



BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA

ATENCIÓN PRIMARIA

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

LA COMUNICACIÓN DE UNA MALA NOTICIA:

El proceso de duelo empieza con la comunicación de la mala noticia. Ésta causará shock, desesperación, un período de búsqueda, negación y aceptación con diferentes respuestas emocionales. Para poder hacer frente a la mala noticia, la persona necesita generalmente trabajar este proceso varias veces.

La comunicación de la mala noticia por parte del personal sanitario se puede realizar en tres etapas:

1. Comunicar la mala noticia.

La mala noticia conviene comunicarla pronto y de forma clara. Cuanto más se pospone, peor se sentirá la persona afectada. Utilizar únicamente una o dos frases introductorias para dar la noticia. Ser muy preciso y claro. No utilizar lenguaje eufemístico, ser directo.

2. Responder a las necesidades de los afligidos.

El recibir la mala noticia origina un proceso que, afortunadamente, en la mayoría de los casos finalizará con la aceptación de la misma. El comienzo de este proceso se caracteriza habitualmente por la confusión. Tal como se ha mencionado anteriormente, esta confusión puede manifestarse de diversas formas, que van desde la formulación de muchas preguntas a dirigir el enfurecimiento contra la persona que comunica la mala noticia, o quizá a una absoluta paralización.

La persona que comunica la mala noticia puede continuar apoyando a la familia. Ésta sería la mejor forma de hacerlo:

- *Mostrar paciencia.*

- *Respetar los pensamientos y sentimientos de los familiares*, no tomando iniciativas. El contenido de la conversación debe determinarlo los familiares. No conviene que los profesionales sanitarios inicien los temas de conversación.

- *Solicitar más explicaciones* si las cosas no quedan suficientemente claras, con preguntas abiertas: ¿Cuándo?, ¿Qué?, ¿Dónde?, ¿Por qué?

- *Aceptar los sentimientos y pensamientos de los familiares* y manifestar dicha aceptación. Un modo adecuado de aceptación sería el reflejar las emociones expresando un breve resumen de lo que los familiares han manifestado.

- *Facilitar la información solicitada.* Cuando los familiares piden más información, lo más adecuado es proporcionársela, comprobando siempre que pueden comprender las explicaciones. El modo en que formulan las preguntas puede ser un indicador de su estado emocional y de su capacidad de comprensión en ese momento. Si detectamos un comportamiento desorganizado e irracional que dificulte la escucha y la comprensión, es preferible ofrecer la alternativa de responder a sus preguntas en un momento posterior, aunque nunca negándose a hacerlo cuando ellos lo solicitan.

- *No sentirse personalmente ofendido por las reacciones de los familiares.* Es comprensible que se quiera, por ejemplo, aclarar cualquier

agresión dirigida hacia el personal sanitario. Sin embargo, esto inhibirá la aceptación de la mala noticia. Es mejor reflejar las emociones que se han observado diciendo, por ejemplo: "se siente muy enojado, ¿verdad?".

3. Discutir el futuro.

Únicamente después de la segunda etapa puede el familiar empezar a pensar en el futuro. El familiar puede indicar que desea hablar de ello diciendo, por ejemplo: "¿Qué ocurrirá ahora?".

De esta forma el profesional sanitario sabe que el familiar está preparado para afrontar la nueva situación. Tenga mucho cuidado al tomar iniciativas. Utilice el reflejo de las emociones: "¿Se pregunta usted que pasará ahora?", o una pregunta abierta: "¿Qué es lo que usted quiere hacer en este momento?".

Si quisiéramos solicitar la donación de órganos, en general no debería efectuarse antes de esta última fase de la comunicación de la mala noticia. El momento de hablar de la donación depende de las preguntas del familiar. Si el familiar no hace preguntas, usted podría sugerirle si le gustaría estar un rato solo, o con otras personas, pero no debe introducirle el tema de la donación. Deje muy claro que volverá más tarde. Sólo entonces puede abordar el tema.

ATENCIÓN AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO:

Referente a las II Jornadas S.U.E. 061 celebradas el 16 de marzo de 2006, vamos a refrescar algunas de las conclusiones que se extrajeron de la mesa, ya que parece que se vuelve a reabrir el debate sobre la utilización de la UME en la atención a estos pacientes.

TIPOS DE PACIENTES:

En primer lugar, hay que tener en consideración el tipo de enfermo al que debemos atender, evitando confundir enfermo psiquiátrico con paciente agresivo, diferenciando entre los posibles casos:

I) *Paciente colaborador*: persona que accede a su traslado. Proceda al traslado y permita la presencia de un acompañante durante el traslado si lo considera oportuno.

II) *Paciente no colaborador*:

- A) *Persona no agresiva*: Intente convencerla verbalmente. Si no es posible comuníquela a familiares la necesidad de inmovilización. Permita un acompañante durante el traslado.
- B) *Persona agresiva*: Intente convencerla verbalmente, si no es posible indique a la familia la necesidad de inmovilización. Indique a los familiares que en lo posible se retiren de la escena, y en cualquier caso, que colaboren con el personal sanitario.
- C) *Persona violenta o peligrosa*: Si la persona a la que tiene que atender el personal sanitario no puede reducirse por éste, por ser violenta o peligrosa, por portar armas u otros riesgos será la Policía la encargada de reducirla. El posterior traslado se puede efectuar con o sin escolta policial, según criterio médico, pero dicha escolta siempre debe ser externa, o sea que los agentes de la Policía deben ir en otro vehículo, nunca en la ambulancia.

CONCLUSIONES:

- 1) El paciente psiquiátrico es un paciente más que debe ser atendido según su nivel de gravedad.
- 2) Las personas agresivas, violentas o peligrosas que necesiten asistencia médica deben ser reducidas por la Policía.
- 3) Los pacientes psiquiátricos y a la vez peligrosos deberán ser reducidos así mismo, por la Policía.
- 4) Los pacientes psiquiátricos, peligrosos o no que debamos trasladar contra su voluntad, lo harán siguiendo los **requisitos legales para el traslado forzoso**:
 - a) **Orden Judicial**, que debe contener la filiación completa, fechas de vigencia de la orden y firma y sellos del juzgado.
 - b) **Orden Médica**, que debe contener la filiación del sujeto, el nombre, número de colegiado y firma del médico, fecha de vigencia (máximo 24 horas) y contenido que refleje la valoración médico-psiquiátrica del sujeto y la necesidad de traslado urgente y forzoso de forma clara.

5) **DEBE SER LA UNIDAD MÉDICA DE EMERGENCIAS LA QUE PROPORCIONE ASISTENCIA A PACIENTES PSIQUIÁTRICOS PELIGROSOS O QUE DEBAN TRASLADARSE FORZOSAMENTE, EN LOS LUGARES EN LOS QUE NO HAYA UNIDADES ESPECIALES PARA ELLO, YA QUE SON LOS ÚNICOS QUE PUEDEN LLEVAR A CABO DICHA FUNCIÓN DE FORMA CORRECTA.**

PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN:

1) Solicite la mayor información posible.

- 2) Aproxímese al lugar valorando el uso de sirenas y rotativos, evitando estímulos estresantes.
- 3) Realice un análisis de la situación valorando la seguridad del lugar de actuación para el personal y el paciente y el estado actual del paciente: agitado, violento, con intención suicida, etc.
- 4) **Nunca** intervenga si no está asegurada su seguridad.
- 5) Busque a miembros familiares o acompañantes dispuestos a colaborar.
- 6) Diseñe un plan de intervención del equipo actuante.

BIBLIOGRAFÍA:

- Manual de referencia del Programa Integral Europeo para la donación de órganos.
- Esquemas prácticos en medicina de urgencias y emergencias.
- Manual de Procedimientos SAMUR-Protección Civil Ayuntamiento de Madrid.
- Jornadas sobre actuación con personas con trastorno mental (Academia G. Canaria 2005).

Dirección internet:

<http://www.msd.es>

<http://www.msc.es>

<http://personales.ya.com/laemental>

http://www.psiquiatria24x7.com/bgdisplay.jhtml?itemname=ingreso_involuntario

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/SMental2003_2007.pdf

AUTOR:

D.U.E. D^a. Penélope Bernardini Amador

COLABORADORES:

Dr. D. Fernando Pérez-Padilla García
D.U.E. D^a. Margot Bernardini Amador

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Sanitaria de Ceuta que desee publicar algún artículo.



EDITA:

© INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA – DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA

GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA. Recinto Sur, s/n. – CEUTA

Catálogo General de Publicaciones Oficiales: <http://www.060.es>

Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 356-07-003-0

