

# Manejo del paciente en las urgencias psiquiátricas

## *Patient management in psychiatric emergencies*

M.C. Benedito Monleón

### **Resumen**

*El propósito de este artículo es analizar las actitudes más adecuadas que deben adoptar los profesionales que trabajan en las urgencias psiquiátricas. En su contenido se incluyen las actitudes iniciales y generales que el personal de enfermería y los facultativos deben adoptar ante los enfermos y sus familiares, el acercamiento en la intervención en crisis, las actitudes que se aconsejan en la entrevista con el paciente autoagresivo o suicida, el manejo del paciente agitado y heteroagresivo, los deseos, necesidades y demandas de los pacientes que son atendidos en las urgencias psiquiátricas, las principales técnicas de comunicación con los pacientes y unas consideraciones generales y finales a modo de reflexión, resumen y conclusión.*

**Palabras clave:** Urgencias psiquiátricas. Actitudes de los profesionales. Manejo psicológico.

### **Summary**

*The aim of this article is to analyze the most suitable attitudes of professionals facing psychiatric emergencies. The content includes initial attitudes and general approach to psychiatric patients and their relatives by nurses and physicians, crisis intervention, recommended attitudes during anamnesis of self-destructive or suicidal patient, management of agitated and violent patient, as well as the desires, needs and demands of patients, and main communication techniques.*

**Key words:** Psychiatric emergencies. Professional attitudes. Psychological management.

---

Unidad de Salud Mental de Burjassot

**Correspondencia:** Dra. M<sup>a</sup> Carmen Benedito Monleón  
Unidad de Salud Mental de Burjassot  
C/ 222 n<sup>o</sup> 16 - La Cañada  
46182 Paterna (Valencia)

## RECOMENDACIONES EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, la palabra actitud significa "Postura del cuerpo humano, especialmente cuando es determinada por los movimientos del ánimo o expresa algo con eficacia". "Disposición de ánimo manifestada de algún modo". Algunos sinónimos de la palabra actitud son disposición, talante, comportamiento, conducta, ademán, gesto, postura, posición, aspecto y porte. De todo ello trataremos en las siguientes páginas.

El primer paso en la atención de las urgencias psiquiátricas es la admisión del paciente y es el personal de enfermería el responsable de la recepción. La definición de recepción y/o admisión incluye la acogida, recibimiento, bienvenida, aceptación y aprobación. Poner en práctica una recepción de calidad en las urgencias psiquiátricas significa por tanto aplicar los conceptos de hospitalidad y cordialidad. Es tener la voluntad de centrar el trabajo en los aspectos humanos, emocionales y sociales de la asistencia. Es crear un ambiente agradable, con personas próximas y cálidas.

En la primera entrevista es más importante establecer un espacio terapéutico que precisar un diagnóstico. Los primeros minutos de este contacto inicial son cruciales, tanto para el paciente, como para la familia. Cuando una persona acude a urgencias queda desvinculada de su medio habitual, se ha de adaptar a un espacio nuevo y desconocido que puede ser vivido como hostil, favoreciendo los sentimientos de inseguridad y miedo, en un momento en el que la persona no dispone de recursos para afrontar los sentimientos que le emergen. En estas circunstancias, tener un referente conocido y alguien a quien dirigirse es tranquilizador.

Por otra parte, el ingreso de un paciente en el hospital introduce un elemento de cambio en la dinámica con su entorno que resulta estresante para la familia. En ocasiones, el ingreso se realiza, no tanto por el paciente, sino por las dificultades del entorno para contener la descompensación aguda de éste. Es necesario facilitar a la familia un espacio de atención que resulte tranquilizador y que proporcione información del

estado y la evolución del paciente. La atención de enfermería a la familia permite un contacto rápido con la finalidad de canalizar y contener las inquietudes que pueden aparecer en relación con la situación de ingreso. En definitiva, el eje central del trabajo de enfermería con el paciente y la familia es la relación de ayuda.

Para el facultativo, la intervención psiquiátrica de urgencia supone un reto especial, ya que exige la toma de decisiones rápidas y eficaces ante situaciones críticas, disponiendo de información escasa y difícil de obtener. Lo habitual es encontrarse con una demanda excesiva e imprevisible que, en ocasiones, copa los espacios y los recursos de personal, en un clima azaroso y lleno de incertidumbre. Los profesionales necesitan flexibilidad y capacidad para adaptarse a estas circunstancias. En este tipo de atención, se ven asediados por un sin fin de demandas y deben hacer un esfuerzo para contrarrestar esta ola de peticiones que, envueltas en sufrimiento, pueden inducirles a actuar precipitadamente. Adicionalmente, la presión del tiempo puede dificultar la relación entre el médico y el paciente. La calidad de la intervención y la relación medico-paciente es el objetivo más importante y tiene implicaciones fundamentales en el tratamiento y en el curso de la enfermedad.

El profesional que atiende urgencias psiquiátricas debe manifestar una actitud de compostura, confianza, amabilidad, acogida y calma. Transmitir al paciente que se le comprende y se le va a ayudar es ya una acción terapéutica eficaz. El sentido común y las actitudes humanitarias resultan, a veces, más efectivos que cualquier medicación. El médico ejerce su acción terapéutica en base, no sólo a sus conocimientos técnicos, sino también a través de su figura como terapeuta y de sus actitudes. El denominado efecto placebo es una combinación entre la actitud de confianza y esperanza del paciente, y una adecuada y acogedora actitud médica. En estos casos, se está curando a través del diálogo y la relación con el paciente.

Es indiscutible que ciertas peculiaridades del trabajo en urgencias influyen en la sensibilidad y el entusiasmo del equipo, llegando a describirse el síndrome del agotamiento, en donde se trabaja descuidando normas, sin compromiso real con

los pacientes y la institución. Predisponen a esta situación la presión asistencial, un trabajo sin estímulo académico, sin conexión con otros centros de derivación, la aparición de pacientes que acuden reiteradamente al servicio con los que se aprecia que no hay mucho que ofrecer, la falta de sueño, las incomprendiones de otros colegas, las disposiciones reglamentarias que restringen atribuciones y generan malos entendidos, el plazo dilatado para la continuación de la terapia a nivel ambulatorio, la escasez de recursos, la incapacidad para satisfacer las demandas y expectativas de los usuarios, etc. La supervisión grupal para aliviar la carga emocional, encontrar estrategias que estimulen la reflexión en común, la participación de los diferentes profesionales, la redefinición de cada rol profesional, de sus competencias y funciones, el respeto por el trabajo del otro, la tolerancia de opiniones, el humor y la psicoeducación sobre el *burn-out* pueden resultar de utilidad para contrarrestar esta situación de agotamiento físico, mental y emocional.

En la atención al paciente se produce una relación desigual, un sentimiento de inseguridad y dependencia, al que se suman la preocupación por el aspecto técnico y el interés por la enfermedad, en detrimento de la persona, la palabra y la relación. Las dimensiones del centro sanitario, la multiplicidad de personal y la ausencia de relación personalizada se asocian para contribuir a abrumar al enfermo, acentuar su vulnerabilidad y aumentar su desconcierto.

Es importante considerar que la ansiedad y el miedo del paciente pueden entorpecer la entrevista, pudiendo manifestarse en forma de hostilidad, deseo de huida, autoritarismo, negación, culpa, vergüenza, abatimiento o seducción. Casi ineludiblemente, el paciente presentará alguna reacción de angustia, desconfianza, reticencia, ambivalencia, etc., que precisa ser atendida adecuadamente. Hay que flanquear esa barrera invisible que impide el contacto, dándose el tiempo apropiado, aún sin palabras, a través de todo aquello que le decimos al paciente cuando no le hablamos. La mirada, los gestos, los ofrecimientos sencillos u órdenes simples puedan incitar al encuentro.

Algunos autores apuntan que la adhesión al tratamiento recomendado en las urgencias psiquiátricas es generalmente muy baja y este hecho,

a menudo, conduce a repetidas utilizaciones de los servicios de urgencias psiquiátricas. Además, se ha constatado que la escasa motivación que los pacientes presentan tras acudir a los servicios de urgencias psiquiátricas está en relación con esta pobre adherencia al tratamiento. Por todo ello, a pesar de las dificultades, es fundamental favorecer desde el primer contacto la alianza y la empatía con el paciente. A partir de ahí, será más sencillo disminuir el miedo, la angustia, la desesperación y la frustración, calmar la agitación y atender las preocupaciones del paciente. Sintonzar con las reacciones emocionales del paciente, ofrecerle ayuda y que él lo perciba es el camino para encontrar la cooperación del enfermo.

Finalmente, en este primer encuentro, es fundamental también ocuparse de los familiares. Ellos comparten gran parte de las emociones del paciente. En ocasiones, los familiares acuden agotados por el esfuerzo realizado hasta el momento, participan y colaboran limitadamente, esperando que el servicio de urgencia y la institución hospitalaria se haga cargo del enfermo. Es evidente que la influencia de la enfermedad no sólo daña al enfermo, sino también a su red de apoyo. Con la familia, se debe identificar la percepción que tiene del paciente, de su situación actual y del tratamiento de la misma, ya que en muchas ocasiones dicha percepción hace que la urgencia sea más de la familia que del paciente mismo. Resulta además útil, preguntar a la familia qué opina sobre el tratamiento o disposición sugerida, a fin de identificar y prevenir problemas de cumplimiento. Es importante tranquilizarles, verbalizarles que han hecho lo que debían, que el paciente se encontrará mejor, informarles de cuáles son las normas y procedimientos del servicio, etc.

Por otra parte, es frecuente que los familiares perjudiquen la atención por motivos personales y/o por la ansiedad de la situación. Si se diera el caso de que los familiares se muestran negligentes o incapaces de colaborar, deben ser descartados para los fines de la atención.

## LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Una crisis se produce cuando la persona percibe un suceso como amenazador y se siente incapaz de enfrentarse a él de forma eficaz con los

medios habituales. La crisis amenaza con agotar los recursos psicológicos de la persona. Esta amenaza puede provenir de la magnitud de la situación o de la fragilidad de la persona. Como resultado de esta reacción, se produce un estado de descompensación mental funcional.

Muchos de los pacientes que acuden a urgencias psiquiátricas en situación de crisis no presentan trastornos psiquiátricos, pero han perdido la capacidad para enfrentarse con el problema y resolverlo. La crisis es subjetiva y puede resultar difícil para el profesional entender el impacto que ha tenido la situación desencadenante.

En estos episodios de grave estrés, la intervención en crisis es un método de relación útil con los pacientes y sus familiares. Los objetivos de la intervención en crisis son: 1) Socorrer a la víctima, 2) Ayudarla con dignidad, 3) Prevenir posibles secuelas psicológicas duraderas y 4) Ayudar a sacar algún provecho positivo de la crisis. Las fases de la intervención en crisis son: 1) Contactar y conectar rápidamente con el paciente, 2) Determinar la naturaleza del problema y 3) Decidir el tratamiento práctico (inmediato, diferido o ingreso).

Ante cualquier situación de crisis conviene tener en cuenta las siguientes indicaciones:

- Evitar riesgos para el paciente, los familiares y los profesionales.
- Escuchar activamente. Dar apoyo y oportunidad de expresarse. Reconocer el sufrimiento.
- Aumentar la esperanza y dar atención inmediata, evitando tecnicismos en el lenguaje.
- Ser cálido y cortés, preguntar cómo cree que el profesional puede ayudarle.
- Identificar los factores precipitantes de la crisis y evaluar el problema.
- Identificar estrategias de afrontamiento que han resultado eficaces en crisis anteriores.
- Identificar recursos personales, familiares y sociales actualmente disponibles.
- Movilizar la autoestima y la sensación de control, recordarle crisis anteriores resueltas.
- Reforzar sus intentos de afrontamiento.
- Situarle en la perspectiva de que la vida está llena de crisis.

– Acordar qué hacer a partir de ahora y negociar posibles soluciones.

– Decidir el tratamiento posterior y las derivaciones. Ponerle en contacto con otros recursos.

Durante todo el proceso, conviene hablar en el lenguaje del paciente. Es importante apreciar la forma habitual que el paciente tiene de relacionarse con el exterior. Conviene acercarse a él, protegiendo su dignidad, utilizando un lenguaje y una perspectiva sobre el problema que indique al paciente que el profesional ha entendido su situación. Según se escucha, conviene formular una hipótesis sobre lo que el paciente y su familia pueden desear y necesitar. Las cortesías más simples suelen constituir la mejor manera de establecer contacto. Ofrecer una disculpa si se ha demorado la asistencia o preguntar si necesitan algo, son algunos ejemplos que pueden constituir un primer paso importante para facilitar el encuentro y evidenciar que se pretende ayudar. En la mayoría de los casos, es preferible que el profesional sea más abierto y directo respecto al papel que va a desempeñar, explicando qué hace y por qué lo hace de forma sencilla. En los compases iniciales, es importante dejar que la persona cuente su historia y no precipitarse con preguntas para identificar síntomas y establecer etiquetas diagnósticas, porque esta actitud dificulta la libre expresión del paciente.

El acercamiento más útil es la contención emocional. Supone escuchar, persuadir y aplacar. El objetivo es tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, que puede derivar en conductas perturbadoras. La contención emocional en estos casos, precede y/o simplifica las otras modalidades de contención.

No podemos olvidar que el instrumento más adecuado para la relación interpersonal es la comunicación y que el vínculo más apropiado es la empatía o la capacidad de ponerse en el lugar del otro, sintonizando con sus vivencias. El lenguaje verbal es el sistema básico de comunicación. Sin embargo, muchas palabras utilizadas por la ciencia médica pueden dar lugar a distorsiones significativas en la interpretación de los mensajes. Por otra parte, la comunicación no verbal trasciende la palabra escrita o hablada y cons-

tituye un lenguaje intercultural. Incluye las características generales del sujeto y contribuye a crear expectativas sobre la forma de ser del interlocutor. El clínico debe ser consciente de que los mensajes no verbales que transmite durante la entrevista, influyen en los contenidos verbales. Adicionalmente, una mímica facial y unos gestos que muestren interés, aprobación, cansancio o disgusto facilitarán o dificultarán las respuestas del paciente. Se ha postulado, además, que la comunicación no verbal puede llegar a constituir hasta el 65% del total de información transmitida durante una conversación cotidiana.

Conviene ser consciente de que la manera de atender una crisis puede determinar el curso futuro y el desarrollo de la enfermedad, porque el tipo de relación que se establece entre el paciente y los dispositivos asistenciales interviene decisivamente en su evolución.

## **LAS CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS Y AUTOLÍTICAS**

La conducta suicida suele estar influenciada, además de por diversos trastornos mentales (trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, trastornos relacionados con sustancias, trastornos adaptativos), por otras variables como, la impulsividad, la baja capacidad para resolver problemas de tipo emocional y práctico, la existencia de actitudes derrotistas o inadecuadas y la presencia de factores situacionales complejos que incluyen problemas familiares, sociales, económicos, soledad, enfermedad crónica, etc. Conviene considerar la conducta suicida, desde la perspectiva del paciente, como un intento de solución inadecuada a un problema.

Hay que tener en cuenta que la evaluación del paciente suicida se complica por los sentimientos que estos pacientes suscitan en el personal que los atiende. Pueden provocar ansiedad o culpa. Además, el paciente con múltiples intentos suicidas puede suscitar cólera o rechazo, lo cual dificulta una evaluación objetiva.

Serequiere capacidad de observación libre de prejuicios para realizar una evaluación lo más objetiva posible. La actitud del profesional ha de ser

compasiva pero sin sobreprotección. El abordaje debe ser directo y afectuoso procurando favorecer la relajación y la confianza. Hay que dar al paciente la posibilidad de hablar a solas con el médico, pues de lo contrario, puede tener dificultades para expresar sus ideas y sentimientos suicidas.

La entrevista debe iniciarse de forma no dirigida, permitiendo al paciente que se exprese libremente. Después, suele ser útil empezar con preguntas generales sobre el estado afectivo y las expectativas de futuro. El paciente puede describir su ideación autolítica de forma espontánea, si no lo hace, conviene preguntarle directamente. Hablar con el enfermo sobre la muerte y las intenciones de suicidio disminuye el riesgo de que éste último se lleve a cabo y produce una disminución del nivel de angustia del sujeto.

Los objetivos básicos de la entrevista son: 1) Rescatar expectativas, enfocando áreas favorables del enfermo para aumentar así su autoestima, 2) Elaborar una estrategia realista para afrontar su situación crítica y 3) Incrementar en el paciente la impresión de que cuenta con la ayuda de los profesionales y familiares.

Las tres fases de la asistencia al paciente suicida son: 1) Animar al paciente a expresar sus ideas y sentimientos con una actitud de escucha no crítica (escucha empática), 2) Proponer y analizar con el paciente las dimensiones de su problema y plantearle posibles alternativas a los mismos, recabando su opinión (análisis del problema y propuesta de alternativas) y 3) Acordar con el paciente y acompañantes un seguimiento, ingreso o derivación, así como un contacto con los servicios con los que puede contar (compromiso).

En la entrevista con este tipo de pacientes es aconsejable evitar:

- El público, para asegurar privacidad y dificultar actitudes manipulativas.
- Interrumpirle para interrogarle, cuestionarle, aconsejarle o criticarle.
- Adoptar una actitud crítica moralizadora o distante.
- Minimizar el intento suicida, en especial cuando el paciente avisa previamente. Dejarle solo.
- Descalificar o criticar las intenciones o acciones manipuladoras.

– Realizar promesas de solución de la conducta suicida a corto plazo.

– Dejarse influir por el pesimismo del suicida.

Por el contrario es aconsejable:

– Entrevistarle en una habitación privada, tranquila y libre de objetos peligrosos.

– Expresar afecto y preocupación de forma que entienda que reconocemos su sufrimiento.

– Movilizar su esperanza. Verbalizarle que se le va a ayudar y se va a aliviar su pena.

– Escuchar los problemas que le han llevado a buscar como solución el suicidio.

– Hablar sobre los sucesos, sentimientos y pensamientos que le atormentan.

– Comprender la demanda real que subyace a la aparente.

– Tomar en serio sus amenazas suicidas, incluso si parecen manipulativas.

– Preguntarle qué pretende o busca con su muerte.

– Recoger información sobre la planificación del suicidio.

– Preguntarle cómo cree que afectaría a sus allegados.

– Preguntarle si ha pensado o intentado otras soluciones.

– Realizar con el paciente un pacto conductual de no auto-agresión.

– Informarle que, si es preciso, se intervendrá para proteger su vida.

Con este tipo de pacientes se trata de expresar una actitud de cuidado dentro de una relación de ayuda. La principal característica que debe tener la relación de apoyo a estos pacientes es la accesibilidad, esto significa que el paciente necesita ayuda para resolver sus problemas, adoptar decisiones o enfrentarse a un incremento de ansiedad. Idealmente, el paciente debería tener un fácil acceso a los recursos asistenciales, hasta que aprenda a defenderse más eficazmente de las tensiones. Simultáneamente, se debería trabajar con la familia, ya que ésta puede ser víctima, espectadora o perpetradora del suicidio. En cualquier caso, la actitud del profesional ante el paciente

suicida y sus familiares debe ser siempre transmitir esperanza.

## **EL PACIENTE AGITADO Y/O HETEROAGRESIVO**

Las conductas heteroagresivas y de agitación se presentan en trastornos de muy diversa índole (trastornos mentales orgánicos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de conducta, trastornos de personalidad, trastornos relacionados con sustancias, trastornos psicóticos) y requieren dos actitudes fundamentales: 1) Actitud tranquilizadora, encaminada a disminuir el temor y ansiedad del enfermo (informarle de lo que le ocurre, de lo que está haciendo, de dónde está, de quiénes son los que le rodean) y 2) Actitud firme y segura, que sirve, tanto para marcar límites a la conducta del enfermo, como para darle una referencia externa de seguridad y de orden, en un momento en que él sólo no puede conseguirla.

La comunicación debe ser comprensiva y persuasiva. Es importante abordar al paciente de forma educada y en un tono reposado, mostrando una actitud no valorativa. Conviene dejar claro que se desea conocer el punto de vista del paciente y que se hará lo que se pueda por ayudarle. Si se han de poner límites rápidamente, deben establecerse de forma clara y firme, explicando brevemente y de forma no punitiva el motivo de tales límites. No se debe olvidar la importancia de las explicaciones y la tranquilización verbal. A menudo, es posible desvelar temores infundados e ideas erróneas que pueden ser corregidas. Desde una actitud de no confrontación será más probable obtener la colaboración. Es útil atender a las quejas enojadas. Puede resultar esclarecedor preguntarle si ha tenido experiencias negativas anteriores y solidarizarse con las penalidades que ha soportado. Cuando el paciente considera que tiene al menos un aliado, su conducta suele mejorar.

Aunque los pacientes violentos no son un grupo homogéneo, los factores asociados al riesgo de violencia presentan aspectos comunes. Una historia pasada de violencia es el mejor predictor de riesgo en el futuro.

Lo prioritario es la contención del enfermo para evitar autolesiones y lesiones a terceros. A

continuación, se procede a la fijación de límites a la conducta del paciente, con firmeza, pero mostrándole en todo momento respeto por su integridad personal. La contención conductual puede realizarse por medios verbales, químicos y físicos. Los expertos recomiendan comenzar con la intervención menos agresiva posible. La contención verbal debe intentarse siempre que la situación lo permita, indicando a familiares, policía y otras figuras ansiógenas que se retiren para permitir que el paciente exprese sus sentimientos de ira. Al mismo tiempo, se le debe mostrar con calma y firmeza que se emplearán todos los medios disponibles para ayudarle a controlar los impulsos agresivos.

Como tratamiento de elección, los expertos consideran la intervención verbal (76%), medicación voluntaria (65%), muestra de fuerza (51%), medicación sin consentimiento (45%), ofrecer comida, bebida o atender otras necesidades (39%), restricción física (27%), aislamiento cerrado (23%) y aislamiento abierto (habitación tranquila) (21%).

A través de un acercamiento empático se puede frenar la escalada de violencia de un paciente. Conviene explicar que se encuentra en un lugar seguro y que en él no es necesario ejercer ningún tipo de violencia. Sin embargo, las condiciones, muchas veces adversas, irritan a los usuarios porque escasea el tiempo y el espacio para asegurar una atención reposada y privada. Cualquier esfuerzo que se realice para obtener un ambiente más adecuado será recompensado por los resultados que se obtendrán con el paciente.

A nivel conductual y ambiental se recomienda:

- Utilizar un espacio privado, amplio y tranquilo.
- Aparentar que se dispone de tiempo.
- Adoptar una actitud sincera, firme, afable, profesional, segura y serena.
- Evitar actitudes autoritarias, desafiantes, frías, cortantes y de prepotencia.
- Sentarse en torno a una mesa a la misma altura que el paciente.
- Situarse de modo que paciente y profesional puedan acceder fácilmente a la puerta.
- Eliminar del ambiente objetos potencialmente peligrosos y no dejar solo al paciente.

- Mantener distancia física del paciente, no aproximarse demasiado a él, ni tocarle.

- Mantener las manos a la vista del paciente, no levantarlas.

- No darle la espalda, ni hacer movimientos bruscos.

- Evitar el contacto ocular prolongado y adoptar una expresión facial neutra.

- Adoptar un tono de voz y una postura corporal relajada.

- Pedir a las personas que alteran al paciente que se retiren.

- Asegurarse que otros profesionales puedan intervenir rápidamente si se precisa.

- Prestar atención a cualquier indicio de violencia inminente.

- Si la violencia persiste, dar por finalizada la entrevista y adoptar otras medidas.

A nivel verbal está indicado:

- Presentarse y explicar lo que se va a hacer de forma clara y honesta.

- Dirigirse al paciente utilizando su nombre, garantizándole confidencialidad y seguridad.

- Utilizar frases empáticas, verbalizar que sabemos que se siente mal.

- Hablar despacio, utilizar palabras sencillas, frases cortas y tono calmado.

- Ayudar al paciente a comprender lo que está sucediendo.

- Manifestar interés por sus necesidades y quejas.

- Reconocer que se encuentra en una situación difícil y ofrecerle nuestra ayuda.

- Iniciar la entrevista con temas neutros y no referentes al comportamiento inadecuado.

- No hacer juicios de valor sobre su actitud ni discutir sus argumentos.

- Evitar interrogatorios minuciosos y cualquier tipo de confrontación.

- Intentar hablar sobre las motivaciones reales de su violencia.

- Permitirle que hable sin interrumpirlo.

- Invitarle a que exprese sus sentimientos, dudas y frustraciones.

– Admitir las posibles deficiencias de la atención sanitaria.

– Identificar aspectos en los que se está de acuerdo con el paciente.

– Verbalizarle que se pretende ayudarle, no agredirle ni castigarle.

– Aclararle que, por su bien, las violaciones de los límites marcados no serán permitidas.

– Explicarle las razones por las que no se pueden cumplir sus expectativas.

– Asegurarle que se hará todo lo posible por ayudarle a controlar sus impulsos violentos.

En resumen, las manifestaciones de agresividad, a veces, van a depender de cómo sean atendidas las primeras señales de su aparición, de tal manera que su magnitud y frecuencia van ligadas al clima emocional que exista en el lugar de su presentación. Es conveniente prevenir que aparezca la situación conflictiva, se debe facilitar la información que se precise, para evitar interpretaciones erróneas y posibilitar que exista una adecuación entre las expectativas del usuario y los servicios que realmente se le pueden prestar. Por otra parte, hay que considerar que determinadas actitudes de los propios profesionales pueden generar irritación y conductas violentas en el usuario. Como se comentaba anteriormente, la comunicación es bidireccional y el profesional capta, pero también transmite información a su interlocutor tanto a nivel verbal como no verbal.

## LA PERSPECTIVA EMOCIONAL DE LOS PACIENTES

En un completo estudio sobre lo que los usuarios desean y necesitan en las urgencias psiquiátricas, se concluyó que, el 63% de pacientes no percibe haber sido tratado con respeto, el 65% considera que se le ha tratado con demora, el 68% no se ha sentido escuchado, el 77% cree que no se le ha dedicado tiempo suficiente, el 80% opina que no se han orientado bien sus problemas y el 82% cree que no se le ha informado suficientemente.

Mayoritariamente los usuarios valoran ser tratados como seres humanos, que se respete su dig-

nidad y autonomía, ser escuchados, que se les pregunte sobre sus deseos y necesidades, ser informados, dedicarles tiempo, percibir que se atienden sus necesidades más elementales, ser tratados con amabilidad, sentirse acompañados, no sentirse ignorados, ser tranquilizados por los profesionales y recibir mensajes de esperanza.

Respecto a la medicación, el 50% opina que no ha sido preguntado por la eficacia de tratamientos anteriores, el 37% refiere que se le ha medicado en contra de su voluntad, el 36% cree que la medicación no le ha ayudado y el 61% informa que el tratamiento le ha producido efectos secundarios.

En cuanto a sus experiencias de contención física, el 69% opina que no ha sido una decisión responsable, el 68% considera que la duración ha sido excesivamente prolongada, el 77% cree que no se han escuchado sus peticiones, el 50% afirma que no se le ha supervisado con la frecuencia necesaria, el 54% refiere que esta experiencia ha hecho que no desee más cuidados psiquiátricos en el futuro. Los aspectos que más valoran en la contención son: estar acompañados por alguien, que se compruebe su estado periódicamente, que se les hable, que se les explique lo que está pasando y que se les escuche. Por el contrario, los aspectos que identifican como más negativos son: estar atados firmemente, los calambres musculares, el frío, el miedo a vomitar y atagantarse, no poder ir al baño, la oscuridad y la falta de estimulación.

Respecto al aislamiento, el 69% opina que no ha sido una decisión responsable, el 78% que ha sido excesivamente prolongada, el 55% que no se le ha supervisado a menudo y el 60% que la experiencia ha hecho que no desee buscar más cuidados psiquiátricos. De nuevo, valoran que se les hable, se les acompañe, se atiendan sus necesidades y se les trate con amabilidad y respeto. Los aspectos más negativos que encuentran son: la falta de contacto humano, no tener a nadie con quien hablar, estar solos y que no se les explicara lo que iba a suceder, ni los motivos.

Por último, en el momento del alta, desean tener a alguien a quien poder informar de su evolución, que se les ayude a identificar y evitar futuros precipitantes de nuevos episodios, que se les anime respecto a sus posibilidades de recupe-

ración, contar con grupos de apoyo, que se les faciliten materiales de auto-ayuda y recomendaciones por escrito, disponer de números de contacto y recibir indicaciones para futuras situaciones de urgencia.

## TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

Como hemos comentado anteriormente, la herramienta más útil y poderosa que tiene el profesional en las urgencias psiquiátricas es la comunicación verbal y no verbal. Comunicarse en estas circunstancias de forma eficaz requiere un aprendizaje porque conlleva una serie de habilidades que es necesario conocer a nivel teórico y dominar a través de la práctica. La principal dificultad la expresa un dicho que reza: “la experiencia es aquello que se logra justo después de que se la necesite”.

En líneas generales, para comunicarse adecuadamente con el paciente es conveniente:

- No acudir con un juicio previo, predisposición o soluciones preestablecidas.
- Observar lo que el paciente dice y cómo lo dice, asumiendo una postura activa.
- Mantener contacto visual y realizar gestos que indiquen que se está escuchando.
- Producir indicaciones verbales para el que habla (“ya, lo entiendo”...).
- Utilizar frases empáticas.
- Resistir las distracciones externas (teléfono, ruidos) e internas (preocupaciones).
- No interrumpir ni rechazar lo que la otra persona siente.
- Formar alguna frase que resuma lo que la persona nos quería transmitir.
- Utilizar las mismas palabras que el paciente en los temas más delicados.
- Solicitar aclaración de lo que no se haya entendido y atender al tono emocional.
- No cruzar piernas o brazos ni mantener el cuerpo echado hacia atrás.

A continuación, se describen las principales habilidades de comunicación:

1) La escucha activa: Se trata de observar lo que el interlocutor dice y cómo lo dice. Consiste en mostrar atención física a la persona y psicológica al contenido y la emoción que expresa. Ser escuchado es una necesidad del ser humano y más aún cuando nos encontramos en un momento de tensión. El profesional tiene como misión hacer sentir a quien tiene enfrente que está siendo escuchado.

2) Empatizar: Es ser capaz de ponerse en el lugar del otro. Nada más... y nada menos. El proceso por el que se llega a empatizar comienza observando las expresiones faciales del interlocutor, el tono de su lenguaje y lo que dice su cuerpo. Esto sirve para identificar sus sentimientos y así poder adoptar una postura semejante. Mantener el contacto ocular y utilizar frases empáticas sin formalismos es de gran utilidad (“entiendo lo que siente, noto que...”).

3) Resumir: Esta habilidad sirve para mostrar a nuestro interlocutor que le estamos escuchando y comprendiendo. Además, se puede utilizar para finalizar, sin ser cortantes, una conversación innecesariamente prolongada y/o redundante. Para ello, se pueden utilizar expresiones como: “si no le he entendido mal, entonces lo que quiere decir es...”.

4) Reflejo: Consiste en repetir el contenido emocional del mensaje de la persona con la que estamos hablando, incluso el tono que utiliza. Sirve para animar a expresar emociones e intensificar los sentimientos del otro.

5) Afirmación de la capacidad: Se utiliza para animar y ampliar la conciencia respecto a las posibilidades del sujeto. También pone en un primer plano una acción potencialmente beneficiosa para la otra persona.

6) Acuerdo parcial: Nos permite llevar a nuestro interlocutor al punto donde queríamos, mientras él piensa que nos ha llevado al suyo. Posibles frases para expresar este acuerdo parcial son: “quizá me equivoque...aún así..., tal vez tenga usted razón...sin embargo...”.

7) Dar información útil: Una información es útil cuando es positiva, específica, oportuna y orientada al presente y al futuro. Incluye especificar qué se debe hacer y qué se espera que se

haga. También supone sugerir formas de mejorar lo que está fallando. Se trata de ser sinceros y no dar falsas esperanzas o contestaciones esquivas. La información útil disminuye el estrés.

8) Ayudar a pensar: Se consigue mediante el estilo socrático, proporcionando pistas, pero dejando que sea el interlocutor quien presente la solución. Para ello, resulta útil realizar preguntas sobre la naturaleza observable y objetiva del hecho o problema en cuestión, del tipo: “¿qué ocurrió, quién estaba presente, qué pasaría si, qué hizo cada uno...?”. En suma, consiste en hacer preguntas que llevan a un análisis objetivo de la situación.

9) Elegir el lugar y momento apropiados: Todas las habilidades anteriores fracasarán si se ponen en práctica en un momento inoportuno o en un lugar que no reúne condiciones.

10) El contacto físico: En determinadas situaciones, el contacto físico durante breves segundos, transmite al paciente que estamos disponibles, que no nos importa implicarnos, que somos humanos y sensibles.

11) El mejor final, una sonrisa: Aunque pueda resultar paradójico, conviene conseguir al final de la entrevista que ambos interlocutores esbocen una sonrisa. Ello conlleva reducir, aunque sea momentáneamente, la tensión, tristeza y estrés.

## REFLEXIONES FINALES

– El trabajo que se realiza en urgencias psiquiátricas es especialmente complejo porque supone que todos los implicados se encuentran en circunstancias adversas. Tanto la labor de recogida de información de los profesionales sanitarios, como la de informar del paciente y familiares, se debe realizar muchas veces en condiciones poco adecuadas.

– Los usuarios que acuden a nuestros servicios de urgencia nos muestran síntomas de muy variada índole y nos centramos en ellos. Pero, además, todos llevan en su interior sentimientos y emociones. Traen miedo y desconcierto en su primera experiencia. Después, el pesimismo y la desesperanza les acompañan en las sucesivas visitas. De todo ello, también debemos ocuparnos en nuestros despachos.

– En ocasiones, por las presiones asistenciales y por circunstancias personales, corremos el riesgo de limitar nuestro trabajo a la enfermedad, olvidándonos del enfermo.

– Comunicamos actitudes a nuestros pacientes con el lenguaje verbal y no verbal. También les decimos muchas cosas cuando no hablamos.

– Nuestro trabajo requiere la capacidad de ponerse en el lugar del otro y de plantearse qué necesitaría uno en su lugar, qué desearía, qué le aliviaría. Así de simple.... y así de complicado. Sólo desde esa perspectiva, podremos realmente ayudar.

– No sólo hemos de curar, también hemos de cuidar. A veces, cuidando, curamos.

– Para terminar, una última reflexión personal, a modo de refrán sanitario: Dime qué piensas de tus pacientes y te diré qué sientes y haces por ellos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Allen MH, Carpenter D, Sheets JL, Miccio S, Ross R.:** What do consumers say they want and need during a psychiatric emergency? *J Psychiatr Pract* 2003; 9 (1): 39-58.
2. **Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Docherty JP, Carpenter D, Ross R.:** Treatment of behavioral emergencies: A summary of the Expert Consensus Guidelines. *J Psychiatr Pract* 2003; 9 (1):16-38.
3. **Allen MH.:** Managing the agitated psychotic patient: a reappraisal of the evidence. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(14): 1-20.
4. **Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K.:** Predicting aftercare in psychiatric emergencies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 829-834.
5. **Buckley PF, Noffsinger G, Smith DA, Hrouda DR, Knoll JL.:** Treatment of the psychotic patient who is violent. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26: 231-72.
6. **Currier GW, Allen M.:** Organization and function of academic psychiatric services. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 124-129.
7. **Escobar E, González C, Schurch F.:** Atributos del psiquiatra de urgencia. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 2000; 38: 23-30.
8. **Everly GR.:** Thoughts on training guidelines in emergency mental health and crisis intervention. *Int J Emerg Ment Health* 2002; 4 (3): 139-41.
9. **Kessing LV, Monk-Jorgensen P.:** Does type of first contact in depressive and bipolar disorders

predict subsequent hospitalization and risk of suicide?. *J Affect Disord* 2004; 83: 65-71.

10. **Lamberg L.:** Psychiatric Emergencies Call for Comprehensive Assessment and Treatment. *JAMA* 2002; 288 (6): 686-688.
11. **Pinilla M.:** Cuidado de enfermería en urgencias psiquiátricas. *Actual Enferm* 2006; 9 (1): 28-35.
12. **Rocca P, Villari V, Bogetto F.:** Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30: 586-598.

### **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

13. **Allen MH.:** editor. *Emergency Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2002.
14. **Clèries X.:** La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Barcelona: Masson; 2006.
15. **Fernández JM.:** Apoyo Psicológico en Situaciones de Emergencia. Madrid: Pirámide; 2006.
16. **Moral F, Igarúa JJ.:** Psicología Social de la Comunicación. Aspectos teóricos y prácticos. Málaga: Aljibe; 2005.
17. **Petit JR.:** *Handbook of Emergency Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
18. **Rodríguez Marín J.:** *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis Psicología; 2001.