ACTA No. 4145.020.14.82.312	FECHA:	14/nov/2025
	HORA INICIAL:	09:00 am
	HORA FINAL:	12:00 m
OBJETIVO: Realizar una capacitación técnica dirigida a los profesionales de las áreas de urgencias de la Clínica Nueva, Clínica Nuestra Señora de los Remedios, Clínica Colombia, Clínica Sebastián de Belalcázar, Clínica Versalles y Fundación Club Noel, con el propósito de fortalecer sus competencias en el abordaje integral de urgencias, emergencias y desastres en salud mental.	LUGAR: https://meet.google.com/hsc-vdqt-hkk	

ASISTENTES: Marlly Parra – Contratista, Doris Viafara – Contratista, (Ver listado de asistencia)

AUSENTES: N/A

INVITADO: N/A

ORDEN DEL DÍA:

1. Inicio
2. Desarrollo de la reunión

A. Urgencias Y Emergencias Psiquiátricas
B. Abordaje De Conductas Suicidas Y Primeros Auxilios
C. Atención Integral A Víctimas De Violencia Basada En Género Y Violencia Sexual En El Contexto Hospitalario
D. Intervención Psicosocial En Desastres Y Eventos Críticos: Estrategias Institucionales Y Comunitarias.
E. Manejo Clínico Del Sufrimiento Psíquico En Urgencias
F. Autocuidado Emocional Y Prevención Del Desgaste Profesional En El Talento Humano En Salud

3. Varios o cierre

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

DESARROLLO:

1. Inicio

Desde el Programa de Salud Mental de la Secretaría Distrital de Salud se realizó un proceso de articulación para la capacitación, con la Red de salud ESE Ladera, en el cual se extendió invitación a las instituciones habilitadas para la atención de urgencias en el Distrito de Santiago de Cali.

Para ello se definieron los temas de capacitación teniendo en cuenta:
- Los datos estadísticos sobre los eventos más frecuentes en la atención de urgencias.
- Las solicitudes y requerimientos recibidos por parte de las instituciones y la comunidad.

Para la capacitación la ESE Ladera delego al médico psiquiatra Dr. Jairo Alejandro Ramírez Ortiz.

2. Desarrollo de la reunión

La contratista Marlly Parra del programa de Salud Mental y Convivencia Social de la Secretaría Distrital de Salud Pública, dio saludo inicial a los Profesionales participantes en la capacitación.

Igualmente menciono el objetivo de la capacitación; Capacitación técnica dirigida a los profesionales de las áreas de urgencias de la Clínica Nueva, Clínica Nuestra Señora de los Remedios, Clínica Colombia, Clínica Sebastián de Belalcázar, Clínica Versalles y Fundación Club Noel, con el propósito de fortalecer sus competencias en el abordaje integral de urgencias, emergencias y desastres en salud mental.

Continuo y realizo la presentación del médico Jairo Alejandro Ramírez Ortiz y dio espacio para que realizara la capacitación.

A. URGENCIAS Y EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Urgencia Médica: "Es la alteración física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte".

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

Urgencia Psiquiátrica: Cualquier perturbación del pensamiento, afecto o conducta que requiere una intervención terapéutica especializada e inmediata.

Las urgencias psiquiátricas son comunes en servicios no psiquiátricos (urgencias generales, atención primaria).

- Prevalencia estimada: 5- 10% de las consultas de urgencias.
- Hasta 60% de los casos en hospitales generales no se diagnostican ni tratan correctamente.

Las urgencias psiquiátricas son fácilmente atribuibles a la descompensación de un trastorno psiquiátrico de base.

Hasta el 50% de los pacientes con urgencias psiquiátricas tienen enfermedades médicas coexistentes.

No todo lo que parece psiquiátrico es mental: hay muchas condiciones orgánicas que pueden imitar o causar síntomas psiquiátricos.

Aproximadamente el 10% de las urgencias psiquiátricas tienen causa médica subyacente.

Clasificación de Urgencias Psiquiátricas:

- Trastorno Psiquiátrico puede producir síntomas físicos.

Dos sistemas de respuesta al estrés:

1. Rápida (neurovegetativa):

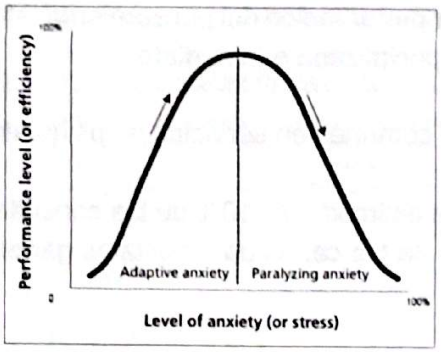
Activación simpática → liberación de adrenalina y noradrenalina.

2. Lenta (neuroendocrina):

Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal → liberación de cortisol.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner



Psychiatric symptoms	Organic symptoms	
Poor concentration	**Neurological**	**Digestive**
Distractibility	Headache	Xerostomia
Memory deficits	Presyncope	Bolus
Apprehension	Paresthesias	Nausea
Agitation	Vertigo	Dyspepsia
Reduced libido	**Muscular**	Abdominal pain
Insomnia	Tremors	**Cardiac**
Anorexia	Cramps	Tachycardia
Apathy	Tetany	Chest pain
Asthenia	Fatigue	**Respiratory**
	Uro-genital	Sighing breathing
	Pollakiuria	Dyspnoea
	Dyspareunia	**Cutaneous**
	Impotence	Sweating
		Itchy skin

Trastorno Psiquiátrico puede producir síntomas físicos

1. Trastorno de Ansiedad: puede generar síntomas como palpitaciones, disnea, cefalea, dolor torácico.
2. Trastorno de síntomas neurológicos funcionales: conflictos psicológicos se manifiestan como síntomas físicos (parálisis, cegueras, etc.).
3. Trastorno de síntomas somáticos: síntomas físicos sin causa médica identificable (psicosomáticos).

Trastornos facticios (Síndrome de Münchhausen)

- Simulación de enfermedades físicas severas.
- Común en personas con historia de trauma o trastornos de personalidad.
- Pueden requerir múltiples hospitalizaciones y cirugías innecesarias.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

- Síntomas Psiquiátricos como resultados de enfermedades orgánicas.

Aproximadamente el 10% de las urgencias psiquiátricas tienen causa médica subyacente.

Table I. Ten clinical criteria for diagnosing of psychiatric emergencies, suggesting psychiatric symptoms *secondary* to substance or medication use/abuse or organic disease (*pseudopsychiatric emergencies*), rather than a primitive psychiatric disorder.

1. Age higher than 30 years, which is rare onset of acute psychiatric illness
2. No previous personal history of psychiatric illness
3. History of organic illness or substance or medication use/abuse
4. Sudden onset of psychiatric symptoms
5. Confusion, visual hallucinations and disorientation to time and place
6. Symptoms not corresponding to a specific psychiatric diagnosis
7. Abnormal vital signs
8. Coexisting signs of a specific organic illness
9. Sudden fluctuation of psychiatric symptoms
10. Poor response to psychiatric treatment

- *Examen físico, mental y neurológico completos*
- Sospecharlo si:
  - Tiempo de inicio del cuadro abrupto.
  - Fluctuaciones
  - Hallazgos en el examen mental

EXAMEN MENTAL

Los siguientes hallazgos inclinan la balanza hacia una etiología neurológica o médica:

- Perseveración
- Alucinaciones visuales
- Circunstancialidad
- Pararespuestas
- Falsos reconocimientos
- Hipoprosexia o distractibilidad
- Amnesia reciente o de fijación

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

Síntomas Psiquiátricos como resultados de enfermedades orgánicas

	Psychosis	Depression	Mania	Anxiety	Behavioural and vegetative symptoms	Cognitive deficit	Consciousness impairment
Endocrine disorders							
Hypopituitarism/ hypothalamus disease	+			+	+	+	+
Hyperprolactinemia		+		+	+	+	
Hypothyroidism	+	+	+	+	+	+	+
Hashimoto encephalopathy	+	+	+	+	+	+	
Hyperthyroidism	+	+	+	+	+		
Addison´s disease	+	+				+	
Cushing´s disease	+	+		+	+		
Pheochromocytoma					+		
Premenstrual syndrome	+	+			+	+	
Postpartum psychosis	+	+		+	+		
Menopause		+					
Male hypogonadism		+			+	+	
Fluids and electrolitic disorders							
Dehydration and heatstroke	+				+	+	+
Hyponatriemia	+			+	+	+	+
Hypernatriemia					+		
Hypocalcemia	+			+			+
Hypercalcemia	+	+			+	+	+
Hypomagnesiemia		+					
Metabolic disorders							
Hypoglycemia	+			+	+	+	+
Hyperglycemia		+		+	+	+	+
Inborn errors of metabolism	+				+	+	+
Deficiency states							
Vitamin B2	+	+	+	+			
Vitamin B6		+					
Vitamin B12 and folate	+	+	+	+			
Vitamin PP	+	+		+	+	+	+
Vitamin D	+	+		+			
Wernicke-Korsakoff syndrome	+	+	+	+	+	+	+
Zinc		+					

	Psychosis	Depression	Mania	Anxiety	Behavioural and vegetative symptoms	Cognitive deficit	Consciousness impairment
Respiratory diseases							
Hypoxiemia	+	+	+	+		+	
Hypercarbia	+				+	+	+
Pulmonary oedema	+			+			
Pulmonary embolism				+			
Lung transplantation		+					
OSAS		+	+		+	+	
COPD		+		+			
Asthma		+		+			
High-altitude illness	+			+	+	+	
Heart diseases							
Congestive heart failure/hypotension	+			+		+	
Coronary artery disease		+					
CABG	+	+		+			
Mitral valve prolapse				+			
Cardiac dysrhythmias							
ICD			+		+		
Heart valve operation	+						
Heart transplantation		+		+			
Haematologic diseases							
Anemia	+			+	+	+	+
Polycythemia	+	+		+	+	+	+
Leukaemia	+	+		+	+	+	+
Thrombocytopenia	+						
Sickle cell disease	+	+		+	+	+	+
Hypereosinophilia			+				
Gastroenteric diseases							
Celiac disease	+	+					
Inflammatory bowel disease		+		+	+		
Whipple's disease	+	+		+	+	+	
Hepatic failure							
Hepatic encephalopathy	+	+	+	+	+	+	+
Renal failure							
Uremia	+	+			+	+	+
Acute urinary retention				+	+	+	+

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS:

- Alcohol.
- Analgésicos.
- Anfetaminas.
- Ansiolíticos.
- Anticolinérgicos.
- Antidepresivos.
- Antipsicóticos.
- Cocaína.
- Esteroides.
- Hipnóticos.

- Coexistencia de Trastornos Psiquiátricos y enfermedades orgánicas.

  - *Trastornos psiquiátricos preexistentes + enfermedad médica aguda*

→ Ej: Paciente con esquizofrenia que desarrolla neumonía puede presentar delirium difícil de distinguir de un brote psicótico.

  - *Pacientes con enfermedades crónicas + síntomas afectivos*

→ Ej: Enfermedades como diabetes, insuficiencia renal, artritis reumatoide frecuentemente se asocian con depresión y ansiedad.

  - *Síntomas psiquiátricos como manifestación emocional ante una enfermedad médica grave*

→ Ej: Cáncer, EPOC o enfermedades neurodegenerativas pueden desencadenar duelo complicado, ansiedad o trastorno adaptativo.

AGITACIÓN PSICOMOTORA

Estado de fuerte tensión con intensas manifestaciones motoras (inquietud) y emocionales (ansiedad, irritabilidad) que perturban gravemente el comportamiento del individuo.

La agitación psicomotora corresponde al 10% de la consulta psiquiátrica en el servicio de urgencias

En atención prehospitalaria según el Centro Regulador de Urgencias el 60% de las consultas tienen que ver con agitación psicomotora

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner



ABORDAJE

- DIFICULTADES:
  - Presiones sobre el médico
  - Miedo o rabia en el médico
  - El paciente armado
  - Características del consultorio
  - Implicaciones médico – legales

FASES DEL ABORDAJE

1. Examen visual breve
2. Intervención verbal
3. Evaluación de riesgos
4. Diagnóstico probable

- Restricción física
- Sedación

EL CONSULTORIO

- Debe tener dos puertas sin seguros
- Debe tener un botón de pánico
- Los muebles deben estar fijos al piso
- No usar adornos en el consultorio
- No debe tener objetos potencialmente peligrosos

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

INTERVENCIÓN VERBAL

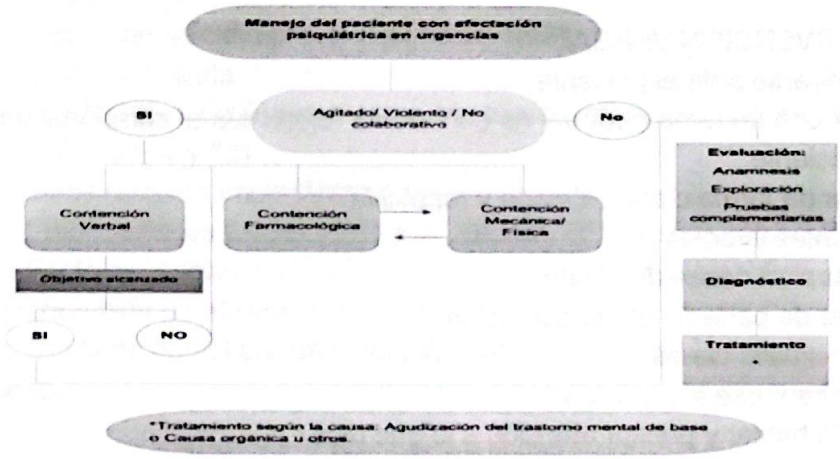
- Identificarse ante el paciente
- Iniciar con un tema neutro y no con temas referentes al comportamiento inadecuado del paciente.
- Hablar de forma clara, calmada y repetitiva
- Preguntas directas
- Asegurar el deseo de ayudar
- Buscar de parte de él - cooperación.
- Poner límites claros
- No enfrentarse al paciente
- Dejarlo hablar y prestar atención a lo que dice
- Explicarle el motivo de contención

INTERVENCIÓN NO VERBAL

- Nunca de la espalda a un paciente violento o con amenaza de violencia.
- Mantenga las manos a la vista del paciente (no meterlas en los bolsillos).
- Evite movimientos bruscos o súbitos.
- Manténgase fuera del alcance de los golpes de paciente.
- Nunca intente tocar al paciente
- Utilizar un tono de voz tranquilo

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner



B. ABORDAJE DE CONDUCTAS SUICIDAS Y PRIMEROS AUXILIOS

Conducta Suicida: Representa hasta el 15% de las emergencias psiquiátricas.
El suicidio es un problema de salud pública con más de 800,000 muertes anuales. Es la segunda causa de muerte en jóvenes (10–34 años).

DEFINICIONES

- Suicidio completo: muerte intencional auto-inflingida.
- Ideación suicida: deseo de morir evidente. Se considera más severa si el paciente ha contemplado un plan suicida concreto.
- Suicidio completo: muerte intencional auto-inflingida.
- Ideación suicida: deseo de morir evidente. Se considera más severa si el paciente ha contemplado un plan suicida concreto.

Factores de riesgo:

- Enfermedad mental (depresión, esquizofrenia, abuso de sustancias).
- Intentos previos.
- Enfermedades físicas crónicas.
- Eventos traumáticos recientes, aislamiento, desempleo.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

Factores con mayor riesgo:

- Intento de suicidio previo (OR hasta 16.3)
- Ideación suicida
- Trastornos psiquiátricos como trastornos del ánimo, psicóticos y de la personalidad (RR entre 4 y 13).
- Otros factores importantes:
- Enfermedades físicas (epilepsia, cáncer, EPOC): RR entre 1.6 y 2.9
- Factores sociodemográficos como desempleo, bajo nivel educativo, deuda financiera y falta de afiliación religiosa.
- Contacto con el sistema judicial, cuidado estatal en la infancia, acceso a armas de fuego.

Criterios de hospitalización

- Falta de red de apoyo.
- Conducta impulsiva.
- Plan suicida concreto.
- Dificultad para llegar a acuerdos terapéuticos.
- Puede requerirse ingreso involuntario

Aunque la autonomía es central, en casos de suicidio prevalece el principio de beneficencia. Se puede hospitalizar involuntariamente al paciente si se considera que no tiene capacidad de decisión.

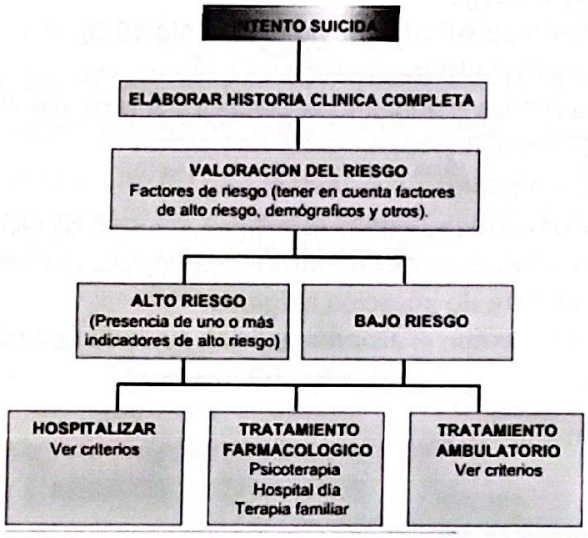
Errores comunes:

- No tomar en serio las amenazas suicidas.
- Subestimar la gravedad por aparente "tranquilidad".
- No considerar antecedentes aportados por terceros.

FLUJOGRAMA PARA EL MANEJO DE INTENTO SUICIDA EN URGENCIAS

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner



¿CUÁNDO HOSPITALIZAR UN PACIENTE?

Éstas son algunas de las indicaciones para hospitalización inmediata:

- Pensamientos recurrentes de suicidio.
- Nivel alto de intención de morir en el futuro inmediato (las siguientes horas o días).
- Agitación o pánico.
- Existencia de un plan para usar un método violento e inmediato.

Primeros Auxilios Psicológicos

Intervención breve, inmediata y no intrusiva
dirigida a personas afectadas por situaciones críticas,
como desastres naturales, accidentes, violencia o pérdidas.
Objetivo: aliviar el malestar agudo, promover la seguridad y facilitar el afrontamiento.
Después de una experiencia potencialmente traumática:

- Accidentes, violencia, desastres
- Duelo, hospitalización, diagnóstico grave
- Situaciones de crisis comunitaria o familiar
- No es psicoterapia

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

***Ley Hansel**: La efectividad de un servicio de intervención en crisis aumenta de modo directo en función de la proximidad tanto al tiempo como al lugar de incidencia.*

» Brindar ayuda y apoyo prácticos, de manera no invasiva
» Evaluar las necesidades y preocupaciones
» Escuchar a las personas, pero no presionarlas para que hablen
» Reconfortar a las personas y ayudarlas a sentir calma
» Ayudar a las personas para acceder a información, servicios y apoyos sociales
» Proteger a las personas de ulteriores peligros.
» No es algo que solo pueden hacer los profesionales.
» No es asesoramiento profesional.
» No es una terapia ni herramienta para hacer diagnóstico
» No es pedir a alguien que analice lo que le ha sucedido o que ordene los acontecimientos.
» Aunque la PAP supone estar disponible para escuchar las historias de las personas, no se trata de instar o presionar para que cuenten sus sentimientos y reacciones ante la situación.

C. ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

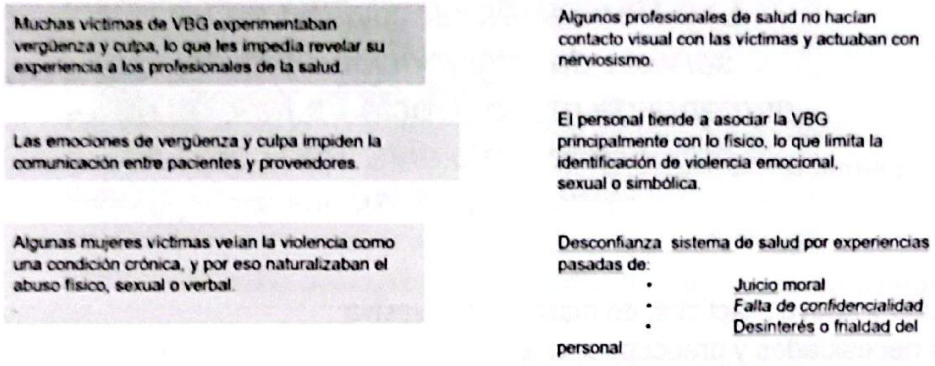
Violencia basada en género (VBG):
Actos que causan daño físico, sexual, psicológico o económico, y que se fundamentan en desigualdades de poder entre géneros. Incluye:

- Violencia sexual (violación, abuso, acoso)
- Violencia física
- Violencia emocional o psicológica
- Matrimonio infantil o forzado

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

- Mutilación genital femenina
- Trata de personas con fines de explotación sexual



El abuso sexual infantil (ASI) se asocia con múltiples problemas en la adultez, como trastornos psiquiátricos, conductas autolesivas y problemas de salud física como VIH u obesidad.

- Psiquiátricos: 2.2–3.3 (por ej. depresión, ansiedad, TEPT)
- Psicosociales: 1.2–3.4 (por ej. revictimización, intentos de suicidio)
- Físicos: 1.4–1.9 (por ej. dolor, obesidad)

Los desenlaces más fuertemente asociados al ASI fueron trastornos como el TEPT y la personalidad borderline.

Asociación significativa entre abuso sexual y los siguientes diagnósticos:

- Trastornos de ansiedad (OR: 3.09)
- Depresión (OR: 2.66)
- Trastornos de la conducta alimentaria (OR: 2.72)
- TEPT (OR: 2.34)
- Trastornos del sueño (OR: 16.17)
- Intento de suicidio (OR: 4.14)

El asalto sexual se asoció con niveles elevados de:

- Estrés postraumático (g = 0.79)
- Depresión (g = 0.63)

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

- Ansiedad (g = 0.46)
- Suicidabilidad (g = 0.78)
- Consumo de sustancias (g = 0.40)

Principios de la atención integral (según la OMS)

1. *Seguridad*: proteger a la persona sobreviviente de más daño.
2. *Confidencialidad*: toda la información debe manejarse de forma privada.
3. *Respeto*: valorar la dignidad y decisiones de la persona afectada.
4. *No discriminación*: ofrecer atención sin juicios ni prejuicios.
5. *Empoderamiento*: promover la autonomía de la persona sobreviviente.

Claves del enfoque LIVES

- No es necesario ser experto para aplicar LIVES.
- El enfoque es centrado en la sobreviviente: sus decisiones, su ritmo, sus prioridades.
- Evita la revictimización.
- Mejora la confianza en el sistema de salud.

L – Listen (Escuchar con atención)

- Escuchar activamente, sin interrumpir.
- Mostrar interés genuino y empatía.
- No presionar para obtener detalles.
- Evitar lenguaje corporal negativo o apresurado.

💬 Ejemplo: "Gracias por confiar en mí para contarme esto. Estoy aquí para escucharte".

I – Inquire about needs and concerns (Indagar sobre necesidades y preocupaciones)

- Preguntar (con sensibilidad) qué necesita o le preocupa en ese momento.
- Enfocarse en su bienestar general: salud, seguridad, hijos, emociones, vivienda, apoyo legal, etc.
- Evitar asumir lo que necesita.

💬 "¿Qué es lo que más le preocupa ahora mismo?"

💬 "¿Hay algo que le gustaría que hiciéramos juntos en este momento?"

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

V – Validate (Validar la experiencia)

- Afirmar que la violencia no es culpa de la mujer.
- Reforzar que tiene derecho a recibir apoyo.
- Evitar cualquier juicio o actitud condescendiente.

💬 "Lo que le ocurrió no está bien. No es su culpa. Tiene derecho a sentirse segura y apoyada."

E – Enhance safety (Promover la seguridad)

- Explorar si hay riesgo inmediato para su vida o la de sus hijos.
- Ayudar a pensar en medidas para aumentar su seguridad (sin imponer).
- Ofrecer opciones: contactos de emergencia, refugios, redes comunitarias.

💬 "¿Se siente segura al volver a casa hoy?"

💬 "¿Hay alguien en quien confíe que pueda ayudarla si lo necesita?"

S – Support (Brindar apoyo continuo)

- Conectar con recursos locales (psicología, trabajo social, servicios legales).
- Acompañar, hacer referencias cálidas cuando sea posible.
- Respetar su decisión de aceptar o no la ayuda en ese momento.

💬 "Hay organizaciones que pueden ayudarla si quiere. Puedo ponerla en contacto o acompañarla."

D. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN DESASTRES Y EVENTOS CRÍTICOS: ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES Y COMUNITARIAS.

El impacto de emergencias y desastres en la salud mental de las personas, familias y comunidades presenta la necesidad de contar con un enfoque psicosocial y de salud mental dentro de la gestión del riesgo, destacando su incorporación en cada fase del ciclo de gestión: prevención, preparación, respuesta y recuperación. Se fundamenta en el enfoque de derechos humanos, diferencial, de curso de vida y salud pública.

Acciones de atención en salud mental.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

Desarrolla acciones por niveles de intervención:

- Nivel 1: Promoción de salud mental y fortalecimiento de capacidades comunitarias.
- Nivel 2: Intervenciones breves no especializadas (PAP, grupos de apoyo).
- Nivel 3: Atención psicológica individual o grupal.
- Nivel 4: Atención psiquiátrica especializada.

Coordinación interinstitucional e intersectorial

- La atención en salud mental no debe funcionar de forma aislada.
- Se promueve una respuesta integrada entre entidades como:
- Salud (hospitales, EPS, CRUE).
- Gestión del riesgo.
- Educación.
- ICBF.
- Organismos humanitarios (Cruz Roja, Defensa Civil).
- ONG y comunidades organizadas.
- Se deben crear mesas de coordinación psicosocial desde los niveles locales hasta el nacional.

Se ha reportado una *morbilidad de hasta el 60% en trastornos psiquiátricos tras desastres*, incluyendo ansiedad, depresión y abuso de sustancias. Los respondedores, al igual que las víctimas, están expuestos a estrés extremo, lo que requiere estrategias específicas de apoyo psicosocial.

E. MANEJO CLÍNICO DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO EN URGENCIAS

Malestar emocional intenso que interfiere con la capacidad de afrontar la situación, relacionado o no con un trastorno mental.

Importancia en urgencias:

- Alta prevalencia (pacientes con dolor crónico, diagnósticos graves, crisis sociales).
- Impacto en la evaluación clínica y adherencia al tratamiento.
- Riesgo de conducta suicida.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

En urgencias lo primero es seguridad y descarte de causas orgánicas.

1. Asegurar entorno seguro
   - Evitar objetos peligrosos, presencia de personal de apoyo.
   - Evaluar riesgo de auto/heteroagresión.
2. ABCD + monitorización
   - Estado de conciencia, signos vitales.
3. Historia breve y dirigida
   - Inicio, factores desencadenantes, antecedentes psiquiátricos, consumo de sustancias.
4. Exploración física y neurológica
   - Buscar signos de intoxicación, trauma, déficit focal.
5. Evaluar riesgo suicida
   - Preguntar de forma directa y sin eufemismos.

Abordaje terapéutico inicial

- Medidas no farmacológicas:
- Escucha activa, tono calmado, validación del malestar.
- Evitar confrontaciones o juicios.
- Reducir estímulos en caso de agitación.

Tratamiento farmacológico (si necesario):

- Agitación sin causa orgánica evidente:
- Benzodiacepinas (ej. lorazepam) para ansiedad/tensión.
- Antipsicóticos de acción rápida (ej. haloperidol, olanzapina) si hay psicosis.
- Siempre monitorizar efectos adversos (especialmente en ancianos).

Interconsulta temprana a psiquiatría cuando:

- Riesgo suicida u homicida.
- Episodio psicótico.
- Descompensación grave de enfermedad mental conocida.

Evaluación de Crisis

Incluye ocho componentes:

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

1. Estado de equilibrio normal
2. Precipitante/estresor
3. Interpretación del significado
4. Estado de crisis
5. Historia selectiva
6. Sistema de apoyos sociales
7. Trastornos previos de personalidad o psiquiátricos
8. Uso de recursos comunitarios

Intervención en Crisis

- Brevedad → normalmente de 1 a 6 semanas, aunque puede extenderse hasta 20 sesiones en psicoterapia de crisis.
- Enfoque en el "aquí y ahora" → más importante resolver el problema actual que explorar a fondo el pasado.
- Orientada a soluciones → identificar el problema principal, priorizar y generar pasos concretos.
- Moviliza recursos → internos (fortalezas personales) y externos (familia, comunidad, servicios).
- Informada por el trauma → considera el impacto emocional y físico del evento.
- Flexible → individual, familiar, grupal o incluso a través de medios virtuales o líneas telefónicas.

F. AUTOCUIDADO EMOCIONAL Y PREVENCIÓN DEL DESGASTE PROFESIONAL EN EL TALENTO HUMANO EN SALUD

El síndrome de burnout se define como una respuesta crónica al estrés laboral, caracterizada por agotamiento físico, mental y emocional, que reduce la realización personal y profesional.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

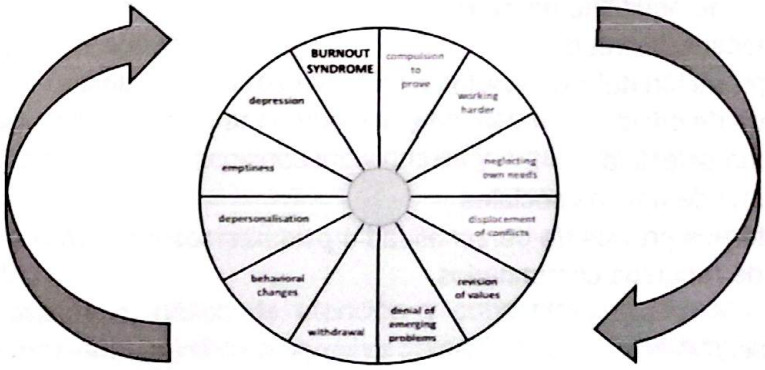


Figure 2 12-stage model for the development of burnout as described by Freudenberger.[9]

1. Agotamiento emocional → estado en el que todos los recursos emocionales se encuentran exhaustos.
2. Despersonalización → una actitud distante, escéptica y negativa hacia las personas bajo el propio cuidado.
3. Reducción de la realización personal → sentimientos de ineficacia y percepciones negativas sobre uno mismo.

Los programas de prevención del burnout pueden enfocarse en:

1. El individuo.
2. La organización del entorno laboral.
3. Una combinación de ambos enfoques.

- Programas centrados en el individuo → consisten, por lo general, en medidas conductuales orientadas a afrontar los problemas laborales.
- Apoyo social.
- Diferentes tipos de ejercicios de relajación o técnicas de manejo del estrés.
- Programas centrados en el entorno laboral → incluyen:
- Cambios en los procedimientos de trabajo.
- Reestructuración de tareas.
- Evaluación y supervisión del trabajo, con el objetivo de reducir la carga laboral y aumentar el control del trabajo y la participación en la toma de decisiones.

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

Nivel individual: mindfulness, manejo del estrés, ejercicio, desarrollo de habilidades de comunicación, grupos de apoyo.
Nivel organizacional: optimizar registros electrónicos, reducir cargas administrativas, ajustar horarios, mejorar liderazgo, fomentar comunidad y sentido de propósito.
El abordaje más eficaz combina acciones individuales y organizacionales.

1. Leve: síntomas físicos inespecíficos (dolor de cabeza, dolor de espalda), algo de fatiga y menor operatividad.
2. Moderado: insomnio, déficit de atención y concentración, desapego, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, pérdida progresiva de motivación y sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y baja autoestima.
3. Grave: aumento del absentismo, aversión a las tareas, despersonalización, abuso de alcohol y psicofármacos.
4. Extremo: conductas de aislamiento, agresividad, crisis existenciales, depresión crónica y tentativas de suicidio.

En el transcurso de la capacitación se realizaron preguntas y se dieron respuestas.

3. Cierre

Siendo las 12:00 m, se dio por terminada la reunión con la participación de 14 mujeres, 02 hombres, para un total de 16 personas.

OBSERVACIONES GENERALES (Propuestas, Cambios y/o Adiciones):

Al terminar la actividad de asistencia técnica se socializo la encuesta de satisfacción, donde se compartió el link https://docs.google.com/forms/d/1Z5L6Wlti4UiJeRWDblCREvXV3OpOC339NrTWiQ6QUbc/viewform?edit_requested=true

TAREAS Y COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN ESTA REUNION

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

QUÉ HACER	RESPONSABLE	FECHA COMPROMISO
Elaborar el acta	Marlly Parra Jaramillo	14/nov/2025

Firmas (responsables)

Marlly Parra J.

MARLLY PARRA
Contratista
Programa de Salud Mental y Convivencia
Secretaría de Salud

Doris. Viafara.

DORIS VIAFARA
Contratista
Programa de Salud Mental y Convivencia
Secretaría de Salud

NOTA: Se anexa listado de asistencia compuesto por un (1) folio.

Elaboró: Marlly Parra – Contratista.
Revisó: Xiomara Roldan – Contratista

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
GESTIÓN TECNOLÓGICA Y DE LA INFORMACIÓN
GESTIÓN DOCUMENTAL

MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)

LISTADO DE ASISTENCIA

MAGT04.03.P003.F007

VERSIÓN 002

ACTA DE REUNIÓN N° 4145.020.14.82.312

FECHA: 14/nov/2025
HORA INICIAL: 09:00 am
HORA FINAL: 12:00 pm
LUGAR: https://meet.google.com/hsc-vdqt-hkk

OBJETIVO: Realizar una capacitación técnica dirigida a los profesionales de las áreas de urgencias de la Clínica Nueva, Clínica Nuestra Señora de los Remedios, Clínica Colombia, Clínica Sebastián de Belalcázar, Clínica Versalles y Fundación Club Noel, con el propósito de fortalecer sus competencias en el abordaje integral de urgencias, emergencias y desastres en salud mental.

ASISTENTES

N°	Nombre	Organismo/Entidad	Teléfono	Correo Electrónico	Firma
1	*diana giraldo*	*clinica nuestra cali*	3194559353	*coordinacion.urgencias@clinicanuestra.com*	*Certifico mi asistencia a la reunión*
2	jhon eimer vasquez agudelo	clinica nuestra Cali	3181099123	trabajosocial@clinicanuestra.com	Certifico mi asistencia a la reunión
3	MARÍA EUGENIA BAUTISTA FERNÁNDEZ	CLINICA COLOMBIA	3106824635	coordinadormedico.urgencias@clinicacolombiaes.com	Certifico mi asistencia a la reunión
4	MARIA ALEJANDRA SANCHEZ PAZ	CLINICA VERSALLES	3214673433	masanchez@clinicaversalles.com.co	Certifico mi asistencia a la reunión
5	MARIA EUGENIA GARCES TOLEDO	CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	3183597259	coordinacion.educacion@cnsr.com.co	Certifico mi asistencia a la reunión
6	Luz Marina Silva Castellanos	Clinica Versalles	3108409180	lmsilva@clinicaversalles.com.co	Certifico mi asistencia a la reunión
7	Sharon Dahyanna Vinasco Millán	Clínica Sebastian de Belalcazar	3122394603	sharon.vinasco@cohanitas.com	Certifico mi asistencia a la reunión
8	LUZ MERY PLAZA	CLINICA SEBASTIAN DE BELALCAZAR	3117427335	lmplaza@cohanitas.com	Certifico mi asistencia a la reunión
9	Vanessa Noriega Fernández	Clínica Nuestra Señora de los Remedios	3108240733	psicologo.clinica@cnsr.com.co	Certifico mi asistencia a la reunión
10	Alba Liliana Loboa Liñan	Clinica Versalles SA	3113630783	alloboa@clinicaversalles.com	Certifico mi asistencia a la reunión
11	Sandra Piedad	Clínica Versalles	3183412944	riesgopsicosocial.cv@gmail.com	Certifico mi asistencia a la reunión
12	Marilyn Gonzalez Gonzalez	Fundación Clínica Infantil Club Noel	3116011501	humanizacion@fciclubnoel.com	Certifico mi asistencia a la reunión
13	Luz Marina Silva Castellanos	Clinica Versalles	3108409180	lmsilva@clinicaversalles.com.co	Certifico mi asistencia a la reunión
14	Doris Viafara	SDS	322 6791052	dorisviafara2@gmail.com	Certifico mi asistencia a la reunión
15	Jairo Alejandro Ramirez	ESE LADERA	317 4317625	picspa25@gmail.com	Certifico mi asistencia a la reunión
16	Marlly Parra J.	SDS	3223065184	marllyparra00@gmail.com	Certifico mi asistencia a la reunión

ste documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

Powered by CamScanner