

D. Manel de Gràcia. Enfermero. Supervisor Servicio Urgencias-Crisis  
IAPs IMAS. Barcelona

El objeto de mi presentación es el de compartir con todos vosotros reflexiones sobre la praxis asistencial enfermera y que pueda servir posteriormente para iniciar la discusión e intercambiar opiniones y experiencias profesionales en los grupos de trabajo, llegando a realizar unas conclusiones lo más consensuadas posibles con la flexibilidad y el respeto que merecen todas las competencias de Enfermería en el ámbito de las Unidades de Agudos y de Urgencias.

En el XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental, celebrado en Alicante de este año, la Dra. Denise Gastaldo propuso en su exposición de las Relaciones de Poder en Enfermería y Salud Mental: " *Poder generalmente se asocia a la capacidad de ejercer una acción represiva, sin embargo la autora propuso hablar de poder en otros términos: como un ejercicio de relaciones, como una influencia positiva o como una manera de pensar y desarrollar una práctica que impregna a casi todo el colectivo* ".

#### TRANSPORTE SANITARIO

La consulta del malestar de un paciente a un servicio de urgencias psiquiátricas se puede reconvertir en la puerta de entrada a un proceso asistencial, pero no hemos de olvidar en que manera y circunstancias se ha desarrollado la derivación. Muy a menudo, la persona puede consultar por ella misma llegando a urgencias por sus propios medios, acompañada de su familia, amigos, vecinos o su entorno más próximo.

Las demandas urgentes domiciliarias suponen una derivación a un centro hospitalario en el que la mayoría de los casos es imprescindible la presencia de una ambulancia con profesionales de la urgencia. El abordaje de estas situaciones es complejo. Ante la urgencia, en primer lugar hay que hacer un triage: decidir si existe una circunstancia que puede ser mortal para el paciente o potencial de violencia. Descartar conductas de agitación y amenaza, conductas autodestructivas y problemas médicos graves que pueden precipitar una atención inmediata en un hospital general. La falta de consciencia de enfermedad o el oposicionismo del paciente dificulta este traslado solicitado por la familia, juzgado u otro dispositivo asistencial. Se solicita la presencia policial o de bomberos según el criterio de gravedad de la psicopatología y del ámbito físico en el que se encuentre el paciente.

La finalidad de un programa de asistencia domiciliaria es el de: detectar, valorar, administrar cuidados, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud mental del individuo, familia y comunidad con el objetivo de potenciar su autonomía y su calidad de vida. La demanda realizada generalmente por la familia es atendida por el equipo terapéutico que evalúa la posibilidad de realizar una visita a domicilio. Al conocer in situ la situación del usuario y familia se identifica mejor las capacidades o limitaciones que presentan para cubrir las necesidades básicas. Si se indica un ingreso en el hospital psiquiátrico de referencia, es el psiquiatra que realiza el contacto telefónico para asegurar que el traslado sea aceptado. El enfermero es el responsable de acompañar al paciente en ambulancia hasta la llegada al centro.

Cuando el traslado del paciente ingresado es debido a una interconsulta o una valoración urgente a un hospital general, es acompañado por el personal de

enfermería hasta el centro y se espera a la familia que previamente ha sido localizada telefónicamente.

Si el traslado se produce a otro recurso asistencial de la red psiquiátrica, es el familiar que acompaña al paciente en la ambulancia.

El traslado psiquiátrico una vez decidido, debe hacerse en uno de estos tres medios:

- Ambulancia convencional: cuando no hay riesgo potencial de violencia, el traslado es voluntario, y el paciente va a ser acompañado por un familiar.
- Ambulancia psiquiátrica: específicamente preparada para trasladar pacientes psiquiátricos. Con personal especializado.
- Ambulancia medicalizada: se empleará para trasladar a un paciente relajado o dormido en contención física a la camilla.

## EL TRABAJO ENFERMERO EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Si centramos el eje de la praxis enfermera en la urgencia psiquiátrica en dar prioridad al cuidado integral inmerso dentro de un proyecto global de asistencia, se pone de relevancia unos aspectos claramente diferentes y muy unidos entre ellos, a tener en cuenta:

- El bagaje emocional de la enfermera/o, así como del paciente y de su entorno relacional más próximo.
- Las técnicas instrumentales desarrolladas en intensidad durante la carrera universitaria.
- La motivación para la formación continuada.
- La disponibilidad de trabajo en equipo, con la especificidad de los roles de cada uno de los profesionales.

Es desde esta perspectiva multiaxial que hemos de encontrar los mecanismos unificados para ir avanzando en nuestra disciplina, con la incorporación y el soporte de otras, para dar sentido tanto al rol propio de enfermería como el aportar nuestros conocimientos y "saber hacer " al contexto de la asistencia al enfermo y su familia.

Las propuestas que puedan surgir del trabajo diario son importantes para dar un contenido teórico cada vez más amplio, y que la práctica asistencial sea la más adecuada a las necesidades reales del servicio de urgencias. Con la particularidad de no olvidar tanto la disponibilidad como la flexibilidad que está inmersa en todo dispositivo asistencial urgente.

¿ Que entendemos por urgencia psiquiátrica?

Se entiende la urgencia psiquiátrica como aquella situación en la que unos síntomas psicopatológicos, son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo o su entorno. Se tratan de situaciones de desequilibrio entre la persona y su entorno, donde se produce un fracaso tanto de las capacidades adaptativas del sujeto, como de la eficacia de la ayuda familiar o social.

La existencia de una emergencia clínica aguda y otros factores que desencadena la urgencia, tales como la inseguridad, el miedo, la ignorancia, la ineficacia de la autoayuda, la incapacidad de los sistemas de apoyo del entorno social o familiar, hace necesario que el paciente y su familia sean atendidos en el servicio de urgencias. Esta situación alarmante, es importante transformarla en una solicitud de ayuda con el objeto de iniciar un trabajo terapéutico posterior.

La acogida y la asistencia a la urgencia psiquiátrica requieren de un proceso de atención integral al paciente y a su entorno. La elaboración de un plan terapéutico individualizado adaptado a cada caso, y el despliegue de mecanismos de derivación favorecen la continuidad asistencial del paciente, una vez finalizada la intervención en urgencias.

Para conseguir la atención global a la urgencia y desarrollar un plan terapéutico integral es necesario la intervención de un equipo interdisciplinar que responda en ofrecer una mayor calidad asistencial y facilite la vinculación al tratamiento. La manera de atender una crisis puede determinar el curso futuro y el desarrollo de la enfermedad, en la cual, el tipo de relación que se establece entre el paciente y los dispositivos asistenciales interviene decisivamente.

Una crisis es un momento de fragilidad en la salud mental del individuo, pero es también una oportunidad de elaboración de lo que esta sucediendo a la persona y la posibilidad de aprender a manejar sus recursos para poder regresar al equilibrio anterior y afrontar nuevas situaciones precipitantes en un futuro.

La urgencia no siempre requiere de una respuesta inmediata, sino que necesita de un tiempo para elaborar una hipótesis de la situación urgente, y observar la evolución, contener la situación, crear una relación de confianza, diseñar un proyecto terapéutico y un trabajo de vinculación.

Se ha de tener presente las características propias de toda urgencia:

- Diferentes aspectos de la queja.
- Carácter agudo de la demanda.
- La actuación sobre la expresión verbal.
- Implicación de la familia.
- Disponer de tiempo para dar una respuesta.

Para llevar a termino la asistencia urgente se ha de tener presente una serie de premisas que no se pueden olvidar y que además marcan diferencias significativas con el tipo de respuesta que se da al paciente y familia. Son las siguientes pautas generales de intervención en urgencias:

- Disponibilidad: tanto física como psíquica, para ayudar a resolver una situación determinada. Transmitir sinceridad y crear confianza.
- Comprensión empática: favorecer en el paciente el sentimiento de que intentamos comprender lo que le pasa. No dar garantías ni prometer cosas que no sean ciertas y que no se puedan cumplir.

- Neutralidad: no entrar en discusión con el discurso del paciente o del entorno familiar.
- Desdramatización. Según la calidad del contacto y el tipo de soporte se puede ayudar a atenuar ciertas manifestaciones agudas. No caer en las actuaciones explosivas que nos pueden inducir los pacientes y su entorno.
- Control emotivo: reconocer nuestros propios sentimientos delante de situaciones determinadas ( agitación, amenaza, inhibición, temor, fracaso, insultos, llantos...)
- Reconocimiento de los propios límites: valorar nuestros propios límites y saber en que momento te has de retirar o pedir ayuda.

Para llevar a cabo todo este proceso de acogida, tratamiento y orientación en urgencias, es necesario que el equipo interdisciplinar formado por psiquiatras, enfermeras/os, psicólogos, trabajadora social y administrativos ofrezcan diversas alternativas terapéuticas a las demandas de los usuarios, para mejorar la calidad asistencial.

El funcionamiento interno de un servicio de urgencias ha de girar sobre 3 aspectos fundamentales:

- Acogida del usuario: atención ágil y personalizada desde el primer momento que entra el usuario por la puerta.
- Relación con la familia: proporcionar la información y soporte necesario, con un trato personalizado para disminuir la ansiedad inicial para conseguir su implicación en el plan a llevar a cabo.
- Trabajo en equipo: favorecer la continuidad de los cuidados. Una vez resuelta la situación urgente, se ha de transmitir el conocimiento e información de la atención realizada en urgencias al equipo asistencial referente que llevara a cabo el relevo terapéutico.

Para optimizar la respuesta a la demanda urgente, es necesario poder hablar de un proceso global de la atención, que vendrá enmarcado por la cohesión de la dinámica de funcionamiento en equipo. Esta dinámica de trabajo ha de ser específica, y por lo tanto, ha de garantizar el respeto por los diferentes campos de intervención en los diferentes niveles de asistencia.

#### Objetivos del servicio de urgencias:

- Acogida de toda demanda de atención urgente.
- Contención inicial de la sintomatología del paciente y del desbordamiento a menudo presente de la familia.
- Posibilidad de diferir la respuesta mediante el área de observación cuando la situación lo precise.
- Orientar hacia los dispositivos asistenciales una vez resuelta la situación urgente, transmitiendo el tipo de actuación realizada.

### Metodología de intervención:

La atención en el área de urgencias se entiende como un proceso secuencial de actuaciones que podemos sintetizar en:

#### Recepción

- Recepción del paciente y familia por parte del administrativo, para recogida de datos administrativos.
- Contactar con enfermería.

#### Acogida

Según el diccionario de la Lengua Española define " Acogida " como:

- Recibimiento u hospitalidad que ofrece una persona o un lugar.
- Refugio o lugar donde uno puede acogerse.
- Protección o amparo.
- Aceptación o aprobación.

Según el diccionario Pompeu Fabra la define como:

- Recibir a alguien, admitirlo en nuestra casa, en nuestra compañía.

La acogida del paciente y familia es el primer proceso secuencial de actuación, es conducido por enfermería que tratará de percibir las demandas explícitas e implícitas tanto del paciente como de la familia.

Según P. Llompart en la acogida se trata de establecer un contacto de aproximación que resulte beneficioso y terapéutico para la persona enferma.

Poner en práctica la acogida significa aplicar los conceptos de hospitalidad, bienvenida, admisión, cordialidad...Es tener la voluntad de centrar la actuación en los aspectos humanos, emocionales y sociales de la asistencia. Es crear un lugar agradable, que a pesar de la existencia de una enfermedad, se pueda sentir bien alrededor de personas próximas y cálidas.

En esta primera entrevista es más importante establecer un espacio terapéutico que precisar un diagnóstico, se puede definir la Acogida como:

" El primer contacto entre el enfermero/paciente/familia con la finalidad de ofrecerles un ambiente que sea confortable y permita expresar la problemática vivida. Llevando a cabo una observación y valoración inicial de la situación, mediatizado por el acompañamiento y la palabra como herramientas terapéuticas " .

Los primeros minutos de este primer contacto en urgencias son cruciales tanto para el paciente como para la familia. En este primer encuentro emocional es más importante interrogar sobre el que ha pasado que sobre el estado sintomatológico del paciente.

El objetivo de la entrevista es que no sea la última, que el paciente y la familia tengan el sentimiento que alguien responde a su llamada de auxilio. Posteriormente se contacta con el médico de guardia, transmitiéndole una primera apreciación del caso.

### Visita médica

- Entrevista clínica realizada por el psiquiatra- enfermería.
- Entrevista familiar para valoración del entorno relacional más próximo del paciente.

### Plan Terapéutico

- Elaboración de un plan terapéutico individualizado, teniendo especial cuidado de los aspectos evolutivos del cuadro que ha motivado la demanda de atención urgente.

### Derivación

- Al finalizar la intervención en el servicio, se orientara al paciente y familia hacia el dispositivo asistencial adecuado en cada caso.

## AREA DE OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO INTENSIVO: EL BOX

El área de observación (box) en el servicio de urgencias sería para aquellos casos que la urgencia permite una demora, para observar su evolución. Los objetivos del box, como una etapa intermedia, dentro del proceso global de atención en urgencias están centrados en:

- Diferir la respuesta terapéutica.
- La contención de unas horas para resolver o atenuar la expresión sintomatológica.
- Evitar el ingreso en casos de vinculación inmediata a otros recursos de la red asistencial.
- Fomentar, educar e incidir en el correcto cumplimiento de su tratamiento global.
- Resolver la situación de urgencia, facilitar al paciente el tratamiento y abordaje de la crisis sin que tenga la necesidad de ingresar.
- Evitar ingresos no indicados y/o disminuir casos de hospitalismos.
- Favorecer la implicación de la familia.

### Características del área de observación:

- Ubicación en el servicio de urgencias.
- Máximo de 12 horas.
- Seguimiento y evaluación continua de enfermería.

Según el motivo de consulta, las intervenciones de enfermería son específicas, es decir, que los cuidados son diferentes si atendemos a una persona que consulta por un cuadro de ansiedad reactivo a un estresor exógeno, que la persona que consulta por presentar una ideación o tentativa autolítica.

## RECOMENDACIONES PARA LOS CUIDADOS

Las intervenciones están centradas en:

- Atender las necesidades básicas y médicas ( somáticas y psicofarmacológicas ):
  - Administrar tratamientos psicofarmacológicos indicados por el psiquiatra.
  - Toma de constantes vitales.
  - Atender las necesidades básicas.
- Promover la capacidad de comprensión y de conocimientos en el paciente con relación a la situación que ha generado la urgencia:

Enfermería ha de conocer, comprender y estar familiarizado con las reacciones que se producen en el proceso que comporta toda intervención de urgencia, evitando las manifestaciones de rechazo.

- Relación con la familia:

Se incide de forma importante en realizar un abordaje a la familia con la finalidad de conseguir que disminuya el grado de ansiedad que puedan padecer y aumentar el grado de comprensión de la patología que sufre la persona afectada.

La familia es participe en todo momento del plan terapéutico a seguir.

- Favorecer la continuidad de los cuidados:

Transmitir al equipo asistencial la observación y evolución del paciente, para llevar a cabo una evaluación permanente, con la posibilidad de realizar un replanteamiento de las estrategias terapéuticas planteadas.

Una vez finalizada la intervención en urgencias, se orientara el caso hacia el dispositivo más adecuado. Hay situaciones que pueden resolverse con una intervención inmediata e intensiva sin que se produzca una ruptura con su entorno y hábitos cotidianos. En estos casos asume el relevo terapéutico la Unidad de Crisis en el ámbito ambulatorio preferente garantizando la disponibilidad de atención intensiva hasta que el paciente retorne al equilibrio anterior a la crisis.

En los casos que la situación de estancia en box ha sido resolutoria se vincula al paciente a los diferentes dispositivos de la red asistencial. Para reforzar esta vinculación se pueden realizar reuniones semanales y conexión telefónica con la enfermera de los centros derivados.

En caso de ingreso en la Unidad de Agudos, se acompaña al paciente a la Unidad asignada, presentándole al equipo que se hará cargo de sus cuidados durante la hospitalización. La enfermería de urgencias explica la situación clínica del paciente al equipo de enfermería referente, así como de la pauta psicofarmacológica y las

condiciones de la hospitalización hasta que sea visitado por su médico referente de la Unidad de Agudos. Enfermería atiende a la familia para dar información del Centro y aclarar cualquier duda sobre las condiciones de ingreso.

## CUIDADOS ENFERMEROS EN LAS UNIDADES DE AGUDOS

Esta acogida que se produce en la Unidad es necesaria ya que la persona, cuando ingresa, queda desvinculada de su medio habitual y se ha de adaptar a un espacio nuevo y desconocido. En un primer momento este espacio nuevo puede ser vivido como hostil, favoreciendo sentimientos de inseguridad y a veces de miedo, que se produce en un momento que la persona dispone de pocos recursos para afrontar los sentimientos que le emergen. Tener un referente conocido a quien pueda dirigirse es tranquilizador y reasegurador.

La presentación es el primer contacto para iniciar una actitud de atención y escucha que facilitará el conocimiento de los problemas que presenta el paciente, más allá de la observación del síntoma. La relación con enfermería facilita el saber de ansiedades, inquietudes, temores, dudas, etc., aspectos de gran utilidad a tener en cuenta, para ser atendidos cuando se producen, así como el de transmitir dicha información al equipo para integrarlos en el plan terapéutico.

El marco conceptual en el que se desarrolla la atención al enfermo hospitalizado se entiende como un proceso asistencial global, que permita no solo una evaluación diagnóstica y la remisión de los síntomas agudos sino también entra en consideración el episodio psicopatológico que ha motivado el ingreso, en función de sus características de personalidad y de su interacción relacional con el entorno familiar y social.

Para cohesionar el proceso asistencial y englobar los diferentes aspectos profesionales es necesario implementar tres líneas de actuación en la atención al paciente: desplegar una dinámica de trabajo en equipo interdisciplinar, elaborar un plan terapéutico individualizado centrado en las necesidades de cada paciente y desarrollar un programa específico de atención a las familias.

El equipo de enfermería referente ( enfermeras/os y auxiliares de enfermería) es el responsable de la planificación de los cuidados de enfermería de los pacientes a su cargo y teniendo en cuenta la observación y las informaciones recibidas, detecta problemas, marca objetivos, planifica acciones encaminadas a alcanzar dichos objetivos, evaluando los mismos. Todo esto supone responsabilizarse en un sentido holístico de la persona de todo el proceso de cuidados.

El rol de enfermería es el cuidado integral del paciente a través de un proceso interactivo utilizado como un instrumento terapéutico, durante la hospitalización. Esta participación activa como profesional cohesionador del equipo interdisciplinar facilita el poder canalizar las dificultades de manera adecuada. Es el nexo de unión entre el paciente y el resto del equipo, la familia y con los recursos externos asistenciales.

El eje central del trabajo de enfermería es la relación de ayuda, es una relación interpersonal, de doble dirección, el profesional influye en el paciente y viceversa. El personal ha de ser consciente de las posibles reacciones de conducta del paciente, para evitar que no se produzcan interferencias en la relación. Éstas pueden desencadenar actitudes rígidas, de rechazo, actitudes críticas o complacientes, proyectando en el paciente nuestros propios problemas, fomentando una relación antiterapéutica.

También se ha de tener en cuenta los sentimientos que se producen en una relación, como simpatía o desagrado, que puede dar lugar a una modificación de la valoración objetiva del problema y llegar a conclusiones erróneas de la problemática del paciente. Se ha de aceptar al individuo en sus dimensiones físicas-emocionales.

Otra característica es saber mantener la distancia adecuada, donde se respete el espacio interpersonal. Se pueden presentar dos situaciones: una distancia corta y otra en exceso. No ha de ser una relación distante y fría, ni muy afectuosa, ni muy humana. Es una relación profunda sin perder el dinamismo y personalidad.

En la relación de ayuda es necesario estar tranquilo, sin prisas, con confianza en lo que se haciendo, conociendo que aspectos de la atención al paciente y situaciones es mejor evitar. Mantener una actitud honesta y realista, sin necesidad de interpretar ningún papel.

Profundizar en estos aspectos es una tarea difícil pero imprescindible para el crecimiento personal, profesional y de toda la disciplina de enfermería.

Las intervenciones de enfermería se pueden contemplar según el nivel de actuación:

- En relación con el enfermo

Van encaminadas a cubrir las necesidades básicas del paciente, a procurarle soporte y acompañamiento teniendo en cuenta los diferentes aspectos de personalidad, emocionales y conductuales. Favorecer a retomar o cambiar los hábitos, potenciando los recursos personales y la capacidad a las dificultades.

Una vez superada la situación inicial de crisis, la recuperación del paciente es primordial. El periodo de convalecencia en el hospital puede ser un buen momento para que el paciente sea atendido en diferentes espacios (individual o grupal) en el marco de las actividades ocupacionales. Son un recurso asistencial- terapéutico y pretenden ser una herramienta facilitadora para la recuperación del paciente.

Enfermería se ha de encargar de la gestión cotidiana del proyecto terapéutico individualizado, elaborando el plan de cuidados por objetivos y participa en la planificación de las diferentes actividades.

- En relación con la familia

La familia es el entorno relacional más inmediato del paciente, donde se han producido las primeras experiencias e intercambios emocionales. Escuchar y entrevistar a la familia nos da un conocimiento más amplio del paciente para posteriores intervenciones y así poder conocer mejor los hábitos cotidianos de la persona. El ingreso de un paciente en el hospital introduce un elemento de cambio en la dinámica con su entorno, que resulta a menudo estresante para la familia. Hay que tener en cuenta que a veces el ingreso se produce más en relación con las dificultades del entorno para contener la descompensación aguda del paciente. Para la mejora de la asistencia, se hace necesario facilitar a la familia un espacio de acogida que resulte tranquilizador y que proporcione información del día a día del estado y la evolución del paciente.

La acogida de enfermería de la familia permite un contacto rápido con la finalidad de canalizar y contener las inquietudes que pueden aparecer en el entorno familiar

en relación con la situación de ingreso. Detectar problemas que pueden ser tributarios de posibles intervenciones por otros profesionales.

#### · En relación con el equipo

Enfermería realiza el seguimiento del paciente durante las 24 horas, tiene una visión global del proceso durante la hospitalización, siendo una pieza clave en el intercambio de información y de la observación realizada en diferentes ámbitos de intervención.

La dinámica de trabajo en equipo posibilita una mejor integración de las personas en un proyecto común, aumentando el grado de motivación, de satisfacción y de enriquecimiento individual de los diferentes profesionales. Pero la dificultad de cuidar el día a día la evolución crónica de la enfermedad mental, de personas con graves perturbaciones del pensamiento puede desencadenar en un desánimo, malestar de los profesionales. Se han de encontrar estrategias que estimulen la reflexión en común, que incrementen la participación de los diferentes profesionales que intervienen en el proyecto asistencial.

Para ir creando una dinámica de trabajo en equipo se parte de la redefinición de la especificidad de cada rol profesional y de sus funciones. Una comunicación fluida, el respeto por el trabajo del otro, la flexibilidad, la tolerancia de opiniones, elementos que ayudan al equipo a cohesionar aspectos complementarios que desemboquen en un proceso de atención integral al paciente y familia, aumentando la calidad de la asistencia.

#### Coordinación con la red de Salud Mental

Otra de las competencias es la conexión entre el equipo de referencia del paciente hospitalizado con los Centros de Salud Mental y otros dispositivos. La coordinación con los equipamientos de la red asistencial psiquiátrica, tiene como finalidad la continuidad del proceso terapéutico. Para favorecer la continuidad asistencial y potenciar la vinculación del paciente a su tratamiento, es imprescindible una comunicación ágil y fluida por parte de los dos dispositivos.

Enfermería es responsable de dar esta continuidad de cuidados ya que a través de las reuniones semanales de trabajo con la enfermería del centro de salud mental referente se realiza el intercambio de conocimiento del paciente ingresado y de su situación actual. Para favorecer la vinculación al tratamiento una vez es dado de alta del hospital.

Para concluir he preferido optar por frases que puedan invitar a la reflexión, discusión, compartir, escuchar al otro, en definitiva comunicar nuestras ideas, opiniones y conclusiones con responsabilidad profesional y sentido común.

- Hay algo más que “el tener cuidado de alguien “, es decir, si solo nos quedamos en dar cuidados de forma rutinaria se puede desarrollar una práctica enfermera del equipo de enfermería.
- La práctica enfermera es mucho más que el cumplimiento de las tareas. Administrar cuidados al paciente psiquiátrico significa escuchar, acompañar, entender y compartir con él su recuperación desde la riqueza de los espacios y de las diferentes aportaciones de enfermería.

- El equipo interdisciplinar tiene que asegurar que la asistencia se lleve a cabo en las mejores condiciones, y que el personal de enfermería este inmerso y comprometido en los objetivos generales del equipo terapéutico.
- La complementariedad de roles representa el respeto, la flexibilidad, la individualidad y la confianza del trabajo de los demás, sin esto, se pierde todo sentido terapéutico de los diferentes actos profesionales y por tanto el paciente sigue pasivo en su proceso de recuperación.
- Si bien el relevo terapéutico entre dispositivos es necesario para la continuidad del tratamiento del paciente, no hay que olvidar estimular la implicación del paciente y la familia.
- Si el servicio de urgencias es la puerta de entrada: ¿hay puerta de salida ante el malestar del paciente y familia? O ¿es una puerta giratoria?
- Un servicio de urgencias se caracteriza por presentar un dispositivo específico para la atención de pacientes en situación de malestar agudo, que se realiza a través de una asistencia intensiva y limitada en el tiempo.
- La intervención significa introducirse de manera ágil en la situación vital de la persona, estableciéndose una relación de ayuda de aceptación de la persona, para disminuir el malestar interno y externo que le es perturbador.

Recordando a L. Riopelle:

*" La comunicación terapéutica es difícil de realizar pues se han desarrollado comportamientos estereotipados protectores que intentan evitar la amenazadora apertura hacia el otro. Estos comportamientos están presentes, a veces, en la actitud del personal sanitario más centrado en la tarea que debe cumplir que en el ser humano que vive el problema ".*

## BIBLIOGRAFÍA

Everly Gs Jr. Thoughts on training guidelines in emergency mental health and crisis intervention. Int J Emerg Ment Health. 2002 Summer; 4 (3): 139-41

Passamar M, Vilamot B. Nursing practice. Psychosocial emergencies and team work. Soins Psychiatr. 2002 Mar; (219): 18-20

De Clerq M, Dubois V. Crisis interventions models in the French-speaking countries. Crisis.2001; 22 (1): 32-4

Grupo de trabajo urgencias- crisis. El box: cuidados de enfermería en la urgencia. Comunicación presentada en el XVIII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Girona.2001

Bobes J. Et al. Enfermería psiquiátrica. Barcelona. Doyma.2000

Johnson Enfermería Profesional. Vol.II Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Madrid. McGraw-Hill Interamericana. 2000

Schnder U, Klaghofer R, Leuthold A, Buddeber C. Characteristics of psychiatric emergencies and the choice of intervention strategies. Acta Pschiatr Scand. 1999 Mar; (3): 179-87

Vegué J. Sesión teórica. Atención a la crisis: acotamiento de los objetivos terapéuticos y finalización de la intervención. Barcelona, diciembre 1997

De Clerq M, Urgences psychiatriques et interventions de crise. De Boeck Université, Paris, 1997

Kérouac S. et al. El pensamiento enfermero, Masson S.A. Barcelona, 1996

De Clerq M, Cassiers L. Crisis work challenged in emergencies. Acta Psychiatr Belg. 1990 Mar-Apr; (2):81-99

Rigol A, Ugalde M. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Salvat editores S.A. Barcelona, 1991

Andreoli A, et al. Crise et intervention de crise en psychiatrie. Simep, Lyon, 1986

Peplau H, Relaciones interpersonales en Enfermería. Masson, Barcelona, 1985

#### AGRADECIMIENTOS

Esta ponencia habría sido difícil de estructurar si no hubiera conocido profesionalmente y personalmente a Joan Vegué y Dolores Pasarín por sus aportaciones, reflexiones teóricas-prácticas y su estímulo constante en la asistencia al paciente. Compartimos muchas jornadas de trabajo para llevar adelante el dispositivo asistencial de atención a pacientes en situación de crisis. Gracias

También estoy agradecido a profesionales que se incorporaron posteriormente al servicio de la Unidad de Crisis que aportaron y que siguen ofreciendo sus conocimientos técnicos a la práctica diaria y al trabajo en equipo: Eulalia Ripoll, Roberto Bataller, Purificación Salgado, Elisa García, Gemma Cardó, Alicia Fuster-Fabra, Rosa Jimenez, Carlos Masip, Angeles Azcon, Herminia Borikó.

Una reseña especial a Manel Puig, Carmen Daura y Jesus Escribano por su amistad, implicación y aportaciones teóricas y prácticas en las competencias de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría en las Unidades de Agudos.