

# ANTE CUALQUIER SITUACIÓN DE EMERGENCIA



## DIFICULTADES GENERALES PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES

### DIFICULTADES PERCEPTIVAS Y COGNITIVAS

- Dificultad en habilidades de adaptación y respuestas alternativas a situaciones nuevas o parcialmente novedosas.
- En las situaciones de emergencia, falta de iniciativa o autonomía, impulsividad, falta de autocontrol. Lentitud en las respuestas.
- Hipersensibilidad ante algunos estímulos.
- Dificultades para prestar atención y distinguir los aspectos relevantes en una situación de emergencia y en la resolución de la misma.

### DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN

- Dificultades para comunicarse (comprensión de órdenes complejas y expresión de dolencias, necesidades, formular y responder a preguntas, etc.).
- Lenguaje desajustado al contexto (repetitivo, ausencia, extraño).
- Utiliza otros sistemas de la comunicación: lengua de signos española, sistema Braille, etc.

### ALTERACIONES DE COMPORTAMIENTO

- Autolesiones y agresiones.
- Dificultad en el control de los impulsos.
- Hiperactividad.
- Estereotipias.
- Vinculación a algún objeto.
- Ideas delirantes: alteraciones del pensamiento, ideas falsas, etc.
- Alucinaciones.
- Comportamiento gravemente desorganizado (agitación, incapacidad para organizarse, etc)

## PAUTAS DE INTERVENCIÓN

- Controlar la acumulación de personas.
  - Controlar los elementos potencialmente aversivos (material médico, ruidos, luces, objeto brillantes, etc.).
  - Mantener los espacios ordenados.
  - **Pequeña** instigación física para **iniciar** la acción
- 
- Dar instrucciones sencillas, con frases cortas y utilizando vocabulario concreto referido a objetos y acciones.
  - Usar los medios alternativos y apoyos a la comunicación oral que sean necesarios para facilitar el acceso a la información en caso de emergencia: **asegurarnos que nos presta atención y lo ha entendido**.
  - Utilizar gestos, fotos o dibujos.
  - Indicar paso a paso lo que vamos a hacer y reforzar cada paso mediante **reforzadores** (apoyo afectivo-gestual y un elogio ej. “bien”).
  - Ejercer de modelo de lo que queremos que haga.
  - **Pequeña** instigación física para **iniciar** la acción.
- 
- Facilitar el autocontrol y la relajación, cuidando las condiciones del entorno, el tono de voz, la cercanía de persona de referencia, etc.
  - Mantenerse lo más calmado y controlado posible.
  - Adoptar una actitud segura, tranquila y firme. Hablarle en voz baja, no amenazante. Nunca subir el volumen de voz.
  - Asegurarle que no somos una amenaza para él/ella. Dejarle espacio libre, no acorralándolo, a menos que se pretenda sujetarle.
  - Si es posible, introducir algún elemento distractorio en una conversación o actividad de interés para él/ella.
  - Es necesario prestar atención y especial cuidado en:
    - Que la persona vaya acompañada de alguien que realmente la conozca.
    - Contar con información adecuada y suficiente, antes de plantear la sedación (si está es necesaria) respecto a la medicación que ya tome.
    - Contemplar protocolos de contención: es imprescindible recordar que si se trata de contener físicamente a la persona es necesario contar con la información suficiente sobre el uso adecuado (y legal) de las técnicas de contención física.

## CARACTERÍSTICAS PERSONAS CON TEA

- Dificultades sensoriales y de identificación del dolor y el peligro.
- Dificultades de comprensión del lenguaje y de la intención de las demás personas.
- Dificultades para saber qué hacer, en qué orden, por qué y para iniciar la acción.
- Realizar la estereotipia (movimientos repetitivo sin finalidad aparente) puede darle tranquilidad.
- Puede que necesite algo de tiempo desde que recibe la indicación, la procesa y la inicia.
- Dificultades de atención, **mejor con elementos visuales.**

## ENCUENTRO O LLAMADA DE EMERGENCIA

### DISPONIBLE PERSONA DE REFERENCIA

- Posibilidad de que intervenga: comunicar siempre a través de ella.
- No hay posibilidad de intervención: recabar INFORMACIÓN:
  - ¿Qué le puedo ofrecer para que venga conmigo?
  - ¿Deja que se le acerquen/contacto físico?
  - ¿Comprende cuando le hablo?

### NO DISPONIBLE GUÍA/PERSONA DE REFERENCIA PERO SABEMOS QUE ES UNA PERSONA CON TEA

- Asignar en el trayecto a un profesional de emergencias que ejerza de REFERENTE.
- Evaluación de la INFORMACIÓN: gustos/intereses.

### NO SABEMOS NADA

- Atender a los síntomas **conductuales**:
- Estereotipias (movimientos repetitivos sin finalidad aparente).
  - Ausencia/dificultad en el contacto ocular.
  - Dificultad para relacionarse con los demás.
  - No tiene en cuenta fuentes de peligro.
  - Agresividad o autolesiones.
  - Lenguaje desajustado al contexto (repetitivo, ausencia, extraño).

## PAUTAS DE INTERVENCIÓN

### AMBIENTE

- Eliminación de estímulos aversivos: apagar sirenas, galibo, etc.
- Controlar los elementos potencialmente aversivos: material médico, objetos brillantes, etc.
- Mantener los espacios ordenados.
- Localizar un espacio seguro, más **tranquilo**.

### INTERVENCIÓN

- Control del uniforme (gorra, casco, gafas...)
- Acercamiento progresivo a la persona (**sin** aspavientos ni gritos)
- Hablar de forma sencilla, clara y literal (frases cortas o palabras sueltas).
- Actitud serena y tranquila.
- Anticipar paso a paso y de forma visual, si es posible, lo que vamos a hacer.
- Utilizar herramientas visuales (mostrar objetos, fotos, señales, etc.)
- Ejercer de modelo de lo que queremos que haga. Mostrar **reforzadores**.
- Si lo vemos necesario: **pequeña** instigación física para **iniciar** la acción.
- Respetar las estereotipias.
- Dejar un tiempo de respuesta (esperar unos segundos antes de repetir la orden/pregunta).

## CARACTERÍSTICAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

- Dificultades para comprender contenidos abstractos transmitidos de manera oral.
- Dificultades lingüísticas, en la regulación del comportamiento y sentimiento de inseguridad.
- Muestran algunas dificultades en las relaciones sociales, ocasionadas por el desconocimiento de las normas sociales, que son también una consecuencia de las limitaciones del lenguaje.
- Algunas dificultades que se generan al no disponer de un código comunicativo eficaz que asegure la interacción lingüística, el desarrollo cognitivo y lingüístico y la socialización.
- Dificultades adquiridas como la ralentización, regresiones o deterioro en el desarrollo del lenguaje, tanto en la comunicación como en la comprensión oral.

## ENCUENTRO O LLAMADA DE EMERGENCIA

### DISPONIBLE PERSONA DE REFERENCIA

- Posibilidad de que intervenga: será la persona encargada de informar, guiar y tranquilizar a la persona.
- No hay posibilidad de intervención de la persona de referencia. Recabar INFORMACIÓN:
  - Nombre.
  - Resto auditivo.
  - Intereses, palabras o cosas que lo tranquilicen, etc.

### NO DISPONIBLE GUÍA/PERSONA DE REFERENCIA PERO SABEMOS QUE ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

- Asignar a un profesional de emergencias que actúe como guía, preferiblemente que tenga nociones básicas de lengua de signos. En cualquier caso debe utilizar un canal gesto-visual para comunicarse con la persona.
- Ponerse en contacto con la Asociación de Personas Sordas de la localidad para pedir los servicios de un/a intérprete.

## PAUTAS DE INTERVENCIÓN

### AMBIENTE

- Mantener el espacio lo más ordenado posible.
- Localizar un espacio seguro y tranquilo para tranquilizar a la persona.
- Conducir a una zona iluminada para favorecer la comunicación.

### INTERVENCIÓN

- Contacto visual directo durante la comunicación.
- Hablar despacio y vocalizando.
- No gritar para llamar a la persona.
- Utilizar expresiones fáciles que permitan saber si hay comprensión mutua.
- No utilizar argot, tecnicismos ni anglicismos.
- Mantenerse en su campo de visión.
- No llevar objetos en la boca que puedan interferir en la comunicación.

Es importante recordar para el proceso comunicativo la siguiente secuencia:

**LLAMADA, ESPERA, CONTACTO VISUAL Y COMUNICACIÓN.**

## CARACTERÍSTICAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL

- Dificultades para recibir la información del entorno por el canal visual.
- Dificultades para aprender por imitación. Esto conlleva lentitud en el aprendizaje y en la adquisición de conceptos y habilidades.
- Pueden presentar verbalismos (hablar en base a lo escuchado y no por experiencia directa), ecolalias, estereotipias, etc.
- El desarrollo cognitivo puede ser algo más lento, además tienden a distraerse o aburrirse por causa de la pérdida de atención.
- Pueden presentar algunas dificultades en las competencias sociales, falta de expresión facial, gestos, etc.

## ENCUENTRO O LLAMADA DE EMERGENCIA

### DISPONIBLE PERSONA DE REFERENCIA

- Posibilidad de que intervenga: será la persona encargada de informar, guiar y tranquilizar a la persona.

- No hay posibilidad de intervención de la persona de referencia. Recabar INFORMACIÓN:

- Nombre.
- Resto visual.
- Intereses, palabras o cosas que lo tranquilicen, etc.

### NO DISPONIBLE GUÍA/PERSONA DE REFERENCIA PERO SABEMOS QUE ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD VISUAL

- Asignar a un profesional de emergencias que actúe como guía.
- Preguntar antes de ofrecer ayuda.
- Acompañarla en todo el proceso.
- Necesidad de tiempo para explicarle, trasladarla y tranquilizarla.

## PAUTAS DE INTERVENCIÓN

### AMBIENTE

- Mantener el espacio lo más ordenado posible.
- Explicar la función de los estímulos sonoros (como sirenas, etc.) mientras se le guía.
- Explicar la situación utilizando un tono de voz normal y claro.
- Localizar un espacio tranquilo y seguro para tranquilizar a la persona.

### INTERVENCIÓN

- Identificarse.
- Utilizar siempre, para dirigirnos a la persona, su nombre.
- Hablar directamente con la persona, despacio, claro y sin gritar.
- Colocarse donde pueda verle, especialmente si tiene visión funcional.
- Comunicarle en todo momento que se está haciendo, qué se va a hacer, donde estamos, donde vamos, etc.
- Contestar a sus preguntas.
- Tocarle en el hombro para llamar su atención.
- Deje que la persona agarre ligeramente su brazo u hombro para guiarse y tenga en cuenta que tal vez escoja caminar un poco atrás para evaluar las reacciones de su cuerpo frente a los obstáculos.

## CARACTERÍSTICAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- Dificultades para prestar atención, distinguir los aspectos relevantes de la emergencia y tomar iniciativa para la resolución de la misma.
- Dificultades para memorizar o recordar algo nuevo.
- Dificultades de comprensión y expresión del lenguaje.
- Dificultades para saber qué hacer, en qué orden, por qué y para iniciar la acción.
- Dificultades en la anticipación y sentido de peligro en situaciones no habituales.
- Presentan dificultades en habilidades de la vida diaria: identificar síntomas de enfermedad, tratamiento y prevención de accidentes, buscar ayuda en casos necesarios, desplazamientos, etc.

## ENCUENTRO O LLAMADA DE EMERGENCIA

### DISPONIBLE PERSONA DE REFERENCIA

- Posibilidad de que intervenga: comunicar siempre a través de ella.
- No hay posibilidad de intervención: recabar INFORMACIÓN:
  - ¿Comprende lo que le hablo?
  - ¿Qué puedo ofrecerle o decirle para que venga conmigo?

### NO DISPONIBLE GUÍA/PERSONA DE REFERENCIA PERO SABEMOS QUE ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- Asignar en el trayecto a un profesional de emergencias que ejerza de REFERENTE.
- Evaluación de la INFORMACIÓN: gustos/intereses.

### NO SABEMOS NADA

- Atender a los síntomas **conductuales**:
- No tiene en cuenta fuentes de peligro.
  - Dificultades para comunicarse (comprensión órdenes complejas, expresión dolencias, necesidades, formular y responder a preguntas, etc.).
  - En las situaciones de emergencia, falta de iniciativa o autonomía, impulsividad, falta de autocontrol. Lentitud en las respuestas.

## PAUTAS DE INTERVENCIÓN

### AMBIENTE

- Eliminación de estímulos ambientales aversivos: apagar sirenas, galibo, etc.
- Controlar la acumulación de personas.
- Mantener los espacios ordenados.
- Localizar un espacio seguro **más tranquilo**.

### INTERVENCIÓN

- Dar instrucciones sencillas, con frases cortas y utilizando vocabulario concreto referido a objetos y acciones.
- Utilizar gestos, fotos o dibujos.
- Indicar paso a paso lo que vamos a hacer y reforzar cada paso mediante **reforzadores** (apoyo afectivo-gestual y un elogio “bien”).
- Ejercer de modelo de lo que queremos que haga.
- **Pequeña** instigación física para **iniciar** la acción.

## CARACTERÍSTICAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA: PARÁLISIS CEREBRAL

- Limitación en la movilidad y la manipulación.
- Bajo nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria. Dependencia en las actividades de la vida cotidiana de aquellas personas más habituales.
- Labilidad emocional (manifestaciones emocionales desatadas y/o inhibidas ante situaciones de emergencia).
- Escaso interés por interactuar.
- Alteraciones en el habla.
- Dificultades en las habilidades sociales.

## ENCUENTRO O LLAMADA DE EMERGENCIA

### DISPONIBLE PERSONA DE REFERENCIA

- Posibilidad de que intervenga: comunicar siempre a través de ella.
- No hay posibilidad de intervención: recabar INFORMACIÓN:
  - ¿Comprende lo que le hablo?
  - ¿Qué puedo ofrecerle o decirle para favorecer la interacción?

### NO DISPONIBLE GUÍA/PERSONA DE REFERENCIA PERO SABEMOS QUE ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD FÍSICA

- Asignar en el trayecto a un profesional de emergencias que ejerza de REFERENTE.
- Evaluación de la INFORMACIÓN: gustos/intereses.

### NO SABEMOS NADA

- Discriminar si la persona sólo presenta una discapacidad física o va acompañada de parálisis cerebral observando:
- Si comprende lo que le decimos.
  - Su nivel de expresión.
  - Su sistema de comunicación

## PAUTAS DE INTERVENCIÓN

### AMBIENTE

- Eliminar todos los obstáculos que puedan dificultar el acceso y/o salida de la persona con discapacidad física.
- Tratar a la persona de forma individualizada.
- Identificar los medios técnicos específicos y personales necesarios para movilizarla.

### INTERVENCIÓN

- Anuncie su presencia y ofrezca su ayuda, pero deje que la persona explique qué necesita.
- Dirijase a la persona sin gritar, hablando de forma natural y directa al individuo, utilizando apoyos visuales (dibujos, fotos, gestos).
- Describa por adelantado la maniobra que va a ejecutar y recuerde mencionar escaleras, puertas, pasillos estrechos, rampas y cualesquiera otros obstáculos presentes en el recorrido.

## ENCUENTRO O LLAMADA DE URGENCIA

- Recabar de la persona con riesgo suicida, de su familia o de la persona informante, al menos, la siguiente información:

- **Antecedentes de Trastorno Mental:** fundamentalmente depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno límite (inestabilidad emocional).

- Explorar si existe consumo de tóxicos, acontecimientos estresantes recientes, otras enfermedades y ausencia de apoyo familiar.

- En todos los casos preguntar por **antecedentes personales de intentos de suicidio:** a mayor número de intentos, a mayor gravedad de los intentos en el pasado, a mayor grado de ocultación de los mismos: MAYOR RIESGO DE QUE VUELVA A COMETER UN INTENTO SUICIDA.

## MITOS SOBRE EL SUICIDIO

### FALSO

1. La persona que se quiere matar no lo dice
2. La persona que lo dice no lo hace.
3. La persona que se repone de una crisis suicida no corre peligro de recaer.
4. Solo las personas con problemas graves se suicidan.
5. Al hablar sobre suicidio con una persona en riesgo se le puede incitar a que lo realice.
6. Después de un ingreso hospitalario, disminuye el riesgo suicida.

### VERDADERO

1. De cada 10 personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos.
2. Toda persona que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
3. Casi la mitad de las personas que atravesaron por una crisis y lo consumaron fue durante los tres primeros meses tras la crisis emocional.
4. El suicidio es multicausal. Muchos problemas pequeños pueden llevar al suicidio.
5. Está demostrado que hablar sobre suicidio reduce el peligro de cometerlo.
6. Tras un alta reciente de una Unidad Hospitalaria de Salud Mental, las personas con diagnóstico de esquizofrenia, tienen un mayor riesgo.

## FACTORES DE RIESGO

### EDAD

**INFANCIA:** eventos traumáticos (maltrato, abuso, acoso escolar, etc.).

**ADOLESCENCIA:** nivel socioeconómico bajo, migración, paro, eventos traumáticos (maltrato, parentalidad disfuncional, abusos, violencia, divorcios, etc.), impulsividad, personalidad antisocial o agresiva, trastorno mental, abuso de sustancias, etc.

- **TERCERA EDAD:** soledad, depresión, enfermedades invalidantes, etc.

### ENFERMEDAD

- **SOMÁTICAS:** epilepsia, accidente cerebrovascular, lesión medular, cáncer, SIDA, afecciones crónicas, etc.

- **MENTAL:** depresión, trastorno bipolar, alcoholismo, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, ansiedad, desesperanza, impulsividad o agresividad, etc.

### FACTORES SOCIALES

- **ESTADO CIVIL:** soltería, viudedad, divorcio.

- **PROFESIÓN:** sanidad, veterinaria, farmacia, química.

- **ESTATUS LABORAL:** desempleado.

### FACTORES AMBIENTALES

- **ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES:** dificultades económicas, interpersonales, pérdidas de seres queridos, cambios vitales importantes, sentimientos de culpa y desesperanza.

- **ACCESO A MEDIOS:** falta de control externo, acceso a medicación.

- **OTROS:** tentativas previas, historia familiar, violencia doméstica.

## INTERVENCIÓN

### PRIMER CONTACTO

Debe realizarse en un ambiente tranquilo y que garantice un mínimo de intimidad.

- NO juzgarle. No reprocharle su manera de pensar o actuar.

- Tomar las amenazas en serio, no criticar, no discutir, no utilizar sarcasmos, ni desafíos. Minimizar sus ideas es una actitud equivocada.

- Adoptar una disposición de escucha reflexiva y con empatía.

- Emplear términos y frases amables y mantener una conducta de respeto.

- Hablar de su idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor.

Estar atento a posibles señales de alarma:

- Comentarios negativos sobre sí mismo (*mi vida no tiene sentido*).

- Comentarios negativos sobre el futuro (*mis problemas no tienen solución*).

- Comentarios relacionados con el acto suicida o la muerte (*no merece la pena seguir viviendo*).

- Cerrar asuntos pendientes.

- Preparación de documentos (testamento, seguros de vida, etc.).

- Desprenderse de objetos personales.

- Despedidas verbales o escritas.

- Limitar el acceso a medios lesivos.

- Retirar de su entorno materiales que puedan ser utilizados con finalidad suicida.

### MANEJO INICIAL

- Permitir que la persona exprese los sentimientos con sus propias palabras.

- Preguntas útiles pueden ser:

1. ¿Se siente feliz?
2. ¿Se siente desesperado/a?
3. ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
4. ¿Siente la vida como una carga?
5. ¿Siente que no merece la pena vivir?
6. ¿Siente o ha sentido deseos de matarse?

Se ha de tener lo más claro posible la valoración de las ideas suicidas.

1. Sin ideas de muerte.
2. Deseo suicida pero sin intención de materializarlo.
3. Deseo suicida, intención de materializarlo sin ningún plan concreto.
4. Planificación suicida. Tiene una forma decidida de acabar con su vida.

### DERIVACIÓN

- Deben conocerse los teléfonos y servicios de emergencia y atención.

- No dejar sola a la persona con riesgo suicida e involucrar a la familia y/o allegados.

- Ideas suicidas con Trastorno Mental y otros factores de riesgo: remitir a Servicio de Salud Mental.

- Ideas suicidas y Trastorno Psiquiátrico, acontecimientos estresantes e intentos previos: remitir a Salud Mental para valorar hospitalización.

## ENCUENTRO O LLAMADA DE URGENCIA

Se puede denominar psicosis aguda. La persona puede presentar una conducta "rara", hostil o difícil de controlar. Está muy asustada por los síntomas que experimenta: pueden sentirse perseguidos, amenazados o controlados.

Pueden ver u oír cosas no reales, están desorientados, con dificultad para pensar, deprimidos, o con un estado de ánimo exaltado. Pueden presentar ansiedad, pánico y conductas agresivas o suicidas.

## INFORMACIÓN.

Se debe preguntar a la persona, familiar o allegado cuándo comenzó este estado, si ha ocurrido algún episodio anterior y si existen datos de cualquier tratamiento previo o actual.

Es necesario recabar información sobre antecedentes de diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, consumo de tóxicos y enfermedades orgánicas. Es importante conocer si han existido episodios previos de violencia.

**La descompensación de una persona con un trastorno mental es una emergencia que requiere atención sanitaria.**

**Una vez identificadas, estas personas deben ser abordadas por los servicios de salud mental y evitar, en lo posible, su entrada en el sistema judicial.**

En ocasiones estas emergencias conllevan **agitación y agresividad**. La agresividad no es exclusiva de la enfermedad mental, puede darse por causas económicas, criminales o por abusos en el ámbito familiar.

En las personas con trastornos mentales graves, las conductas violentas pueden aumentar cuando existen delirios persecutorios y de control por una fuerza externa.

## FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTA AGRESIVA

- Factores demográficos:

Varón. Joven.

Barrios socialmente desfavorecidos. Falta de apoyo social. Problemas de empleo.

- Historia vital:

Maltrato y trastorno de la conducta en la infancia.

Primer acto de violencia a edad temprana. Historia de criminalidad no violenta.

- Historia clínica:

Psicopatía. Abuso de sustancias.

Trastorno de la personalidad. Esquizofrenia.

No cumplimiento con el tratamiento.

- Factores psicológicos y psicosociales:

Impulsividad. Sospecha. Celos patológicos.

Alucinaciones de órdenes.

- Contexto Actual:

Amenazas de violencia. Disponibilidad de armas.

## PREVENCIÓN

Es necesario identificar precozmente posibles descompensaciones de la enfermedad. A veces pueden presentarse síntomas premonitorios.

Las conductas agresivas se pueden predecir por la existencia de amenazas a víctimas accesibles y por la elaboración de un plan de agresión.

Signos de violencia inminente son: irritabilidad, amenazas, mirada fija desafiante, aumento de la actividad, actitud temerosa, proximidad excesiva a personas involucradas y agresión a objetos.

## COMUNICACIÓN

La persona en situación de descompensación aguda, puede tener el pensamiento bloqueado (como la mente en blanco), el lenguaje empobrecido, con retrasos para responder y con dificultades para mantener la atención y la concentración.

Debemos comunicarnos: con mensajes breves, concisos, claros, sin recurrir a metáforas, abordando una sola idea, acortando las conversaciones y asegurándonos de lo que ha entendido.

**Una persona en situación de descompensación puede tener ideas delirantes, de las que está convencido y le condiciona su conducta. Lo más habitual es que piense que le persiguen, que todo se refiere a él, que quieren hacerle daño.**

**Debemos intentar:**

- Ayudarle a cambiar de tema, de forma respetuosa y sensible.

- No seguirle la corriente.

- No profundizar en la conversación o contradecirle de forma brusca y radical.

- Manifestar que pensamos de otra forma, sin discutir las razones.

- Puede dar resultado cambiar de "ambiente" e iniciar otra conversación.

- Transmitir comprensión por el malestar que provoca el delirio.

**CONSULTA Y DERIVACIÓN.-** Debe procurarse una valoración sanitaria con inmediatez. Puede requerirse un ingreso en una unidad de salud mental de un hospital general.

Deben conocerse los pasos para solicitar la atención de los servicios sanitarios de urgencias. La información proporcionada a los profesionales sanitarios debe describir lo que hace o dice la persona afectada.

**Soporte legal:** Resolución 261/2002, de 26 de diciembre, de la Dirección Gerencia del SAS regula la Atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos, así como el requerimiento de auxilio a los cuerpos y fuerzas de seguridad.

## EN CASOS DE TRASTORNOS DE CONDUCTA

- Usted y el paciente deberán estar en una posición que les permita llegar a la puerta con facilidad, debiendo estar abierta.

- El entorno debe ser seguro, sin objetos potencialmente peligrosos.

- Mantenga la distancia, no se acerque demasiado. El paciente violento necesita más espacio que los demás. Nunca se acerque al paciente por detrás, ni de manera brusca.

- Nunca de la espalda al paciente.

- No busque la confrontación, no mire a los ojos, intente asumir una expresión facial y un tono de voz neutros, busque una postura corporal relajada, evite posturas como brazos cruzados o manos detrás de la espalda.

- El paciente no debe permanecer solo.

- Si hay otras personas que podrían desencadenar la violencia del paciente, dígasles que se salgan de ese área.

- Aporte información y apoyo a los familiares y personas cercanas.

### Estrategias verbales:

- Preséntese y explique lo que va a hacer.

- Utilice palabras sencillas, frases cortas y claras, y hágalo de forma tranquila.

- Ayude al paciente a recuperar su orientación.

- Busque, por lo menos al principio, preguntas dirigidas a establecer una alianza y espere a tratar después los temas más delicados.

- Establezca límites de conducta aceptable y explique al paciente que no se permitirán las violaciones de ésta.

- Cuando tenga que comunicar su decisión, hágalo de forma clara y sencilla.

**No se debe esperar hasta el último momento para intervenir.**

Lo primero es conocer si existe riesgo vital y garantizar la protección y seguridad de las personas.