opio, anfetaminas, sedantes, hipnóticos, etc.
- **Adicción a conductas:** Tales como al sexo, juego, internet, compras, al trabajo, a la religión, los desórdenes alimenticios (comer compulsivamente, la bulimia, la anorexia) y además conductas obsesivas y compulsivas.
- **Adicción a personas:** A los romances, como codependencia o co-adicción.


CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

1. POR SU ORIGEN:

- **Drogas naturales:** Son aquellas que se recogen directamente de la naturaleza para ser consumidas como la marihuana.
- **Drogas semisintéticas:** Son obtenidas por síntesis parcial, tenemos la heroína.
- **Drogas sintéticas:** Son aquellas sustancias producidas o elaboradas en el laboratorio, como barbitúricos, LSD, MDA, MDMA (EXTASIS).

2. POR SUS EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

- **Drogas estimulantes:** Afectan el sistema nervioso central manifestando conductas de hiperactividad, aceleración a nivel físico y psíquico, generado por sustancias como cocaína, anfetamina.
- **Drogas depresivas:** Disminuyen su actividad, produciendo aletargamiento, lentitud en los movimientos y alteración de la función cognitiva, causando sueño, sudor, somnolencia, depresión respiratoria, manifestaciones cardiovasculares y neurológicas, por ejemplo tenemos el alcohol, la morfina.
- **Drogas alucinógenas:** Producen distorsión de la realidad y alucinaciones acompañadas de cambios emocionales intensos y variados como distorsiones de la personalidad, marihuana y LSD.



3. SIGNOS Y SÍNTOMAS A LAS ADICCIONES.

□ **Tratamiento de Psicoeducación o Psicoterapéutico.**

Es el asesoramiento en adicciones por un experto en adicciones, es una de las principales herramientas más importantes de cualquier programa de deshabituación.

Es importante que tanto el paciente como su familia y amigos cercanos reconozcan en que consiste la enfermedad, que conductas hay que realizar para dejar la adicción, cuales son los riesgos a evitar.

□ **Tratamiento Familiar.**


Participación activa de la familia en talleres de psicoeducación.

□ **Tratamiento Ocupacional o Prevención de recaídas.**

Son una serie de técnicas para una vez lograda la abstinencia, evitar recaer. Se suele tomar un conjunto de estrategias del día a día que aconsejan disminuir o evitar recaídas.

FASES DEL TRATAMIENTO.

- **Desintoxicaciones realiza de forma ambulatoria, con estrecha vigilancia médica. En casos puntuales los pacientes no están preparados para llevar a cabo la desintoxicación de forma ambulatoria y es necesario un ingreso a un cuarto especializado (entre 1 y 3 meses) para llevar a cabo esta fase del tratamiento.**
- **Deshabitación: Durante esta fase del tratamiento consiste en identificar riesgos y prevenir recaídas de grupo diaria, el paciente establece una rutina muy disciplinada, evita lugares, personas y situaciones que puedan ser peligrosas para el mantenimiento de su abstinencia. Es decir cambia sus hábitos lo que conlleva consigo un cambio de conducta.**

- 
- **Reinserción: Poco a poco el paciente va reanudando sus actividades, sigue acudiendo a terapias de grupo y recupera las habilidades personales sociales y laborales pérdidas o no desarrolladas a causa de la adicción.**

8. FASES DEL CONSUMIDOR DE ALCOHOL.

□ FASE PRE ALCOHOLICA OCULTA:

El individuo bebe en su medio social, no hay alteraciones físicas ni todavía problemas en su funcionamiento.

□ FASE PRODROMICA

El individuo empieza a preocuparse de una manera de beber. Después de una borrachera no puede construir exactamente lo que le ha sucedido, puede cometer actos antisociales.

□ FASE BASICA O DESISIVA

En esta fase se desarrolla la enfermedad propiamente, en la cual una vez cae el alcohólico, sigue su curso hasta llegar a su destrucción.

Pérdida del control, razona su comportamiento de bebedor, presiones sociales, ilusión de grandeza, conducta marcadamente hostil, remordimiento persistente, periodo de abstinencia total, modifica sus hábitos de beber, abandono de amistades, deja empleos, subordinación completa al alcohol, descuido de la alimentación, primera hospitalización, disminución del impulso sexual.

FASE CRONICA

- **Adquiere la necesidad cada vez más ingente del alcohol para calmar sus tensiones emocionales y va necesitando constantemente su auxilio como droga, la borrachera continua, sin poder interrumpir.**
- **Hay intoxicaciones prolongadas, marcado deterioro mental, trastorno del pensamiento, Psicosis alcohólico (enfermedad mental). El beber adquiere carácter obsesivo, beber con gente de nivel social muy inferior al propio, disminución de la tolerancia para el alcohol, temores indefinidos, temblores persistentes, inhibición psicomotora (locura), todo el sistema de racionalizaciones fracasa, hospitalización definitiva, perdida de la vida.**



GRACIAS