

GUIA DE APOYO PSICOSOCIAL PARA EL APH EN UNA ESCENA DIFICIL

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Sandra Milena Alvarez Pai

Michelle Mariana Guzmán Hernandez

Deicy Johana Otalvaro García

Facultad de ciencias de la Salud Programa Tecnología Atención Prehospitalaria

Medellín, Colombia

2020



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto laboral: "Guía de Apoyo Psicosocial Para el APH en una Escena Difícil.", elaborado por los estudiantes GUZMAN HERNANDEZ MICHELLE MARIANA, ALVAREZ PAI SANDRA MILENA y OTALVARO GARCIA DEICY JOHANA de la Tecnología en Atención Prehospitalaria, nos permitimos conceptual que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- BUENO

Medellín, 15 de Diciembre de 2020

Ph.D. JORGE ANTONIO SANCHEZ BECERRA
Coordinador Investigación FCS

DANIEL OSPINA PORTELA
Asesor

MICHELLE MARIANA GUZMAN HERNANDEZ
Estudiante

SANDRA MILENA ALVAREZ PAI
Estudiante

DEICY JOHANA OTALVARO GARCIA
Estudiante

Contenido

1	CAPITULO 1: PANORAMA DEL PROYECTO	7
	INTRODUCCIÓN	7
	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
	JUSTIFICACIÓN	9
1.4	PREGUNTA	9
1.5	OBJETIVOS GENERAL	9
1.6	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
1.3	IMPACTO	10
2.	CAPTULO 2.	
2.1	MARCO CONCEPTUAL	11
2.1.1	Apoyo mutuo	11
2.1.2	Familia	11
2.1.3	Trastorno por estrés postraumático	11
2.1.4	Tecnólogo en atención prehospitalaria	12

2.1.5	Cierre emocional	12
2.1.6	Muerte	12
2.1.7	Pérdida	12
2.1.8	Psicosocial	12
2.1.9	Salud mental	12
2.1.10	Emergencia	13
2.1.11	Aflicción	13
2.1.12	Miedo	13
2.1.13	Morbilidad	13
2.1.14	Patología psicológica	13
2.1.15	Desastre	14
2.1.16	Afrontamiento	14
2.1.17	Desesperanza	14
2.1.18	Afecciones emocionales	14
2.1.19	Adaptación	14
2.1.20	Enfermedad	15

2.1.21	Ansiedad	15
2.1.22	Depresión	15
2.1.23	Frustración	15
2.1.24	Duelo	15
2.2	MARCO REFERENCIAL	16
Guía sobre la teoría del apego de J. Bowlby para primeros respondientes entrenados en Atención Prehospitalaria		20
2.3	MARCO INSTITUCIONAL.	29
2.4	MARCO HISTORICO	30
2.5	MARCO GEOGRÁFICO	32
2.6	MARCO LEGAL	33
2.6.1	LEY 1616 DEL 21 DE ENERO DE 2013	33
2.6.2	DECRETO 1477 DEL 2014	48
2.6.3	RESOLUCIÓN 0926 DEL 2017	49
2.7	MARCO TEORICO	50
INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL DUELO		

3 CAPITULO 3: DIAGNOSTICO Y ALCANCE

3.1 POBLACION

3.2 problema

1 CAPITULO 1: PANORAMA DEL PROYECTO

2.5 INTRODUCCIÓN

La muerte y el duelo producido por las más diversas pérdidas son aspectos comunes en la práctica de respuestas a emergencias, Para ello se requiere de una serie de habilidades que se irán formando a lo largo del desarrollo como personas y profesionales, las cuales tendrán como base la empatía y el continuo deseo de cumplir con los ya conocidos principios de la bioética, en especial la beneficencia. Sin embargo, muchas veces en la enseñanza de la medicina abandonamos el concepto de la muerte de forma simbólica y técnica, lo que se traduce en una huida y en no informar sobre la muerte o la pérdida a nuestros pacientes y sus familiares. como también en escenas de emergencia se puede encontrar con tener que tomar decisiones difíciles como la de prioridad de atención o tal vez, de realizar procedimientos difíciles como amputaciones para poder salvar la vida de los pacientes. situaciones que ponen al tecnólogo de atención prehospitalaria bajo estrés. Cuando se enfrentan a estas emergencias, evidenciamos que en muchas ocasiones no se está preparado para responder ante estas situaciones, por tal razón se quiere brindar un paso a paso, para tener las mejores herramientas e instrucciones en el manejo de la escena y los APH tengan una guía que puedan utilizar de forma correcta para brindar la orientación, a aquellas personas que han perdido un ser querido.

De esta manera, en el presente proyecto se busca identificar qué pautas podría seguir un APH para dar malas noticias de forma adecuada y reducir el impacto negativo del duelo por una pérdida.

2.6 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las problemáticas más importantes que se enfrentan día a día en la prestación de servicios de primera respuesta, en este caso en la atención prehospitalaria, es lo que se vivencia en algunas escenas difíciles como el fallecimiento del paciente a pesar de todo esfuerzo y tener que informarle a su familiar que en frecuentes ocasiones no lo toman de la mejor manera ya que es un impacto realmente fuerte psicológicamente y que en la forma en que los APH lo transmiten tal vez marcará la vida de esa persona, o enfrentarse a las malas reacciones que puedan tomar los familiares y cercanos que pueden resultar en agresiones contra los APH es un momento en el que los tecnólogos no están preparados para saber controlar profesionalmente. también se puede encontrar escenas donde el paciente se encuentre en un delicado estado de salud y la única forma de que le puedan salvar su vida ya que no es posible su liberación de algún atrapamiento como se ha presentado, es proceder a las amputaciones, son decisiones que el APH debe asumir arriesgadamente y el deber de informar al paciente y contar con su consentimiento es la parte más complicada ya que no se cuenta con manuales, guías o tal vez protocolos que enseñen como se debe hacer esta parte de la atención, lastimosamente en Colombia, no le dan la importancia que merece la salud mental de los profesionales en la salud y por tanto no es relevante los créditos que le dan a esta asignatura en los pensum universitarios y por ende cuando los APH salen a realizar su trabajo y se encuentra con este tipo de situaciones no saben cómo enfrentarlas y la falta de una guía de cómo manejar este tipo de emergencias realmente se hace necesaria.

Dar malas noticias no solo afecta a quien las recibe sino también a quien la da, y sobrellevar esto es una tarea mental que debe cargar el APH de ahí la importancia de tener unos parámetros de cómo sería mejor actuar al dar malas noticias tanto al paciente como a sus familiares.

2.7 1.3 JUSTIFICACIÓN

Ante la alta incidencia de accidentes en el país, en donde se presentan pérdidas humanas todos los días, se ha visto la necesidad de crear una guía que acerque más al APH a un adecuado manejo de la situación, ya que no se sabe a qué se va a enfrentar con la familia del paciente fallecido y en la forma en la que vayan a reaccionar, es ahí cuando, la guía indica qué hacer ante un familiar agresivo, depresivo y ansioso que entra a buscar un porque de lo que paso e incluso un culpable, a partir de ahí se empieza a buscar la forma de que se tome la noticia de la mejor manera posible dando a entender que se hizo lo necesario para salvar su vida.

Debido a la falta de experiencia frente a estas situaciones y que no es fácil dar esa mala noticia, lo que se busca con esta guía es que sea un instrumento de ayuda, un paso a paso de como sobrellevar la situación e ir dando la noticia de forma pausada y organizada para que no cause un impacto abrupto y negativo en las personas que rodean al paciente que acaba de fallecer, de esta manera tratar de encontrar una buena comunicación entre ambas partes.

Cada caso va a ser particular y no se tendría conocimiento hasta el momento en que se esté en frente de problema, sin embargo, se debe estar preparado para actuar ante los diferentes escenarios que se puedan presentar, desde una persona que toma la noticia con calma y entienda la situación hasta la persona que va a culpar por no haber hecho las cosas bien y van a tratar de agredir tanto física como psicológicamente al APH.

1.4 PREGUNTA

¿Existe una guía de apoyo psicosocial para el APH en una escena difícil?

1.5 OBJETIVOS GENERAL

Crear una guía de apoyo psicosocial al APH en escenas difíciles

1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Revisar la existencia de guías o protocolos para el personal de atención prehospitalaria en el caso de enfrentar escenas difíciles.

Determinar cuáles son las situaciones donde el Tecnólogo de Atención Prehospitalaria debe dar malas noticias tanto al paciente como al familiar o acompañante.

Identificar la necesidad de un curso para actuar en escenas difíciles para el personal de atención prehospitalaria.

1.7 IMPACTO

Lo que se quiere lograr con esta guía es que se llegue a conocer e implementar en todos y cada uno de los servicios de primera respuesta del área metropolitana para así tener un protocolo predeterminado para obtener un apoyo en momentos críticos en cualquier escena.

Impacto esperado	Plazo	Indicadores	Supuestos
Que la familia y el APH se sientan escuchados	Corto	Implementar un espacio de libre aporte y desahogo	Que la guía llegue a verse como una necesidad prioritaria en el servicio de salud
menor riesgo de inestabilidad emocional en el diario que hacer	Mediano	Mitigar el impacto que pueden llegar a tener las enfermedades mentales en los TAPH y familias	Disminuir la incidencia de depresión y enfermedades que puedan llegar a afectar su vida no solo físicamente sino también emocionalmente.
Obtener aprobación de los cuerpos de	Largo	que la guía llegue a ser reconocida y eficaz en la	Los TAPH se apropien de este recurso para aplicarlo

primera respuesta para aplicar la guía.		prevención de síndrome de estrés postraumático	en toda escena y situación de emergencia para ayudar a las familias tras una pérdida.
---	--	--	---

2. CAPÍTULO 2. MARCO CONCEPTUAL

2.8 APOYO MUTUO

El apoyo social es una serie de recursos psicológicos (proveniente de otras personas) que son significativas para un individuo y que lo hacen sentirse estimado y valorado. Están compuestas por transacciones interpersonales que implican la expresión de afectos positivos y la provisión de ayuda o asistencia a una o más personas. Esto permite que las necesidades sociales básicas de un individuo sean satisfechas por medio de la interacción con otros.

2.9 FAMILIA

Es un grupo de personas unido por un vínculo de pareja, consanguíneo o de algún otro tipo de situación, en la que los individuos hagan vida en conjunto y los una algún tipo de lazo. Es considerada como la base de la sociedad, pues desde los primeros tiempos, la familia ha tenido presencia en los grandes acontecimientos de la humanidad.

2.10 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una afección de salud mental que algunas personas desarrollan tras experimentar o ver algún evento traumático. Este episodio puede poner en peligro la vida, como la guerra, un desastre natural, un accidente automovilístico o una agresión sexual. Pero a veces el evento no es necesariamente peligroso. Por ejemplo, la muerte repentina e inesperada de un ser querido también puede causar TEPT.

2.11 TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Es un profesional de la salud con nivel tecnológico universitario, enfocado en la atención prehospitalaria y clínica.

2.12 CIERRE EMOCIONAL

Es saber poner fin a una etapa y tener el valor de comenzar un camino nuevo.

2.13 MUERTE

Es un efecto terminal que resulta de la extinción del proceso homeostático en un ser vivo; y con ello el fin de la vida.¹ Puede producirse por causas naturales (vejez, enfermedad, consecuencia de la cadena trófica, desastre natural) o inducidas (suicidio, homicidio, eutanasia, aborto, accidente, desastre medioambiental).

2.14 PÉRDIDA

Se refiere a falta o ausencia de algo que se tenía. Cuando una persona dispone de una cosa y luego la pierde, podrá decirse que sufrió una pérdida.

2.15 PSICOSOCIAL

Se refiere a la conducta humana y su inserción en la sociedad, el accionar individual analizado desde los aspectos sociales.

2.16 SALUD MENTAL

Bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones.

2.17 EMERGENCIA

Una emergencia es una situación crítica de peligro evidente para la vida del paciente y que requiere una actuación inmediata.

2.18 AFLICCIÓN

Pesar, congoja, tristeza moral o dolor, bien físico, psíquico o anímico que una persona pudiera tener. Las causas de la aflicción pueden ser de lo más diversas, una pérdida, obstáculos, frustración, desesperanza, etc. Por lo común la persona que está en estado de aflicción opta por apartarse, y puede lucir un poco retraída.

2.19 MIEDO

El miedo es una emoción caracterizada por una intensa sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza, y se manifiesta en todos los animales, lo que incluye al ser humano. La máxima expresión del miedo es el terror. Además, el miedo está relacionado con la ansiedad.

2.20 MORBILIDAD

Es un estado enfermo, de discapacidad, o mala salud debido a cualquier causa.¹ El término puede ser usado para referirse a la existencia de cualquier forma de enfermedad, o al grado en que esa condición de salud afecta al paciente. También se entiende como la proporción de seres vivos que enferman en un sitio y tiempo determinado. Minoritariamente también se usa como sinónimo morbilidad, que etimológicamente es correcto.

2.21 PATOLOGÍA PSICOLÓGICA

Es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico.

2.22 DESASTRE

Un desastre es un hecho natural o provocado por el ser humano que afecta negativamente a la vida, al sustento o a la industria y desemboca con frecuencia en cambios permanentes en las sociedades humanas y a los animales que habitan en ese lugar; en los ecosistemas y en el medio ambiente. Una catástrofe es un suceso que tiene consecuencias desastrosas. Los desastres ponen de manifiesto la vulnerabilidad del equilibrio necesario para sobrevivir y prosperar.

2.23 AFRONTAMIENTO

Conjunto de respuestas ante una situación estresante ejecutadas para reducir de algún modo las cualidades aversivas de tal situación. Es decir, se entiende como un proceso que incluye los distintos intentos de una persona por resistir y superar las demandas excesivas que se le planteen en su acontecer vital.

2.24 DESESPERANZA

Es pérdida de significado vital, es esa creencia peligrosa e irracional donde llegar a pensar que todo, absolutamente todo está perdido.

2.25 AFECCIONES EMOCIONALES

Las enfermedades emocionales son advertencias de hay algo que no estamos haciendo bien. Cada emoción corresponde a un órgano o a una parte del cuerpo.

2.26 ADAPTACIÓN

Es un conjunto de síntomas físicos y psíquicos que aparecen cuando el sujeto debe enfrentarse a una situación novedosa.

2.27 ENFERMEDAD

Es la Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

2.28 ANSIEDAD

Es una de las enfermedades mentales más frecuentes. Este trastorno produce temor, preocupación y una constante sensación de estar sobrepasado. Se caracteriza por una preocupación persistente, excesiva e irreal respecto de aspectos de la vida diaria tales como las finanzas, la familia, la salud y el futuro. Es una preocupación excesiva, difícil de controlar y que se acompaña frecuentemente de otros síntomas psicológicos y físicos. Estas preocupaciones interfieren en el trabajo, las relaciones sociales y el bienestar físico y mental.

2.29 DEPRESIÓN

La depresión clínica, es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. La depresión nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causarnos ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades.

2.30 FRUSTRACIÓN

Es una respuesta emocional común a la oposición, relacionada con la ira y la decepción, que surge de la percepción de resistencia al cumplimiento de la voluntad individual. Cuanto mayor sea la obstrucción y la voluntad habrá mayor probabilidad de frustración. La causa de la frustración puede ser interna o externa.

2.31 DUELO

Es una reacción normal y necesaria ante la pérdida de una persona querida y cumple una función adaptativa que es la de ayudar al doliente a aceptar y adaptarse a la pérdida, y reconstruir la vida cotidiana y los valores sin el ser querido. En definitiva, se trata de continuar viviendo sin esa persona significativa. El valor, la relevancia y el significado del

proceso de duelo es tal que hay personas que tras una vivencia de duelo experimentan un crecimiento personal importante.

2.32 2.2 MARCO REFERENCIAL

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Modelo de intervención psicosocial: Apoyo al apoyo para los Tecnólogos en Atención Pre Hospitalaria del 123.
AUTOR (ES)	Lenys Eliana Álzate Avendaño, José Luis Iturriaga Hernández, Betsy Alejandra Monoga Castro, Mildred Daniela Navas Laguna Juan David Romero Rojas
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	2019
CIUDAD (PAIS)	Medellín. Colombia
ABSTRAC (RESUMEN)	<ul style="list-style-type: none"> Múltiples referencias bibliográficas y cibergráficas hablan de como se ha manejado la intervención psicosocial en el personal de primera respuesta. Si bien unos afirman que este tipo de intervenciones son fundamentales para el adecuado mantenimiento de la salud mental de los profesionales, otros sugieren que no hay suficiente material, ni recursos en el medio que sirvan como base de partida para prestar esta ayuda a los primeros respondientes y personal de apoyo. Con la guía pretendemos beneficiar en gran medida al programa de APH del 123 ya que busca mitigar las consecuencias de una mala gestión ante un incidente crítico y servirá no solo para la población del 123, sino que en un futuro se pretende que se puede socializar y replicar con los diferentes establecimientos que cuentan con personal de primera respuesta.
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el estado de la salud mental de los TAPH del 123, a partir de los principales hallazgos. Identificar si el modelo es válido para la prevención psicosocial de incidentes críticos.

- Evaluar si el modelo es válido para la intervención psicosocial ante incidentes críticos
- Determinar el nivel de satisfacción de los tecnólogos en atención prehospitalaria del 123 con relación al modelo.

CONCLUSIONES (DISCUSION) La salud mental del primer respondiente está constantemente vulnerable ante los(1) riesgos psicosociales inherentes a su profesión, por lo que, con el fin de generar un impacto positivo en la salud mental del primer respondiente es necesario entender los mecanismos y estrategias de afrontamiento propios de los TAPH y correlacionarlos con bases teóricas de otros estudios realizados en otros países, esto con el propósito de generar consciencia, suscitar la necesidad de una adecuada salud mental e impulsar estudios y programas que se acoplen al contexto de la atención prehospitalaria en Colombia

LINK COMPLETO <http://library.unac.edu.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=305999>

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres
AUTOR (ES)	Jorge Rodríguez Mónica Zaccarelli Davoli Ricardo Pérez OPS/OMS
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	Mayo 2006
CIUDAD (PAIS)	Washington, D.C.
ABSTRAC (RESUMEN)	

En situaciones de desastres y emergencias complejas se produce un deterioro del tejido social, una pérdida de la estructura de la vida familiar y un incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y el miedo, que pueden aumentar la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales.

En este contexto, el presente libro parte de la necesidad de un abordaje integral de los problemas psicológicos que trascienda la atención a la enfermedad y la reparación de los daños materiales. Es una guía práctica que facilita el quehacer de los trabajadores de la salud que laboran en situaciones de emergencia o desastre. Se describen las principales reacciones psicológicas y trastornos mentales que pueden aquejar a las víctimas de desastres, y las pautas para la atención individual o la remisión de quienes requieren asistencia especializada; se incorporan, también, las características más importantes de los problemas psicosociales de la infancia y las pautas para su manejo individual y de grupo.

OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)

CONCLUSIONES (DISCUSION)

LINK COMPLETO https://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Revisión sistemática de intervención psicosocial: apoyo al apoyo
AUTOR (ES)	Gallardo Alvarino Kattia Stefany , Hoyos Rojas Sonia Katering , Valencia Silva Juan Sebastián , Ortíz Vargas Lina María
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	2017

CIUDAD (PAIS)	Medellín- Colombia
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>Múltiples referencia bibliográficas y cablegráficas hablan de como se ha manejado la intervención psicosocial en el personal de primera respuesta, ya sean bomberos, personal de salud, grupos de socorro, ejército, fuerza pública o voluntarios en puntos específicos del mundo, como países, ciudades o localidades, mostrando cuales fueron los métodos de ayuda y de intervención psicológica y cuáles fueron los resultados, otros reafirman que no hay suficientes recursos en el medio para tener una base de partida para prestar esta ayuda a los primeros respondientes y personal de apoyo. En Colombia la carga emocional que tiene el personal de salud es grande y se hace necesaria una intervención para mantener la estabilidad de la salud mental. El ministerio de salud tiene una guía de intervención psicosocial para el tratamiento de los pacientes y aunque la misma establece la importancia de la salud mental en el personal respondedor, no existe una herramienta clara y accesible para el personal.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>Diseñar estrategia de búsqueda para la revisión.</p> <p>Clasificar los documentos o los artículos encontrados.</p> <p>Analizar la información encontrada.</p>	
CONCLUSIONES (DISCUSION)	
<p>El trabajador del área de la salud tiene una gran carga he exigencia emocional, lo que causa una baja de calidad de vida laboral. El personal de salud tiene mayores niveles de despersonalización y de agotamiento en el trabajo. Se cuenta con poca herramienta para la estabilización de la salud mental de los primeros respondientes en Colombia. Aunque existen en el mundo diversos artículos sobre el estrés que se vive después de una emergencia y desastre o de la carga laboral en los servicios de salud, no existe una herramienta concluyente de cómo deben ser intervenidas las consecuencias que se marcan en la salud mental y por qué deben ser tratadas tempranamente.</p>	
<p>LINK</p> <p>http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/518/Trabajo%20de%20grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y</p>	<p>COMPLETO</p>

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	GUÍA SOBRE LA TEORÍA DEL APEGO DE J. BOWLBY PARA PRIMEROS RESPONDIENTES ENTRENADOS EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
AUTOR (ES)	Martínez cuadrado Manuel Ramón, Zárate Valero Karen Milena, Giraldo Henao José Julián
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	2011
CIUDAD (PAIS)	Colombia
ABSTRAC (RESUMEN)	
En el presente trabajo se retoma la investigación de Bowlby para aplicar su teoría en la Atención Prehospitalaria brindada por primeros respondientes entrenados, con el fin de integrar la atención psicológica o emocional, ya que se parte del problema que actualmente no se le ha dado suficiente importancia en el campo de la salud	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSION)	
LINK COMPLETO http://library.unac.edu.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=53782	

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Apoyando a la familia después de la muerte de un niño
AUTOR (ES)	Esther H. Wender, MD
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	2012
CIUDAD (PAIS)	
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>La muerte de un niño puede tener un efecto devastador en la familia. El pediatra tiene un papel importante que desempeñar en el apoyo a los padres y a los hermanos que aún están en su práctica después de tal muerte. Los pediatras pueden estar mal preparados para brindar este apoyo. Además, debido al dolor de enfrentar el dolor de los miembros de la familia, pueden ser reacios a involucrarse. Esta declaración brinda pautas para ayudar al pediatra a brindar dicho apoyo. Describe las reacciones de duelo que se pueden esperar en los miembros de la familia después de la muerte de un niño. Se sugieren formas de apoyar a los miembros de la familia y se describen otros recursos útiles en la comunidad. El objetivo de esta guía es prevenir resultados que puedan afectar la salud y el desarrollo de los padres y niños afectados.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSION)	
LINK COMPLETO https://pediatrics.aappublications.org/content/130/6/1164.long	

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	INTERVENCIÓN FAMILIAR EN DUELO
AUTOR (ES)	Juan A. Virizuela Echaburu, María del Mar Aires González y Antonio Duque Amusco.
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	2020
CIUDAD (PAIS)	Sevilla
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>Dar un apoyo psicosocial es de vital importancia ante una pérdida de una persona querida, no todos los duelos son iguales ni se resuelven del mismo modo depende de innumerables variables y su interacción. Por lo tanto, los factores que intervienen en el proceso de duelo son de tal magnitud y cuantía que si interacción hace necesaria una intervención específica psicológica y/o medica para la persona en duelo</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<ul style="list-style-type: none"> ● Aumentar la realidad de la pérdida. ● Ayudar al doliente a expresar sus emociones (tanto las exteriorizadas como las latentes). ● Ayudar a vencer los obstáculos que evitan el reajuste después de la pérdida. ● Alentar para decir “adiós” al fallecido y sentirse comfortable en la nueva situación de vuelta otra vez a la vida. 	
CONCLUSIONES (DISCUSION)	
<p>No importando el caso el profesional va a prestar la atención especial a la persona que ha sufrido la perdida y va a vigilar de cerca para detectar cualquier anomalía en el transcurso del mismo. En este sentido los equipos de atención domiciliaria, cuidados paliativos, oncología y atención primaria tienen un importante papel, ya que es en estos equipos donde habitualmente se encuentran los especialistas necesarios para hacer el seguimiento o la intervención que el doliente necesite</p>	
LINK	COMPLETO
https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo13.pdf	

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	LAS PÉRDIDAS Y SUS DUELOS
AUTOR (ES)	Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan de Dios. Pamplona.
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	2020
CIUDAD (PAIS)	CABO DE VILA
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>El ser humano necesita de los vínculos para crecer y desarrollarse. Cuando algunos de esos vínculos se rompen, surge un periodo de gran intensidad emocional al que llamamos duelo. Si la pérdida es radical y definitiva, como en el caso de la muerte, todas las dimensiones de la persona se ven afectadas (dimensión física, emocional, cognitiva, conductual, social y espiritual) de tal manera que la persona se puede llegar a sentir incapaz de superarlo y/o desarrollar un duelo patológico que requerirá la intervención profesional para su recuperación. Son muchos los factores que intervienen en el tipo de duelo, como circunstancias de la muerte, relación con el fallecido, personalidad y antecedentes del deudo y, el contexto sociofamiliar. Para el completo restablecimiento de una pérdida, el deudo atravesará una serie de etapas o fases y deberá realizar cuatro tareas fundamentales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptar la realidad de la pérdida. 2. Expresar las emociones y el dolor. 3. Adaptarse a un medio en el que el ser querido está ausente. 4. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. 	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
CONCLUSIONES (DISCUSION)	

Los duelos, por muy dolorosos y complicados que resulten, pueden ser oportunidades excepcionales para nuestro crecimiento personal y realización, siempre y cuando seamos capaces de afrontarlos y de integrar la correspondiente pérdida. La persona sana es aquella que no intenta escapar del dolor, sino que sabiendo que ocurrirá intenta saberlo manejar.

El duelo, señala Bermejo³⁴, quizá reclame nuestra verdad más grande y hermosa: el valor del amor. Y nuestra verdad más trágica: la soledad radical que nos caracteriza. La muerte de un ser querido nos confronta irremediamente ante el misterio de la vida. Nos impone silencio; y el silencio vacío; y el vacío, reflexión inevitable.

LINK COMPLETO <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original11.pdf>

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y CUIDADOS DE DUELO
AUTOR (ES)	Eva María Alarcón Pulido, Carlos Martínez Martínez María Mercedes Casado Morán Antonio Jesús Corpas Ortiz María Victoria García Campillos Diego Gómez Gutiérrez Pilar Jiménez Leal Alfonso Montilla Velasco Rosario Navarro Cubillo Ginés Ortiz Recio Jesús Ruiz Liébana Antonio Soriano Márquez Ana Anguita Parrado Francisco Márquez Lopera Juan Antonio Mariana Elvira
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	OCTUBRE 2009
CIUDAD (PAIS)	CORDOBA
ABSTRAC (RESUMEN)	Esta guía describe en líneas generales el diagnóstico, evaluación, orientación, asesoramiento e intervención a realizar en los casos de duelo normal, en riesgo de duelo complicado y en duelo complicado por fallecimiento de un ser querido. Está dirigida a la población general y rural que se atiende desde los Servicios Sociales Comunitarios de la provincia de Córdoba siendo extrapolable para cualquier otro contexto. El objetivo que nos planteamos es dar respuesta a una nueva demanda social y comunitaria de una manera sistematizada y pionera en este ámbito teniendo en cuenta las líneas actuales de investigación sobre el tema. Dadas las características de nuestro servicio esta guía puede ser desarrollada en la misma comunidad (a domicilio) y/o en los centros correspondientes, facilitando al doliente el acceso al servicio. La intervención se desarrolla puntualmente, con seguimiento periódico y posibilidad de coordinación y/o derivación a otros servicios, contemplando el asesoramiento e intervención individual,

grupal y/o familiar, así como módulos específicos para la atención a menores. Palabras clave: duelo normal, duelo complicado, asesoramiento, intervención psicosocial, pérdida.

OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)

Objetivos Generales

1. Elaboración de una guía de actuación del Psicólogo/a en situaciones de duelo.
2. Ofrecer una atención comunitaria próxima y efectiva a la demanda de orientación, asesoramiento e intervención al duelo.

Objetivos Específicos

1. Establecer un procedimiento de evaluación, intervención y seguimiento en procesos de duelo.
2. Describir aspectos generales de la metodología de intervención psicológica con los afectados directos, familiares y grupos de intervención en situaciones de crisis para disminuir el impacto emocional y social.
3. Determinar los distintos escenarios y momentos de la intervención, así como establecer la metodología de intervención en cada uno de ellos.
4. Crear documentos de información, organización de datos y documentos de apoyo a familiares que faciliten la intervención psicológica en una situación de crisis y su posible seguimiento.

CONCLUSIONES (DISCUSION) dentro del ámbito asistencial, es usual diseñar protocolos o guías de intervención, pero que posteriormente no son contrastadas con rigor, desde el punto de vista científico y esto influye tanto en sus puntos fuertes como en sus puntos débiles y defectos. La comprobación experimental no está exenta de problemas y dificultades (como la generalización de resultados, la homogeneización de sus condiciones de aplicación, características de la población...) pero no deja de ser una alternativa deseable y de elección frente a la no evaluación de resultados e intervenciones.

La metodología basada en la evidencia se fundamenta en la demostración de que nuestras intervenciones son efectivas y eficientes (basándonos en datos empíricos). En consecuencia, cuando se diseña partimos de una evidencia (la recogida de evidencias de otras investigaciones en la literatura científica sobre el tema sirve como base), pero aun así, debemos demostrar que nuestro trabajo es realmente útil y efectivo.

LINK COMPLETO <http://www.ipbscordoba.es/uploads/noticias/duelo.pdf>

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Breaking Bad News
AUTOR (ES)	GREGG K. VANDEKIEFT
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	15 de diciembre de 2001- Michigan State University College of Human Medicine, East Lansing, Michigan.
CIUDAD (PAIS)	Estados unidos
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>Breaking bad news is one of a physician's most difficult duties, yet medical education typically offers little formal preparation for this daunting task. Without proper training, the discomfort and uncertainty associated with breaking bad news may lead physicians to emotionally disengage from patients. Numerous study results show that patients generally desire frank and empathetic disclosure of a terminal diagnosis or other bad news.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>Physicians can build on the following simple mnemonic, ABCDE, to provide hope and healing to patients receiving bad news: Advance preparation—arrange adequate time and privacy, confirm medical facts, review relevant clinical data, and emotionally prepare for the encounter.</p>	
<p>https://www.aafp.org/afp/2001/1215/p1975.html</p>	

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Recomendaciones para familiares para la despedida y el duelo ante la presencia del covid-19
AUTOR (ES)	sociedad española de cuidados paliativos
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	fecha y lugar 2020, Paseo de La Habana 9-11. 28036 Madrid
CIUDAD (PAIS)	España
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>La situación del estado de alarma debido al Covid19 es nueva para todos y nos requiere nuevas maneras de poder realizar los ritos de cierres y despedidas tan importantes para poder elaborar nuestros duelos.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p>Es necesario adaptarnos a las limitaciones que esta situación nos impone y asumir la frustración que esta nos genera. Esta capacidad de asumir la impotencia será clave en la correcta elaboración de nuestro duelo y en la cicatrización de la futura herida.</p>	
<p>https://www.aafp.org/afp/2001/1215/p1975.html</p>	

TITULO DEL ARTICULO (INVESTIGACION)	Guía para el duelo
AUTOR (ES)	Cristian Camilo Arbeláez Álvarez Diana Gisela Ríos Fernández Diana María Peláez Cardona
FECHA Y LUGAR DE INVESTIGACION	Octubre de 2011
CIUDAD (PAIS)	Medellín - colombia
ABSTRAC (RESUMEN)	
<p>La Unidad de Duelo, en su compromiso de acompañar a quienes pierden seres queridos, ha desarrollado esta guía como una herramienta para orientarlo en las diferentes situaciones que se viven cuando alguien muere.</p>	
OBJETIVOS (NO TODOS TIENEN)	
<p></p>	
CONCLUSIONES (DISCUSION)	
<p>Esperamos que al leer esta guía pueda comprender que lo que está sintiendo es "normal" y no está perdiendo la cabeza, que es importante expresar su dolor y no está mal buscar ayuda.</p>	
<p>https://www.aafp.org/afp/2001/1215/p1975.html</p>	

2.3 MARCO INSTITUCIONAL.

2.3.1 Misión

La Corporación Universitaria Adventista declara como su misión: Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

2.2.2 Visión

La Corporación Universitaria Adventista con la dirección de Dios, será una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad(2).

2.2.3 Historia de la Institución

En el año de 1937 inició labores en Medellín el “Colegio Industrial Coloveno”, con el fin de atender las necesidades educativas de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. La tarea educativa comprendía todos los niveles de educación y buscaba preparar profesionalmente a pastores, administradores, maestros y músicos. Al comenzar el año de 1950 se adoptó el nombre “Instituto Colombo–venezolano” y continuó trabajando en los niveles de educación primaria, secundaria y terciaria. El decreto 80 de 1980 (enero 22) emanado de la presidencia de la República define el sistema de Educación Superior y tal definición obligó al “Instituto Colombo–venezolano” a revisar sus estatutos. El 18 de julio de 1981 se creó la Corporación Universitaria Adventista con el objetivo de impartir la educación post-secundaria en la modalidad universitaria. La UNAC recibió la personería Jurídica No. 8529 el 6 de junio de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

En el proceso de su desarrollo académico ha organizado cinco facultades desde las cuales se ofrecen los programas de pregrado: Facultad de Educación, Facultad de Teología, Facultad de Salud, Facultad de Ciencias Administrativas y Contables, Facultad de Ingenierías; y una División de Investigaciones y posgrados que es la encargada de liderar los programas de posgrado que ofrece la Institución.

La UNAC ha trabajado con miras a formar profesionales muy competitivos y de altas calidades morales y espirituales, por ello dentro de su quehacer cotidiano participa en diferentes procesos que velan por la calidad institucional. Se destaca la Acreditación otorgada por la Agencia Acreditadora Adventista (AAA), que ha certificado la calidad de la educación impartida en la UNAC. De igual manera se está participando en los procesos de calidad de la Educación Superior que promueve el Ministerio de Educación Nacional; el Registro Calificado para cada uno de sus programas, se constituye en la etapa previa antes de ingresar a los procesos de Acreditación de Alta Calidad tanto para los programas como para la institución en sí(3).

https://www.unac.edu.co/?page_id=178

2.4 MARCO HISTORICO

Se expone una revisión sobre una enfermedad de gran importancia en la atención pre hospitalaria ya que es junto al trastorno por estrés agudo. Se hace un recuento de los antecedentes históricos que permitieron llegar al concepto actual del trastorno de estrés postraumático, así como sus criterios diagnósticos, epidemiología y tratamiento. Esta enfermedad puede ser estudiada y modelada la intervención terapéutica ya que un grupo de eventos de alta potencialidad psicotraumática ocurre en la vida civil, lo que posibilita su condición de síndrome paralelo. El acercamiento teórico al tema se realiza sobre la base de una revisión de las más recientes publicaciones sobre este. El trastorno por estrés postraumático (TPET) es una enfermedad vinculada desde sus orígenes a sucesos psicotraumáticos como la guerra, aunque no exclusivo de estas situaciones, lo que lo convierte en uno de los llamados síndromes paralelos.

- Este trastorno ofrece un cuadro clínico articulado por 3 síntomas básicos:
- Evocación reiterada e involuntaria del acontecimiento traumático.
- Reducción del nivel general de respuesta a estímulos cotidianos.
- Aumento del estado de vigilia.

en el ámbito militar se ha visto evidenciado en los veteranos de Vietnam entre el 20 y el 30 %, cifra semejante a la encontrada en otras contiendas bélicas y otros ejércitos,4,5 así como en víctimas civiles de ataques, amenazas y abusos, la que se sitúa entre el 10 y el 30 %.6,7 En los accidentes y catástrofes naturales también se presenta, aunque con cifras menores.

En 1666 Samuel Pepys, a raíz del gran incendio de Londres, describió un cuadro semejante a lo que hoy llamamos TEPT. Erichsen en 1866 describió un síndrome con síntomas psicósomáticos y cognitivos en víctimas de desastres ferroviarios. En 1889 Herman Oppenheim, introdujo el término de neurosis traumática, concepto que mantiene su vigencia. El suizo Edouar Stierlin publicó 2 investigaciones, una sobre el terremoto de Messina y otra referida a un grave accidente minero. Sigmund Freud modificó sus ideas con respecto a la relación trauma-psicopatología con el paso de los años, para al final ignorar el efecto de los traumas reales, los que sustituyó por los traumas fantaseados(4).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572005000400009

2.33 MARCO GEOGRÁFICO



2.34 MARCO LEGAL

2.35 LEY 1616 DEL 21 DE ENERO DE 2013

"POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

ARTÍCULO 3°. SALUD MENTAL. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

ARTÍCULO 5°. DEFINICIONES.

Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- 1. Promoción de la salud mental.** La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.
- 2. Prevención Primaria del trastorno mental.** La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo. relacionados con

la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

3. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

4. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

5. Trastorno mental. Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta

alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

6. Discapacidad mental. Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples 2 ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

7. Problema psicosocial. Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

8. Rehabilitación psicosocial. Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap -o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades,

deshabilitados y handicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.

TITULO 11

DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

ARTÍCULO 6°. DERECHOS DE LAS PERSONAS.

Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

- 1.** Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
- 2.** Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
- 3.** Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los I tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.

4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoducción a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.
11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental

12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.

13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.

14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.

16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad. Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

TÍTULO III

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL

ARTÍCULO 7º. DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL.

El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga su veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.

Así mismo, el Ministerio tendrá la responsabilidad de promover y concertar con los demás sectores aquellas políticas, planes, programas y proyectos necesarios para garantizar la satisfacción de los derechos fundamentales y el desarrollo y uso de las capacidades mentales para todos los ciudadanos.

ARTÍCULO 8º. ACCIONES DE PROMOCIÓN.

El Ministerio de. Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias,

las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras.

ARTÍCULO 9º. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL EN EL ÁMBITO LABORAL.

Las Administradoras de Riesgos Laborales dentro de las actividades de promoción y prevención en salud deberán generar estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, y deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores. El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley. El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud evaluarán y ajustarán periódicamente este lineamiento técnico para enfrentar los riesgos laborales en salud mental. De acuerdo con lo establecido en la ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones de promoción y prevención ordenadas en el presente artículo.

TÍTULO IV

ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL

CAPÍTULO I

ARTÍCULO 10. RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL.

El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente.

Dichos protocolos y guías incluirán progresivamente todos los problemas y trastornos así como los procesos y procedimientos para su implementación. Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente cada cinco años. Igualmente, asignará prioridad al diseño y ejecución de programas y acciones complementarios de atención y protección a las personas con trastornos mentales severos y a sus familias.

ARTÍCULO 11. ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL.

La atención integral en salud mental incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral y educativa. Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial necesaria como elementos

fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.

CAPÍTULO 11

RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

ARTÍCULO 13. MODALIDADES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL.

La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Atención Ambulatoria.
2. Atención Domiciliaria.
3. Atención Pre hospitalaria.
4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
5. Centro de Salud Mental Comunitario.
6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
7. Hospital de Día para Adultos.
8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.

9. Rehabilitación Basada en Comunidad

10. Unidades de Salud Mental.

11. Urgencia de Psiquiatría. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud establecerán nuevas modalidades y servicios para la atención integral e integrada en Salud Mental bajo los principios de progresividad y no regresividad y mejoramiento continuo de la red.

ARTÍCULO 14. PRESTADORES DE SERVICIOS.

Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas deberán garantizar y prestar sus servicios de conformidad con las políticas, planes, programas, modelo de atención, guías, protocolos y modalidades de atención definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, so pena de incurrir en las sanciones contempladas en la legislación vigente. Para este efecto el Ministerio deberá formular, implementar, evaluar y ajustar tales instrumentos de acuerdo con lo establecido en la presente ley y demás disposiciones legales complementarias.

ARTÍCULO 15. PUERTA DE ENTRADA A LA RED.

El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema, el cual debe garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales para la población, proveer cuidado integral buscando resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital, además de integrar los cuidados individuales, colectivos y los programas focalizados en riesgos específicos a la salud mental. Las acciones en este nivel tienen entradas desde múltiples ámbitos e instancias a nivel local tales como los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, la comunidad.

ARTÍCULO 16. ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.

Los entes territoriales deberán definir y estandarizar los mecanismos, procesos y procedimientos administrativos y asistenciales prioritarios para acceder a los servicios de la red de salud mental. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

ARTÍCULO 17. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.

Los entes territoriales deberán establecer los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo del funcionamiento de la red de servicios en salud mental, a fin de garantizar su desarrollo eficiente y ajuste oportuno. Estos mecanismos deben contar con la participación de la ciudadanía y espacios de rendición de cuentas. El Ministerio de Salud y Protección Social, deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

ARTÍCULO 18. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud. Los equipos interdisciplinarios estarán conformados por: Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Terapia Psicosocial, Médico General, entre otros profesionales, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Este equipo Interdisciplinario garantizará la prevención y atención integral e integrada de conformidad con el modelo de atención, guías y protocolos vigentes, a fin de garantizar el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de las personas, familias y colectivos sujetas de atención asegurando la integralidad y los estándares de calidad.

ARTÍCULO 19. CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD.

De conformidad con el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán la capacitación y formación en salud mental de los equipos básicos en salud, así como su actualización permanente. El Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales informarán anualmente el cumplimiento

de lo previsto en este artículo al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, para lo de su competencia.

ARTÍCULO 20. MEJORAMIENTO CONTINUO DEL TALENTO HUMANO.

Los prestadores de servicios de salud públicos y privados deberán garantizar la actualización continua del talento humano que atiende en servicios de salud mental en nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, sin perjuicio de la forma de vinculación al prestador.

ARTÍCULO 21. PROTECCIÓN ESPECIAL AL TALENTO HUMANO QUE TRABAJA EN SALUD MENTAL.

las Administradoras de Riesgos laborales, de conformidad con el nivel de riesgo identificado, prestará la asesoría y asistencia técnica para implementar programas, campañas, servicios y acciones de educación y prevención, intervención y control de los factores de riesgos psicosocial a los trabajadores de la salud mental, cuya labor se relacione con la atención directa en consulta externa o hospitalaria, casos de violencia fatal y no fatal y atención psicosocial en situaciones de urgencia, emergencia y desastres. En todo caso las Administradoras de Riesgos laborales deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan y cumplan con el desarrollo del plan de trabajo anual dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios consignados en el presente artículo en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente

ley. De acuerdo con lo establecido en la ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones ordenadas en el presente artículo.

ARTÍCULO 22. TALENTO HUMANO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.

las personas que hagan parte del equipo de atención prehospitalaria en Salud Mental deberán acreditar título de Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería o Atención Prehospitalaria. En todo caso, los prestadores de servicios de salud deberán garantizar que el talento humano en atención prehospitalaria cuente con el entrenamiento y fortalecimiento continuo de competencias en el área de Salud Mental que les permita garantizar una atención idónea, oportuna y efectiva con las capacidades para la intervención en crisis y manejo del paciente con trastorno mental. Este equipo deberá estar en constante articulación con el Centro Regulador del ámbito departamental, distrital y municipal según corresponda(5).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

2.36 DECRETO 1477 DEL 2014

“POR EL CUAL SE EXPIDE LA TABLA DE ENFERMEDADES LABORALES”

Que el artículo 4° de la Ley 1562 de 2012, define como enfermedad laboral' aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

ARTÍCULO 1. TABLA DE ENFERMEDADES LABORALES. El presente decreto tiene por objeto expedir la Tabla de Enfermedades Laborales, que tendrá doble entrada: i) agentes de riesgo, Para facilitar la prevención de enfermedades. en las actividades laborales y, ii) grupos de enfermedades, para determinar el diagnóstico médico en los trabajadores afectados.

SECCIÓN I

AGENTES ETIOLÓGICOS /FACTORES DE RIESGO OCUPACIONAL A TENER EN CUENTA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES

4) Agents psicosociales

SECCIÓN II

PARTE B

ENFERMEDADES LABORALES DIRECTAS

Grupo IV: trastornos mentales y del comportamiento(6).

<https://safetya.co/normatividad/decreto-1477-de-2014/>

2.37 RESOLUCIÓN 0926 DEL 2017

“POR LA CUAL SE REGLAMENTA EL DESARROLLO Y OPERACIÓN DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS”

ARTÍCULO 1. OBJETO. La presente resolución tiene por objeto reglamentar el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas —SEM- en Colombia.

ARTÍCULO 2. Campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución son aplicables a las entidades territoriales, a los prestadores de servicios de salud - a las entidades —responsables de pago de servicios de salud y a los primeros respondientes.

ARTÍCULO 13. PRIMER RESPONDIENTE. Es la persona capacitada que en forma solidaria decide participar en la atención inicial de alguien que ha sufrido una alteración de la integridad física y/o mental, puede o no ser un profesional de la salud. Activará el SEM, apoyará en la valoración de los riesgos asociados al evento y brindará ayuda inicial al afectado(7).

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_0926_2017.htm

2.7 MARCO TEORICO

Se pretende crear una guía de apoyo psicosocial para el APH en escenas difíciles tanto para los familiares como al primer respondiente tras una pérdida. En muchas ocasiones lo que prima es el paciente, pero lo que a menudo no se tiene en cuenta es que el personal de salud o primeros respondientes en general también pueden padecer de estrés postraumático, por eso se considera que es muy importante tratar directamente al primer respondiente para evitar que estos episodios que le puedan llegar a afectar de manera significativa. De esta manera, se expondrán diferentes pensamientos y puntos de vista que se han venido investigando a través de los años sobre el tema y dar evidencia de lo necesaria que resultaría la implementación de este guía.

Jessi (2012) afirma que La muerte repentina o violenta de un ser querido puede provocar en algunas personas un trastorno postraumático que se caracteriza por el sentimiento de estrés o miedo aun cuando ya pasó ese evento de mucho peligro que les ha tocado vivir. Este trastorno no discrimina edades ni géneros. Es muy posible que una persona sufra de este trastorno postraumático después de la muerte sorpresiva de un ser querido.

Otras víctimas del trastorno pueden ser los veteranos de guerra, sobrevivientes de desastres naturales, víctimas de abuso sexual o abuso físico, encarcelamiento, accidentes donde la vida haya estado en alto riesgo, víctimas del terrorismo, profesionales en el área de la salud o haber sido testigo de la muerte violenta de alguien, etc. Cabe mencionar que no todas las personas van a sufrir de este trastorno, sino por el contrario, son pocas aquellas que lo experimentan. Algunos pacientes necesitan de 3 a 6 meses de tratamiento. Otros tratamientos pueden ser más largos, inclusive de 1 a 2 años dependiendo de la severidad del caso y del tipo de tratamiento elegido.

Según Deborah León-Amenero (2019) tras una pérdida el impacto psicosocial lo vive la familia en conjunto, y se puede manifestar con síntomas de irritabilidad y depresión entre sus miembros, así como el incremento de situaciones conflictivas entre ellos. Si consideramos que la infancia es un periodo de gran dependencia de otras personas, usualmente de los padres

y la familia, se puede deducir que una alteración en el funcionamiento de esta se podría traducir en el posible desarrollo de un TEPT y síntomas depresivos entre los miembros más jóvenes de la misma. Además, la ansiedad de los padres puede llevar, en ocasiones, a emplear estrategias de evitación frente al trauma, con las consecuencias que esto conlleva en sus hijos.

Según la revista puertorriqueña de psicología (2017): las afectaciones psicológicas en el personal de primera respuesta, quienes están constantemente expuestos a situaciones estresantes y psicotraumatizantes como parte de su profesión, al verse involucrados en la atención de víctimas en emergencias y desastres, es común la aparición de algunas de estas afectaciones durante y después de ocurrida la situación, como parte de su profesión. Sin embargo, si las reacciones cognitivas, conductuales, afectivas y fisiológicas persisten por más tiempo de lo que se esperaría, interfiriendo en su vida familiar, social y laboral, disminuyendo paulatinamente su calidad de vida, podríamos pensar en el desarrollo de otros síndromes y trastornos; siendo el síndrome de estrés traumático secundario y el trastorno por estrés postraumático los más comunes.

Cuando se dan malas noticias buscamos facilitar el proceso de transmitir con una comunicación asertiva, permitirle conocer al paciente su estado crítico y en caso de fallecimiento brindarle a sus familiares los detalles relacionados con la muerte de su ser querido, apoyarle sin criticarlo ni imponer prejuicios, considerar normales sus emociones y posibles reacciones negativas dándole un manejo adecuado de acuerdo a la guía y dejar claro que el dolor intolerable más adelante tendrá fin, son algunas de las medidas que pueden ayudar a que el duelo transcurra normalmente. En contra de creencias populares, el duelo hay que "elaborarlo", el dolor "hay que sentirlo", la persona debe expresarse libremente, no apresurarse en deshacerse de recuerdos del fallecido, no buscar "curas geográficas" ni cambios de hogar.

2.7.1 APOYO PSICOSOCIAL

Que es el apoyo psicosocial

J. Cassel (1974): el apoyo psicosocial es el ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo.

Gottlieb, (1988): “El apoyo social es una información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor”

Lin, Dean y Ensel (1986): “El apoyo social son provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos”

FICR (2009): El apoyo psicosocial también se puede describir como “un proceso que facilita la resiliencia en individuos, familias y comunidades”.

Historia del apoyo psicosocial

Estrella Dura (1991): la necesidad de efectividad y competencia con el medio ambiente, que se manifiesta en los primeros actos del primer recién nacido, se traslada no a las cosas sino a las personas. El individuo humano descubre que el sentimiento de controlabilidad de su medio ambiente le vendrá dado en base a su eficacia en las relaciones interpersonales con los demás. Y no solo eso, sino que la misma eficacia en sus tareas puede verse alterada por la sola presencia de otras personas. Al fin y al postre éste fue el primer experimento de laboratorio en psicología social realizado en 1889 por Triplett.

Definitivamente la persona humana sigue mostrando la necesidad secundaria en términos de Maslow de “hacerse con los demás”, de comunicarse con ellos, de “tenerlos” para que nos sostengan y de sentirse queridos. En otras palabras, necesitamos tener apoyo psicosocial

porque en función de la amplitud del mismo estará el bienestar social e individual del sujeto humano.

Según la revista *Psicosocial Intervención* (2010): A finales de la década de los ochenta y principios de los noventa del anterior siglo la Psicología como profesión y disciplina todavía estaba buscando un espacio propio donde llevar a cabo análisis e intervenciones basadas en el enfoque psicosocial. Un primer hito histórico puede considerarse la celebración en 1984 del primer Congreso Nacional de Psicología: gracias al impulso de los referentes de la Psicología Comunitaria del momento se organiza con un área de trabajo específica para la Psicología de la Intervención Social.

Tipos de apoyo psicosocial

1. Información de sensibilización sobre la prevención de la separación familiar y la angustia psicosocial.
2. Actividades de apoyo psicosocial no especializado: actividades de habilidades para la vida.
3. Formación profesional: clases de costura, cocina, informática, peluquería
4. Actividades recreativas: baile, naipes.
5. Iniciativas comunitarias: Evento callejero de arte, creatividad y juego en el espacio público
6. Primeros auxilios psicológicos (PSA) en emergencias
7. Contribución a la reunificación de familias separadas
8. Asistencia para proporcionar rituales de duelo apropiados.
9. Programas de apoyo para padres
10. PSS estructurado: narración de cuentos, grupo focalizado
10. Clubes juveniles
11. Actividades de medios de vida / empoderamiento económico
12. Actividades gimnásticas y deportivas: senderismo, zompa

Factores que influyen en el apoyo psicosocial

Hacen referencia a alteraciones fisiológicas y psicosomáticas (dolores de cabeza, musculares; trastornos del sueño.), psíquicas (falta de atención, etc.). Esto crea disfunciones,

ciertos trastornos psicológicos son puestos de manifiesto en numerosos estudios en los que se plantea:

- Dificultad de comunicación
- Fatiga psíquica

Insomnio

- Neurosis y psicosis
- Depresiones
- Estrés

Características del apoyo psicosocial

- Contener: Intervenir las emociones, para evitar el desbordamiento de las mismas, se le brinda un espacio pertinente para experimentar el dolor.
- Calmar: promover la relajación, ayudando a la persona a experimentar sentimientos de comprensión y de apoyo, facilitando así la liberación de energía nerviosa.
- Informar: brindar conocimiento respecto al suceso que se ha experimentado, a través de un lenguaje adaptado a la persona y a la situación utilizando frases cortas y concretas.
- Normalizar: Implementar técnicas de relajación, permitir a la persona expresar sus emociones, pero sin forzarlo a ello.
- Consolar: explorar en el sujeto actividades de preferencia, con el fin de que se sienta mejor. El diseño de un plan de intervención en primeros auxilios psicológicos durante

una emergencia o desastre natural es un punto clave para un correcto manejo de las crisis emocionales. Durante las primeras 72 horas, el caos y la desinformación prevalece generando así malestar e inconformidad, la colectividad tiene un papel decisivo en las personas que resultan afectadas por un desastre, pues el individuo tiende a agruparse, compartir sus vivencias y dolor, tanto por la pérdida de familiares o inmuebles; en la mitigación de los efectos socio psicológicos los primeros auxilios influyen a que se logren deshacer los efectos que se desencadenan de la emergencia a corto y largo plazo.

Objetivos del apoyo psicosocial

- Ayudar a una persona con enfermedad mental o traumas, especialmente después de un desastre, emergencia u otro evento
- Recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad de la manera más autónoma y digna
- Mejorar el desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse.

Principales factores que influyen el apoyo psicosocial del primer respondiente en la escena

- Vestimenta: ¿Tengo que vestirme de cierta forma para mostrar respeto? ¿Necesitarán los afectados algunas prendas de vestir para mantener su dignidad y sus costumbres?
- Idioma: ¿Cuál es la forma usual de saludar a la gente en esta cultura? ¿Qué idioma hablan en casa?
- Sexo, edad y poder: ¿Es necesario que sólo las mujeres cooperantes se acerquen a las mujeres afectadas? ¿A quién puedo dirigirme? (En otras palabras, ¿A quién es la cabeza de la familia o de la comunidad?)
- Contacto y comportamiento: ¿Cuáles son las costumbres en relación con tocar a las personas? ¿Es aceptable darle la mano a alguien o tocarle el hombro? ¿Hay algo

especial que haya que tener en cuenta en cuanto al comportamiento hacia ancianos, niños, mujeres u otras personas?

- Creencias y religión: ¿Cuáles son los diversos grupos étnicos y religiosos entre las personas afectadas? ¿Qué creencias o prácticas son importantes para las personas afectadas? ¿Cómo pueden comprender o explicar lo que ha ocurrido?

Apoyo psicosocial en el primer respondiente

Steven Montfort (2019): quien afirma que los trabajadores de servicios médicos de emergencia (EMS) pueden experimentar tensiones mentales, físicas y emocionales en cada turno en el que trabajan. Es un trabajo que comúnmente tiene altos niveles de estrés, incidentes cada vez mayores de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y lesiones en el trabajo. Estos problemas contribuyen a las altas tasas de suicidio, agotamiento relacionado con el trabajo, depresión clínica y condiciones físicas que ya no permiten que el proveedor de EMS trabaje en el campo. La salud personal y el bienestar físico, emocional y mental desempeñan un papel fundamental para ayudar a los trabajadores de EMS a sobrevivir en sus carreras.

La línea de apoyo psicosocial para los primeros respondientes deberá contar con los siguientes componentes:

- Orientación: Se brinda a trabajadores que manifiestan una situación, conflicto o inquietud, frente a la cual se escucha y orienta bajo un contexto de comunicación participativa, facilitando así un espacio de análisis y reflexión para la movilización de recursos propios, familiares, sociales y/o institucionales, promoviendo y/o generando la prevención de problemas y trastornos mentales y la promoción de la salud mental.
- Acompañamiento: Este proceso de atención permite que los trabajadores encuentren un espacio de acompañamiento con profesionales en el área de salud mental, con los cuales pueden expresar sus sentimientos y emociones, así mismo, por medio de esta intervención se facilita el fortalecimiento de habilidades, desarrollo y potenciación de

estas. Enfatiza en el fortalecimiento, participación y empoderamiento de los derechos y conciencia de estos y sus posibilidades para ejercerlos con responsabilidad.

- Información: Dirigida a brindar información sobre la inquietud planteada por los trabajadores. A través de esta línea se puede brindar información entre otros aspectos sobre: o Servicios de salud a nivel Local u Otras líneas de atención en emergencias o Líneas de atención en salud mental de las diferentes regiones del país. o Servicios que brinda la ARL.
- Remisión: Entendida como la intervención por medio de la cual el profesional de salud mental de la Línea activa rutas de atención y direcciona a las entidades competentes para la debida y oportuna atención de trabajadores que pueden estar en riesgo y no cuentan con una adecuada red de apoyo que les permitan movilizar acciones para la resolución y manejo de la situación presentada, para lo cual se busca la atención y protección pertinente por parte de las diferentes entidades.
- Referenciación: Se hace cuando el motivo de consulta del trabajador explicita la necesidad de movilización a un espacio referenciado
- Seguimiento a las acciones: Los profesionales de la salud mental buscan realizar un seguimiento a las acciones realizadas por los trabajadores generando cambios en ellos mismos, o en sus situaciones, o de otra parte lograr nuevas estrategias de apoyo a las diferentes situaciones que expresan. Desencadenando continuidad en el proceso, permitiéndoles desarrollar estrategias propias en el fortalecimiento de las situaciones vividas por estos, además alcanzar logros y dar cambios significativos al motivo de consulta identificado.
- Seguimiento Institucional: Los profesionales de la Línea de apoyo psicológico realizan seguimiento a casos notificados, a entidades públicas o privadas, con el objetivo de conocer las acciones realizadas por los equipos locales, sectoriales e intersectoriales y el impacto de las acciones realizadas en términos de respuesta de atención y/o intervención, o de respuestas no efectivas

2.7.2 Historia del duelo

La forma de morir y la forma de realizar un duelo no han sido las mismas para el ser humano desde el principio de la historia. Realizaremos un paneo de siglos que comenzará desde la crucifixión de Cristo pero que podría comenzar mucho antes, el objetivo apunta a comprender cuáles son las características del morir y del duelo en nuestra actualidad.

Muchos de los que mueren hoy lo hacen en un hospital, hasta el siglo XVIII se nacía y se moría en la casa y, ya a mediados del siglo XX, morir en la casa, en el lugar donde uno ha vivido toda la vida, comienza a ser visto como de mal gusto. Existen un montón de justificaciones para que esto se produzca, una y de la más trascendente es que se supone que la ciencia médica tiene algo que hacer, hasta con ese muriente con respirador artificial, con tratamiento para el dolor, adormecido, sin poder hablar, convertido nuevamente en un bebé que no tiene ni voz ni voto en el acto de su propia muerte. Salvar un día más la vida de un ser humano, a cualquier costo, esconde la evidencia del temor que tenemos por relacionarnos con la muerte. A un ser humano lo despedimos como a un ser perteneciente a nuestra cultura, como a un ser que ha vivido entre nosotros, como alguien que ha surcado nuestra tierra, y es enterrado o cremado, con su nombre y con el conocimiento de sus seres queridos. Esto que parece tan obvio, no ha sido así en muchos momentos trágicos de la historia, sin ir más lejos recordemos a “Antígona” de Sófocles y a lo acontecido en Argentina donde el dictador Videla “solucionó” el problema de los cuerpos de las personas que secuestraban, torturaban y asesinaban haciendo “desaparecer” a sus cuerpos.

Las guerras en el siglo XX han redefinido la idea del duelo, a partir de una fractura, los que fueron a la guerra eran hijos de dieciocho años, a quienes se mandaron a las primeras trincheras de batalla. A partir de estos hechos debemos cambiar la versión reconocida del duelo, de la versión de la muerte del padre debemos avizorar otra versión: la versión de la muerte del hijo.

La ciencia médica transforma el instante de morir en una sistematización que mantiene al otro vivo a cualquier costo y encima en muchos lugares desde la juridicidad rehúsa la posibilidad de eutanasia, al no poder dejar morir a ningún muriente, enfrentamos complejos

problemas éticos. Por un lado, es manifiesto que, detrás de esta juridicidad, emergen cuestiones sociales. La muerte excluida convierte al muriente en un sujeto caprichoso. Kübler-Ross trabajó con murientes, cuenta en su libro “Sobre el duelo y el dolor” (2006) de una persona anciana que es reanimada y con esto le salvan la vida. “La anciana estaba muy enojada por esto; le preguntan: “¿Por qué tan enojada si le salvamos la vida?” La anciana contestó: “Mírame cómo estoy, no puedo caminar, no me puedo mover, me duele todo; cuando estaba en coma, nadaba, bailaba y me traen acá”.[viii] Uno se pregunta realmente qué posición frente a este tema es la mejor sostener como equipo profesional, y ésta es una de las cuestiones fundamentales para el análisis del tema histórico del morir y el duelo: depende de cómo pensemos la muerte y el duelo es lo que vamos a hacer; si la vida es un valor para disfrutar a toda costa, bueno, que viva un poquito más, unos minutos aunque sea mal, sufriendo, sin gozo, y aunque no quiera vivir tampoco importa. “¿Importa al sujeto muriente si muere con esa “muerte del perfusionado oxigenado, alimentado por sondas y embrutecido por analgésicos?”.

Desde hace muchos años se viene haciendo fuerte la idea de la “calidad de vida”, esto engloba muchos aspectos de la vida y la enfermedad, pero se habla mucho menos de la “calidad de muerte”, muchas veces se termina convirtiendo en un eufemismo lo de la calidad de vida cuando se trata de alguien atravesando los últimos momentos de vida, deberíamos hablar sin tantos tapujos acerca de la “calidad de muerte”. Los veterinarios hablan, como decíamos de la calidad de muerte y no tienen problemas ante cualquier animal en problemas en ayudarlo a un buen morir. Al gato, al perro, a la mascota se le administra una sustancia que le permite no sufrir tanto, pero en cambio en cuanto a los seres humanos, se privilegia el mantenerlos con vida sea como sea, al costo de mucho sufrimiento.

Habilitando una escucha que siempre sea singular, nunca sencillo, escuchar acerca del duelo y de la muerte nunca es sencillo. El duelo es uno de los temas fundamentales de nuestro quehacer. Los pacientes no dejan de hablar de sus muertos, las decisiones más cruciales de la vida se toman pensando en un padre, una madre, una abuela, un abuelo, alguna persona que ya no está; estamos habitados por nuestros muertos, hay una relación con ellos y esa

relación puede ser mortificante o habilitante para el sujeto. Del lugar que se le dé al muerto cuando ya no tiene lugar, depende la vida del vivo.

Tipos de duelo

- Duelo alterado: Cuando la pérdida se da de forma inesperada.
- Duelo Anticipado: Cuando se sabe que la persona va a morir.
- Duelo Retardado: Cuando el duelo no se afronta de manera inmediata.
- Duelo Crónico: Cuando el individuo se niega o no asimila lo sucedido.
- Duelo Patológico: Cuando se cree que la causa de la muerte puede reflejada de la misma manera en mí.

Factores que influyen en el desarrollo de un duelo

- El tipo de relación afectiva con el fallecido
- Duración de la enfermedad mortal y la agonía, en caso de existir
- Grado de parentesco
- Carácter de la muerte
- Aspecto del cadáver
- Grado de dependencia
- Género del superviviente
- Apoyo social, redes sociales
- Ideas religiosas o filosóficas o espirituales
- Presencia o no de otras experiencias de duelo

Duelo en el primer respondiente

Factores de riesgo sobre el manejo del duelo

- El estrés relacionado con el contacto prolongado con un paciente agonizante o su familia debe ser enfocado durante el tiempo efectivo del cuidado y después de la muerte ya que este también es tiempo que el primer respondiente debe enfocarse y dejar atrás para poder continuar.
- La sobrecarga de problemas y diversas situaciones como preocupaciones le pueden generar al primer respondiente un estado de estrés que le puede llegar a afectar de manera significativa, a fin de cuentas, es humano y le resulta necesario desahogarse.

- Muchas veces ciertos pacientes son complicados de tratar debido a los diversos factores anteriormente mencionados, cuyos casos deben ser atendidos de manera en que el primer respondiente se involucre de más si se le es permitido, lo cual también lo puede llegar a marcar emocionalmente.

Factores protectores en el manejo del duelo

- la red informal de apoyo de grupos de iguales era muy importante a la hora de ayudar a los profesionales a experimentar un duelo eficaz.
- Las relaciones de apoyo entre colegas y profesionales de la salud son importantes para la provisión de cuidados emocionales y físicos al enfermo terminal y a la familia.
- Los profesionales sanitarios también se valen de estrategias reductoras del estrés. Ejemplos de tales estrategias comprenden el mantenimiento de hábitos adecuados de salud, el ejercicio regular y las actividades recreativas.
- El uso de un álbum de recortes con cartas a clientes que han muerto en las que el cuidador comparte sus pensamientos y sentimientos respecto a la importancia de la vida del enfermo es otra manera de conservar recuerdos y facilitar la resolución del duelo.

2.7.3 Principales trastornos tras una pérdida

Trastorno por estrés postraumático

Es un trastorno de ansiedad o desorden que sufren algunas personas después de haber vivido un evento traumático o de mucho peligro en sus vidas. Es natural para un ser humano el sentir miedo ante una situación de peligro, ese miedo alerta a nuestro cuerpo a reaccionar huyendo o evitando ese evento peligroso. Lo contrario ocurre con los pacientes que sufren de PTSD o Trastorno de estrés postraumático, ellos sienten estrés o miedo aún después de que el peligro ya pasó.

Depresión

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. La mayoría de nosotros se siente de esta manera de vez en cuando durante períodos cortos. La depresión es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más.

Ansiedad

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza una preocupación persistente y excesiva por actividades o eventos, incluso asuntos comunes de rutina. La preocupación es desproporcionada con respecto a la situación actual, es difícil de controlar y afecta la forma en que te sientes físicamente. La ansiedad puede ser normal en situaciones estresantes, como hablar en público o realizar una prueba. La ansiedad es solo un indicador de una enfermedad subyacente cuando los sentimientos se vuelven excesivos, en todo momento e interfieren con la vida cotidiana.

Síndrome de Burnout

El Síndrome Burnout (quemado, fundido) es un tipo de estrés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima, y está caracterizado por un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en sus tareas, el sentido de responsabilidad y pueden hasta llegar a profundas depresiones.

Trastornos del estado de animo

Trastorno depresivo mayor

Trastorno de salud mental que se caracteriza por depresión persistente o pérdida de interés en las actividades, lo que puede causar dificultades significativas en la vida cotidiana. Las causas posibles incluyen una combinación de fuentes biológicas, psicológicas y sociales de angustia. Cada vez son más las investigaciones que sugieren que estos factores pueden ocasionar cambios en la función cerebral, como la actividad anormal de ciertos circuitos neuronales en el cerebro. El sentimiento de tristeza permanente o la pérdida de interés que caracterizan a la depresión grave pueden provocar una variedad de trastornos emocionales y físicos. Pueden incluir trastornos en hábitos del sueño, apetito, nivel de energía, concentración, comportamiento diario o autoestima.

Trastorno Bipolar

Trastorno que provoca altibajos emocionales, que van desde trastornos de depresión hasta episodios maníacos. Se desconoce la causa exacta del trastorno bipolar, pero es posible que tenga que ver con una combinación de factores genéticos y ambientales y de la alteración de las sustancias químicas y las estructuras del cerebro. Los episodios maníacos pueden incluir síntomas como exceso de energía, reducción de la necesidad de dormir y pérdida de noción de la realidad. Los episodios depresivos pueden incluir síntomas como falta de energía, poca motivación y pérdida de interés en las actividades cotidianas.

Trastorno Esquizoafectivo

Trastorno mental que incluye esquizofrenia y síntomas de trastornos emocionales. El trastorno esquizoafectivo es una combinación de síntomas de la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, como la depresión o el trastorno bipolar. Los síntomas pueden ocurrir al mismo tiempo o en diferentes momentos. Los ciclos de síntomas agudos suelen estar seguidos de períodos de mejora. Incluyen delirios, alucinaciones, episodios de depresión y episodios maníacos de mucha energía.

Ciclotimia

Trastorno del estado de ánimo que provoca picos y valles emocionales. Los cambios en el estado de ánimo en las personas con ciclotimia no son tan extremos como en las personas con trastornos bipolares. Las personas con ciclotimia pueden continuar de manera normal con su vida, aunque puede resultar difícil. Los síntomas incluyen altibajos psicológicos intermitentes que pueden ser más pronunciados con el paso del tiempo.

Trastorno depresivo persistente

Tipo de depresión moderada pero prolongada. La distimia se caracteriza por el estado anímico depresivo durante dos años como mínimo, junto con al menos otros dos síntomas de depresión. Algunos ejemplos de síntomas incluyen pérdida de interés en las actividades normales, desesperanza, baja autoestima, inapetencia, falta de energía, cambios en el sueño y falta de concentración.

Trastornos del sueño

Insomnio

Problemas persistentes para dormirse y para permanecer dormido. La mayoría de los casos de insomnio están relacionados con hábitos inadecuados del sueño, depresión, ansiedad, falta de ejercicio, enfermedades crónicas o ciertos medicamentos. Los síntomas incluyen la dificultad para dormir o permanecer dormido, y la sensación de no haber descansado correctamente.

Trastornos alimenticios

Anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa, a menudo simplemente denominada «anorexia», es un trastorno de la alimentación potencialmente mortal que se caracteriza por un peso corporal anormalmente bajo, un gran temor a aumentar de peso y una percepción distorsionada del peso o de la figura corporal. Las personas con anorexia hacen todo lo posible por controlar el peso y la figura

corporal, lo que frecuentemente afecta de manera importante la salud y las actividades cotidianas.

Bulimia nerviosa

La bulimia nerviosa, llamada frecuentemente «bulimia», es un trastorno de la alimentación grave y potencialmente mortal. Cuando padeces bulimia, tienes episodios de atracones y purgas que incluyen la sensación de pérdida de control sobre tu alimentación. Muchas personas con bulimia también restringen lo que comen durante el día, lo que suele causar más episodios de atracones y purgas.

Trastorno alimentario compulsivo

Cuando tienes el trastorno alimentario compulsivo, habitualmente comes en exceso (atacón) y tienes la sensación de pérdida de control sobre lo que comes. Puedes comer con rapidez o consumir más alimentos de los que tienes pensado, incluso cuando no tienes apetito, y seguir comiendo mucho tiempo después de sentirte demasiado lleno.

Trastorno de rumiación

El trastorno de rumiación es la regurgitación repetida y continua de los alimentos después de comer, pero que no se debe a una enfermedad ni a otro trastorno de la alimentación, como anorexia, bulimia o trastorno alimentario compulsivo. La comida vuelve a la boca sin náuseas ni arcadas, y puede que la regurgitación no sea intencional. A veces, los alimentos que se regurgitan se mastican nuevamente y se vuelven a tragar, o bien se escupen.

Trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos

Este trastorno se caracteriza por no alcanzar los requerimientos nutricionales diarios mínimos por la falta de interés en alimentarse; es decir, evitas las comidas con determinadas características sensoriales, como el color, la textura, el aroma o el sabor; o bien estás preocupado por las consecuencias al comer, como el temor a atragantarse. No evitas alimentos por temor a aumentar de peso.

2.8 PERSONAL DE PRIMERA RESPUESTA Y EL MANEJO DEL DUELO

Como se da el duelo en el primer respondiente

Hoy en día, son los miembros del equipo de salud quienes permanecen en contacto continuo con el paciente y su familia al principio y al final de la vida, ya que la mayoría de los nacimientos y muertes se producen en los centros hospitalarios. Este hecho hace que se generen relaciones estrechas entre el personal de la salud, los pacientes y sus familiares, quienes esperan encontrar en el equipo de salud el apoyo y la comprensión para enfrentar sus angustias y sentimientos presentes y futuros relacionados con los confines de la vida.

Por lo tanto, para poder responder a los miedos, angustia y sufrimiento de los pacientes ante la muerte, es necesario enfrentarse consigo mismo y tener en cuenta la visión holística al realizar esa introspección. Al respecto Kübler señala que observar la muerte de un ser humano nos hace conscientes de la finitud, de la limitación de nuestra propia vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que el equipo interdisciplinario de salud solo podrá enfrentar y aceptar adecuadamente la muerte (los sentimientos y la angustia que se viven en relación con ésta), si dispone de fuentes de apoyo, si ha podido superar satisfactoriamente sus propios duelos y si posee una adecuada capacidad para tolerar el estrés.

Factores de riesgo en la salud mental del primer respondiente

Según el concepto de “vulnerabilidad universal” propuesto por Jeffrey Mitchell, no existe ningún tipo de entrenamiento o preparación previa que haga desaparecer completamente la posibilidad de que una persona que atienda víctimas primarias sea afectada por el trastorno de estrés postraumático (lo que se ha dado en llamar el “síndrome de la compasión”).

Como lo afirma el Centro Nacional para Trastorno de Estrés Postraumático de los Estados Unidos, uno de cada tres socorristas llega a presentar síntomas de este trastorno.

Los síntomas son:

- Re experimentación del acontecimiento traumático
- Intento de evitar estímulos asociados al evento traumático
- Disminución de la capacidad de respuesta al mundo que lo rodea
- Hiperactividad
- Ansiedad marcada
- Depresión marcada
- Disociación.

Factores de riesgo

- Falta de rigurosidad en la selección del personal
- Falta de preparación o entrenamiento
- Exposición prolongada a estrés o experiencias muy traumáticas
- Vulnerabilidad social: pobreza, desempleo
- Exposición simultánea a otros traumas como separación, divorcio, problemas de pareja
- Antecedentes de problemas físicos o mentales
- Sobredimensionar la capacidad de ofrecer soluciones
- Problemas organizacionales.

Factores protectores en la salud mental del primer respondiente

Tres factores protectores de la salud mental:

- Inteligencia emocional
- Valores
- Autoestima

La inteligencia emocional es definida como un conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales, que influyen en la capacidad para adaptarse y enfrentar las demandas especiales del medio (Bar-On, 1997). Desde esta perspectiva los componentes factoriales de este constructo se asemejan a los factores de la personalidad, pero a diferencia de éstos, la inteligencia emocional y social es modificable a través de la vida.

Schwartz (1992) define a los valores como metas motivacionales deseables y transituacionales que varían en importancia y que sirven como principios en la vida de una persona y considera 10 tipos de valores motivacionales: poder, logro, hedonismo, autodirección, estimulación, universalismo, benevolencia, tradición, conformidad y seguridad. Estos valores se organizan en dos dimensiones bipolares: apertura al cambio versus conservación y autopromoción versus autotrascendencia. Schwartz propone que los valores de autotrascendencia (universalismo, benevolencia) generan preocupaciones de tipo macro (centradas en temas sociales), en tanto los valores de autopromoción (poder, logro) estarán ligados a preocupaciones de tipo micro (más centradas en la propia persona), por lo tanto, estas personas tendrán menores niveles de bienestar subjetivo y mayores niveles de ansiedad (Schwartz, Sagiv & Boehnke, 2000).

La autoestima es definida como la dimensión evaluativa del autoconcepto, en la que la persona se autoevalúa en una escala que varía de lo positivo (autoafirmación) a lo negativo (auto-denigración) (Hewit, 2002). Se considera que una alta autoestima tiene una función hedónica o de bienestar general. Extensas investigaciones han encontrado que una alta

autoestima tiene efectos beneficiosos para las personas, en tanto se sientan bien con respecto a sí mismas, a su vida y a su futuro. También se asocia a un mejor desempeño laboral, resolución de problemas, extraversión, autonomía, autenticidad y a varios tipos de fenómenos interpersonales positivos: conducta prosocial, satisfacción en el relación y desempeño positivo en grupos (Kernis & Goldman, 2003; Leary & MacDonald, 2003). Por otro lado, una baja autoestima está asociada a hipersensibilidad, inestabilidad, timidez, falta de autoconfianza, evitación de riesgos, depresión, pesimismo, soledad o alienación (Rosenberg & Owens, 2001).

2.9 ¿CÓMO DAR MALAS NOTICIAS?

De acuerdo a García, una mala noticia se podría definir como: "aquella que drásticamente y negativamente altera la propia perspectiva del paciente, o sus familiares, en relación con su futuro". Presentado consecuentemente alteraciones a nivel emocional y conductual en el receptor, que suele persistir luego que la mala noticia fue recibida. Para que una mala noticia sea definida como tal no depende tan solo del contenido de la información o la magnitud de la misma, sino de la repercusión que esta tendrá en sus receptores. Sin embargo, es difícil determinar esto último, ya que dependerá del contexto de la vida de cada persona. En diversos estudios se ha documentado que los estudiantes de medicina y los médicos no han recibido un entrenamiento formal para poder brindar malas noticias de forma adecuada. En el Perú, hasta donde tenemos conocimiento, en la mayoría de las facultades de medicina no existe un entrenamiento a los alumnos sobre cómo brindar malas noticias¹¹. En un estudio realizado en 2014 se encontró que, de 317 profesionales de salud de un hospital general de Lima, 72% de ellos reconocieron no haber recibido capacitación sobre cómo comunicar malas noticias¹². No es difícil imaginar que existen temores por parte de los emisores (personal de salud, específicamente médicos) sobre lo que puede suceder al dar una mala noticia, los cuales pueden ser: temor a ocasionar dolor, temor al fracaso terapéutico, temor legal, temor a expresar sus propias emociones, temor a lo desconocido y temor a la propia muerte. Estos

temores no deben limitarnos al momento de dar malas noticias, dado que evadir la comunicación de estas y brindar un falso sentido de esperanza podría llegar a ser más nocivo para el paciente y su familia.

Existen cuatro condiciones básicas que, de ser tomadas en cuenta antes de dar una mala noticia, podrían conllevar a un mejor resultado:

1. Contar con una evaluación completa y fidedigna de la gravedad y el pronóstico de la enfermedad.
2. Tener presente la idiosincrasia de cada paciente.
3. Buscar el apoyo de la familia del paciente, brindándoles esperanza sin llegar a mentir.
4. Valorar la relación médico-paciente.

Una vez que contemos con las condiciones necesarias antes de dar una mala noticia es importante recordar que al brindarla se podrían satisfacer cuatro objetivos distintos, además del brindar información. Estos han sido propuestos por Sweeny et

1. Buscar que la información sea lo más clara y precisa.
2. Identificar si hay deseos de persuadir al paciente de adoptar recomendaciones.
3. Minimizar el estrés del paciente y promover su satisfacción.
4. Minimizar el discomfort del personal de salud.

Los seis pasos para dar una mala noticia Existen varias guías respecto a cómo brindar adecuadamente malas noticias; sin embargo, no existe un consenso sobre cuál es la técnica más adecuada¹⁶. En el Perú se ha propuesto una guía de 13 pasos para comunicar a familiares la muerte repentina en emergencia¹⁷. A nivel internacional, una de las guías más reconocidas es el protocolo SPIKES de 6 pasos postulado por Buckman y Baile:

1. S-Setting Up the Interview: En este primer momento es importante revisar adecuadamente la historia clínica a fin de contar con la seguridad del diagnóstico, pudiendo llevarla al lugar de la entrevista para tener la información a la mano. El lugar donde se brindará la información debe ser lo más privado posible. Es también importante contar con la presencia de alguien de apoyo para la persona que va a

recibir la noticia. Antes de pasar al siguiente paso, es necesario valorar el estado emocional del paciente con la finalidad de determinar si es el momento adecuado para brindar la mala noticia.

2. *P-Assessing the Patient's Perception*: Siempre debemos recordar "antes de hablar, preguntar". Es decir, consultarle al paciente que tanto sabe sobre su enfermedad o cuáles son sus preocupaciones al respecto con la finalidad de dirigir adecuadamente la entrevista. Las preguntas deberán ser abiertas e indirectas, como: "¿Qué piensa usted sobre su dolor en el abdomen, su baja de peso, etc.?", o "¿qué le han dicho sobre su enfermedad?", además se debe ir de lo más superficial a lo más profundo con preguntas como "¿cree usted que esto es muy grave?". Debemos tener en cuenta que si el paciente no desea hablar ya nos está comunicando su grado de malestar. Debemos averiguar además las características de la personalidad del paciente, así como su contexto cultural y social, con la finalidad de saber cuál sería la mejor manera de abordar el tema a fin de que sea adecuadamente comprendido.
3. *I-Obtaining the Patient's Invitation*: Pueden existir pacientes que no deseen conocer la información sobre su estado de salud. Además, no siempre es posible poder procesar toda la información en una sola entrevista, por lo que debemos encontrar un equilibrio entre lo que queremos decirle al paciente y lo que él desea saber. Es importante recordar que, así como tiene derecho a la información, también tiene derecho a rechazarla. Se le puede preguntar al paciente: "¿quisiera usted saber todos los detalles de su enfermedad?", o "¿preferiría usted que converse de su enfermedad con algún familiar y otra persona?". Es necesario tener en cuenta la sensibilidad adecuada para obtener la información; esto puede ser incluso dando la información pausadamente y por partes, esperando que el paciente solicite más información. Si el paciente nos manifiesta su negativa de obtener información, debemos recordarles que esta estará disponible para ellos cuando la soliciten.
4. *K-Giving Knowledge and Information to the Patient*: Debemos compartir la información sobre el diagnóstico en caso el paciente lo solicite, de no ser así, procederemos a explicarles el tratamiento. Deberemos emplear un lenguaje según el nivel intelectual y el contexto cultural del paciente. La información se brindará de

manera pausada, empleando frases introductorias que vayan preparando al paciente, como: "me temo que la evolución no ha sido la que esperábamos". Además, el lenguaje verbal debe ser lo más sencillo posible, evitando la jerga médica y el lenguaje no verbal debe buscar brindar tranquilidad y seguridad al paciente, cuidando nuestros gestos, posturas y miradas, de ser posible, debemos sentarnos al mismo nivel que el paciente, dejar la historia clínica de lado y mostrar nuestras manos con gestos sencillos y pausados. La idea de todo esto es no solo brindar información, sino también realizar un diálogo terapéutico.

5. *E-Addressing the Patient's Emotions with Empathic Responses*: Una vez recibida la información, las emociones de los pacientes pueden ser muy variables. Es importante determinar las reacciones que se presentan ya que de estas dependerán que la información brindada sea captada adecuadamente, para esto debemos plantearnos: a) si la reacción del paciente es socialmente aceptable, b) la reacción está ayudando al paciente a sobrellevar el problema, c) si es modificable o no. Ante cualquier situación, es necesario que el médico se muestre empático, ofreciendo siempre el apoyo necesario a través de declaraciones empáticas: "puedo notar que esta noticia lo molesta", "comprendo que usted no esperaba esta noticia", "sé que esto no es una buena noticia para usted", "lamento tener que informarle", "yo también esperaba un mejor resultado"; preguntas empáticas: "¿cómo se siente al respecto?", "cuénteme más al respecto", "¿podría tratar de explicarme a que se refiere?", "¿podría comentarme que es lo que le preocupa?", "¿qué le asusta?", y respuestas validadoras: "puedo entender cómo se siente", "creo que cualquiera hubiera tenido la misma reacción", "muchos otros pacientes han tenido experiencias similares", "lo que está sintiendo es perfectamente normal, no tiene por qué avergonzarse".

En caso la respuesta del paciente nos impresione como desadaptativa, debemos considerar el solicitar el apoyo de personal capacitado para una intervención breve o en crisis.

6. *S-Strategy and Summary*: Se programará el seguimiento, dejando siempre en claro al paciente que cuenta con nuestro apoyo cuando lo necesite. Antes de programar una cita de seguimiento, es importante desarrollar un plan conjunto, clarificar al paciente

cuáles serán los pasos a seguir, desarrollar un plan de contingencia y finalmente hacer un resumen para asegurarnos que la información fue bien recibida.

Breaking Bad News: Notifying family members of a death in the emergency department(notificar a familiares de una muerte en el departamento de emergencias)

Caso

Un hombre de 50 años es llevado a su departamento de emergencias luego de un paro cardíaco sin testigos. Sigue el enfoque simplificado de la PEA, pero no puede identificar una causa reversible. Desafortunadamente, nunca recupera el pulso y declara al paciente muerto. Su enfermera a cargo le dice, “la familia acaba de llegar, lo están esperando en la habitación tranquila”. Es importante tener un enfoque para dar malas noticias ...

Mi acercamiento

Prolongaré mi enfoque diciendo que normalmente no me siento como un experto cuando tengo que dar la noticia de la muerte de un ser querido. Considero la comunicación como una de mis fortalezas clínicas, pero en esta situación mis emociones parecen nublar mi mente y me cuesta encontrar las palabras adecuadas.

Hay muchos enfoques diferentes para esta conversación y ninguno es perfecto. No pretendo que mi enfoque sea el único o el mejor. De hecho, estoy seguro de que la mayoría de los lectores tendrán ideas sobre cómo mejorar esto; frases que les ayuden o afirmaciones que deben evitar. Todos podemos aprender unos de otros. Si tiene alguna idea, sea cual sea su

función, si tiene experiencia dando o recibiendo esta charla, por favor comente al final de la publicación.

Entonces mi enfoque:

Antes de entrar a la habitación

-Consigue ayuda. Casi siempre es mejor tener a alguien contigo para esta conversación. Si tiene suerte, tiene un trabajador social o un capellán en el personal. Una enfermera con experiencia también puede hacer una gran diferencia. Estos individuos no solo son expertos en comunicación, a veces con un poco de conocimiento preexistente de la familia, sino que también se aseguran de que haya alguien disponible para que usted no se vea obligado a dejar solo a los afligidos cuando lo llamen de nuevo a sus deberes clínicos.

-Asegúrese de tener suficiente tiempo. Entregue su teléfono o buscapersonas a la enfermera a cargo. Específicamente, reserve el tiempo y asegúrese de estar 100% presente.

-Revisa tu apariencia. Asegúrate de cambiarte la ropa sucia o ensangrentada.

-Tómate un minuto para ordenar tus pensamientos antes de entrar en la habitación. ¡Asegúrese de conocer el nombre del paciente! (Esto parece obvio, pero con frecuencia en situaciones de paro cardíaco, puedo ejecutar un código completo sin que me digan el nombre del paciente. Sería fácil ir a la familia sin verificar esto primero). Dedique un minuto a revisar lo que necesita decir.

-Elija la ubicación correcta. Con suerte, su departamento ya tiene un lugar apropiado.
Encuentre un lugar privado, tranquilo, cómodo y preferiblemente no clínico

En la habitación

Siéntate.

-Preséntate a ti mismo y a cualquier persona que tengas contigo.

-Establece quién está en la habitación.

-Presagia que tienes malas noticias, "Me temo que tengo muy malas noticias", y luego ve al grano: "John murió".

-Algunas personas preguntan a los familiares qué saben sobre la situación antes de dar la noticia. Esto nunca me ha parecido natural. Creo que la familia ya puede sentir las noticias de mi lenguaje corporal y hacer que respondan preguntas parece retrasar lo inevitable. Encuentro que una breve cantidad de contexto es razonable.

-John se derrumbó en casa. Los paramédicos encontraron que su corazón estaba detenido y estaban haciendo compresiones en el pecho cuando lo trajeron aquí. Su corazón aún no latía cuando llegó a la sala de emergencias y, a pesar de todo lo que hicimos, murió ".

-Doug tuvo un accidente automovilístico y resultó gravemente herido. A pesar de todo lo que el equipo pudo hacer, Doug murió ".

-Lo siento, Joan estaba muy enferma cuando llegó aquí y a pesar de todo lo que pudimos hacer Joan ha muerto”

En este punto, querrá seguir hablando. El silencio en la habitación se sentirá horrible. Lucha contra todo lo que tienes y mantén la boca cerrada. De todos modos, nadie escuchará nada de lo que diga. Este es el momento para un buen lenguaje corporal, una caja de pañuelos de papel, tal vez una mano en el hombro y un tranquilo "Lamento mucho tu pérdida".

No hace falta decirlo, porque es cierto para todas las comunicaciones con pacientes y familiares, pero asegúrese de usar un lenguaje claro y comprensible y de evitar la jerga médica. El error clásico es evitar la palabra "murió" y en su lugar decir algo como "John se ha ido".

Proporcione información si es necesaria, pero asegúrese de consultar con la familia, ya sea monitoreando las señales no verbales o simplemente preguntando cuánto quieren saber. Trate de proporcionar la información en segmentos cortos, dejando tiempo entre ellos para procesar la información. Deje tiempo para reflexionar.

Tiendo a terminar preguntando: "¿Tiene alguna pregunta?" Si no trajo a nadie a la habitación con usted (y no lo sugiero) asegúrese de conocer todos los detalles prácticos sobre lo que viene a continuación. Las primeras veces que hice esto, me sorprendió la cantidad de preguntas prácticas que tenía la familia y lo poco preparado que estaba para responder sus preguntas.

Saliendo de la habitación

Quizás la parte menos humana de ser un médico de urgencias es que nos vemos obligados a dar esta noticia y luego volver rápidamente al trabajo. Idealmente, me sentaría en silencio

hasta que la familia tuviera tiempo para procesar sus emociones, pero rara vez tengo suficiente tiempo. Esta es una de las razones clave para traer a otra persona a la habitación con usted. Cuando llega el momento de irme, tiendo a decir algo como:

-Por último, siempre invito a la familia a pasar un tiempo con su ser querido. Recuerde prepararlos para cualquier lesión visible o equipo médico aún en su lugar

-Recuerde considerar el estado de las personas frente a usted. Aunque me avergüenza sobremedicar las reacciones de duelo perfectamente normales, hablarás con las personas en el peor día de sus vidas. Puede resultar útil pensar en ellos como sus pacientes. Sé que algunos departamentos de emergencia registran a todos los miembros de la familia como pacientes de emergencia.

Notas

Existe un debate considerable sobre decir "lo siento". Personalmente, creo que eso es una tontería. Si mi amigo o mi vecino perdiera a un ser querido, las primeras palabras que saldrían de mi boca serían "Lo siento mucho". La frase es un marcador de empatía y parte de la comunicación humana normal. Si esas son las palabras que le vienen a la mente, dígalas. Si te hacen sentir incómodo, no lo hagas.

Escogería frases que te suenen naturales y las diría en voz alta hasta que se conviertan en una segunda naturaleza, para que no te quedes sin palabras cuando llegue el momento.

Este proceso es más fácil con la preparación familiar. Si un paciente llega en estado crítico, la honestidad y la comunicación temprana con la familia son fundamentales. Aunque sigue siendo algo controvertido, invitar a los miembros de la familia a la sala de reanimación durante la reanimación les da más tiempo para aceptar la muerte y parece limitar el shock.

La cuestión de si dar la noticia de la muerte por teléfono puede ser difícil. Obviamente, el método preferido es el cara a cara, pero no se debe mentir a los miembros de la familia, ni hacer que se apresuren a entrar, potencialmente poniéndose en peligro, porque creen que su familiar está en una condición crítica cuando en realidad ya están muertos. Hay una sección excelente sobre comunicación telefónica en el artículo más largo (también bueno) "Noticias de la muerte a los familiares" en NursingTimes.net.

Recuerde cuidar de los miembros de su personal y de la familia. Cuanto más hablas, peor es
”- Stuart Swadron en ERCAST(8)

<https://first10em.com/breaking-bad-news/>

2.10 COMO DAR LA NOTICIA DE QUE NO SE PUEDE HACER NADA PARA SALVAR LA VIDA DEL PACIENTE

Saber cómo dar buenas noticias es una habilidad esencial para las ECOE y la práctica clínica. Desde una etapa temprana, los médicos se encuentran en situaciones en las que necesitan transmitir noticias difíciles a pacientes y / o familiares. Las noticias malas o angustiantes nunca son fáciles de escuchar, pero tener a alguien que las entregue bien puede hacer que la persona que las reciba se sienta respetada y apoyada en el futuro.

Comunicación clínica: consejos generales

Prepárese para la consulta eligiendo un entorno adecuado (consulte la sección "entorno" a continuación) y realizando una lectura de antecedentes suficiente para asegurarse de que comprende bien la situación del paciente.

Introducción

Lávese las manos y póngase el EPP si corresponde.

Preséntese incluyendo su nombre completo y función.

Verifique que tenga el paciente correcto y confirme que está contento de que lo llamen por su nombre (por ejemplo, Joanna o Sra. Smith).

Explique el propósito de la entrevista (por ejemplo, "Me han pedido que hable con usted sobre algunas investigaciones recientes que ha tenido").

Si está viendo al paciente en lugar de a su médico habitual, discúlpese por el cambio y explíquele que interviene por cualquier motivo.

Obtenga el consentimiento para discutir el tema con el paciente y explíquele que la discusión será confidencial.

Escucha activa

Mostrar habilidades de escucha activa durante la consulta:

Mantenga un nivel apropiado de contacto visual en todo momento.

Lenguaje corporal abierto, relajado pero profesional (por ejemplo, piernas y brazos sin cruzar, inclinándose ligeramente hacia adelante en la silla).

Asiente para reconocer lo que dice el paciente cuando sea apropiado.

Evite interrumpir al paciente durante la consulta.

Establecer una buena relación

Trate de establecer una relación con su paciente:

Pregúnteles cómo están, ofrézcales un asiento y un vaso de agua.

Empatice con cualquier emoción que muestre / verbalice y reconozca la dificultad / estrés de las situaciones que podría estar experimentando (obsérvelas con atención).

Escuche y responda a las cosas que dice el paciente.

Estructurando la consulta

SPIKES es una forma eficaz de estructurar su consulta.

Ajuste

Es importante dar malas noticias en un entorno adecuado:

La discusión debe tener lugar en una sala cómoda, tranquila y privada. Aunque esto no siempre es posible, asegúrese de tener al menos algo de privacidad y de que el paciente y la familia tengan un lugar para sentarse. ¡Las malas noticias nunca deben darse de pie en un pasillo!

Asegúrese de tener algunos pañuelos disponibles.

Asegúrese de que tanto usted como el paciente / familiar estén sentados.

Coloque las sillas si es necesario (por ejemplo, en ángulos de aproximadamente 45 grados entre sí), evitando barreras físicas entre usted y el paciente (por ejemplo, un escritorio).

Asegúrese de tener tiempo ininterrumpido durante la reunión (apague los buscapersoas y los teléfonos).

Otras personas que pueden ser útiles para tener en la sala cuando se dan malas noticias:

Otros trabajadores de la salud pueden brindar apoyo para romper el diagnóstico, por ejemplo, una enfermera especialista.

Pregúntele al paciente si quiere que alguien esté con él: “¿Preferiría tener un familiar o amigo aquí?”. Del mismo modo, si ya hay alguien más en la habitación, verifique si su paciente prefiere que le digan solo.

Percepción

Comience discutiendo la secuencia de eventos que conducen a este punto (por ejemplo, exploraciones, biopsias, etc.) y evalúe el estado emocional actual del paciente.

Pregunte sobre cualquier síntoma que el paciente haya estado experimentando hasta este momento. Aquí puede estar de acuerdo con el paciente y decir algo como: “Sí, la razón por la que queríamos hacer las pruebas era para saber por qué ha estado experimentando los síntomas que acaba de describirme. ¿Sabía qué tipo de cosas podrían mostrar las investigaciones?”

Establezca lo que el paciente ya sabe o está esperando, el paciente puede haber sido informado o no de los posibles diagnósticos. Si no conocen los posibles diagnósticos, podría decirles algo como: “Síntomas como los que ha estado describiendo a veces pueden ser el resultado de una infección, pero a veces pueden ser el resultado de afecciones subyacentes más graves.”. Esto también puede actuar como un disparo de advertencia.

Invitación

Verifique si el paciente desea recibir sus resultados hoy; en un entorno de ECOE, la respuesta siempre será sí; sin embargo, en las salas, tenga en cuenta que algunos pacientes pueden reconocer que las noticias pueden no ser lo que esperaban y es posible que quieran publicarlas. fuera hasta que la familia esté presente: "Tengo el resultado aquí hoy, ¿quieres que te lo explique ahora?".

Conocimiento

Asegúrese de entregar la información en porciones considerables y compruebe periódicamente la comprensión del paciente.

Utilice un disparo de advertencia para indicar que tiene noticias desafortunadas: "Como usted sabe, hicimos una biopsia / hicimos un escaneo, y desafortunadamente los resultados no fueron los que esperábamos".

Permita una pausa larga si es necesario, para que el paciente pueda digerir lo que le ha dicho.

Luego proporcione el diagnóstico utilizando un lenguaje sencillo: "Lamento decirte esto, pero los resultados de las investigaciones muestran que tienes cáncer".

Entregue información en trozos, haciendo pausas entre cada pieza de información. Después de dar el diagnóstico, es aconsejable esperar a que el paciente reinicie la conversación.

Ejemplo

"Me temo que no es la noticia que esperábamos para la señora Brown".

PAUSA

"Desafortunadamente, el bulto se debe a una causa subyacente más grave".

PAUSA

"Lamento mucho decírselo, pero usted tiene cáncer de mama".

HAGA UNA PAUSA hasta que el paciente hable o parezca dispuesto a hablar de nuevo. Asegúrese de que su tono sea respetuoso, a un ritmo lento y claro.

Es muy natural que el paciente tenga una reacción emocional en esta etapa. Pueden quedarse callados, hacer preguntas con incredulidad, negar que esto esté sucediendo, comenzar a llorar, ponerse histéricos o enojados. Todas estas son reacciones normales al escuchar malas noticias y cada persona responderá a su manera.

Dé tiempo al paciente para que tenga su reacción emocional. A las personas a menudo les resulta muy incómodo ver a pacientes así, pero es importante darle espacio para reaccionar.

Preguntas con incredulidad como "Esto no puede estar pasando, ¿verdad?" o "¿Pero ¿cómo se supone que debo lidiar con esto?" se preguntan a menudo en esta etapa. Haga un juicio sobre si necesita responder las preguntas directamente, diciendo algo como "Lamento mucho haber tenido que darle esta noticia hoy" podría ser todo lo que necesita decir en este momento.

Si están haciendo contacto visual contigo y te hacen preguntas como "Entonces, ¿qué pasará después?" entonces es probable que estén listos para recibir respuestas a sus preguntas.

Emociones y camino

Reconocer y responder a las emociones con aceptación, empatía y preocupación. Reconozca y refleje sus emociones y lenguaje corporal. No mienta cuando el paciente haga preguntas sobre el pronóstico; no es bueno dar falsas esperanzas. Si no conoce la información, dígaselo y sugiera que puede derivar su caso a un especialista o que se necesita más información.

“Lo siento mucho, pero en este momento no tengo suficiente información para responder eso. Con suerte, en las próximas semanas, una vez que hayamos completado otras pruebas, podré ser más claro. Lo siento, puedo apreciar que es frustrante quedarse con preguntas sin respuesta ”.

Algunas frases útiles pueden incluir:

"Puedo ver que esto es un gran impacto para ti"

"Puedo ver que esta no es la noticia que esperabas, lo siento mucho"

Estrategia y resumen

Haga un plan juntos para reunirse nuevamente con el paciente e informarle cuáles son los próximos pasos.

Tranquiline al paciente diciéndole que lo derivarán al equipo de especialistas correspondiente.

Trate de no apresurar al paciente a tomar decisiones sobre su tratamiento (si es posible), es respetuoso y considerado dejarle procesar lo que se le ha dicho.

Verifique la comprensión del paciente de las malas noticias que le ha dado.

Resuma: repita de forma respetuosa y gentil los puntos importantes: los pacientes que están en shock o molestos no recibirán mucha información.

Asegúrese de responder cualquier pregunta o inquietud que pueda abordarse en esta etapa (y escuche las implícitas).

Ofrezca asistencia continua al paciente en caso de que se le ocurra alguna pregunta adicional; esto puede implicar brindarle detalles de una enfermera clínica especializada.

Ofrezca ayuda para contarles a otros (por ejemplo, otros miembros de la familia) las malas noticias.

Resalte dónde puede ir el paciente para recopilar más información o obtener apoyo (grupos de apoyo, sitios web).

Ofrezca materiales escritos si es relevante y está disponible.

Si es apropiado, considere preguntar sobre preferencias religiosas y si al paciente le gustaría el Capellán.

Después de la consulta

Deseche el PPE de manera adecuada y lávese las manos.

Tenga en cuenta que dar malas noticias puede ser un desafío emocional para usted como profesional de la salud, especialmente si ha establecido una buena relación con el paciente.

Piense en sus propios pensamientos y reflexione sobre cómo se siente. Tómese un tiempo si es necesario.

Puntos generales

Dar malas noticias no solo se hace en el contexto del cáncer. Existe una amplia variedad de situaciones posibles en las que se pueden aplicar las estrategias aquí discutidas (por ejemplo, resultados de infecciones de transmisión sexual, diagnóstico de diabetes tipo 1, abortos espontáneos).

Piense en cómo se puede sentir un paciente al brindarle información nueva sobre su afección y cómo puede afectar sus vidas.

Use el lenguaje correcto: el cáncer es cáncer, la muerte es muerte. Es importante que no haya ambigüedad sobre lo que muestran los resultados.

Evite los eufemismos y la jerga médica(9).

<https://geekymedics.com/breaking-bad-news/>

2.11 9 CONSEJOS PARA DAR MALAS NOTICIAS

Dar malas noticias a los pacientes es un reto muy delicado que, tarde o temprano, todos los médicos deben afrontar. Desafortunadamente, los pacientes no siempre están contentos con la forma en que se da la noticia. “Los problemas de comunicación por parte de los médicos se han citado como la queja más frecuente de los pacientes, mientras que la comunicación inadecuada, en lugar de la negligencia médica, es la causa más común de litigio de atención

médica”, dijo Rosa Braga-Mele, MD, MEd, profesor de oftalmología en la Universidad de Toronto.

Cómo dar malas noticias

¿Qué pasos puede tomar para comunicarse mejor con un paciente cuando necesita entregar noticias no deseadas? Aquí hay 9 técnicas prácticas que puede utilizar.

Construye una relación. Desde el principio, solidifique su relación con el paciente, dijo Susan H. Day, MD, oftalmóloga pediátrica. Al construir una relación basada en la calidez y la confianza, se establece una buena base para cualquier conversación difícil que pueda ser necesaria más adelante, dijo el Dr. Day, ex presidente de oftalmología del California Pacific Medical Center en San Francisco, que ahora es vicepresidente de asuntos médicos en ACGME International.

Demuestre empatía. Al dar malas noticias, la Dra. Braga-Mele da mucha importancia al valor de la empatía, que se deriva de la palabra griega *empathia*, que significa pasión o sufrimiento. “Sus herramientas más importantes son sus propios sentimientos”, dijo Ivan R. Schwab, MD, profesor de oftalmología y director del servicio de córnea y enfermedades externas en la Universidad de California, Davis. “Las malas noticias nos llegan a todos en algún momento, y si le da noticias a un paciente usando sus propios sentimientos, será un apoyo poderoso. Tenga en cuenta que nunca podrá sentir lo que siente el destinatario o comprender verdaderamente sus emociones, pero puede consolarlo y apoyarlo como si estuviera en el umbral de la comprensión. Para empezar, debemos ponernos en la posición del paciente incluso si nunca hemos recibido tales noticias. Por ejemplo, ¿cómo nos sentiríamos si nos dijeran que estaríamos ciegos para siempre? ”

Comprenda la perspectiva del paciente. "Debemos estar constantemente al tanto de la comprensión del paciente, más que del médico, de una situación específica", dijo el Dr. Day. “Cuando un paciente hace preguntas básicas, como '¿Empeorarán las cosas?', Debemos ser

claros sobre lo que queremos decir con 'peor', en lugar de asumir que el concepto de 'peor' del paciente es el mismo que el nuestro".

Habla en un lenguaje sencillo. Use lenguaje vernáculo y conversacional, aconsejó el Dr. Day; la mayoría de los pacientes no dominarán el vocabulario de la literatura médica revisada por pares. "Mi sensación es que con demasiada frecuencia hablamos en términos médicos, en lugar de en términos que nuestros pacientes entienden", dijo el Dr. Day.

Programe suficiente tiempo para sus noticias y sus preguntas. La Dra. Braga-Mele señaló que incluso los médicos más atentos no siempre dejan suficiente tiempo en sus discusiones con los pacientes para exponer metódicamente todos los aspectos de los desarrollos no deseados. El Dr. Day agregó que los pacientes deben tener la oportunidad clara de hacer preguntas, incluso si no son las preguntas que preocupan al médico. "Los médicos pueden presentar la información con precisión y, sin embargo, perder por completo lo que podría preocupar al paciente. Un ejemplo común ocurre cuando les decimos a los pacientes que su agudeza visual no será excelente. Su siguiente suposición suele ser 'Bueno, seguramente me puedes dar anteojos para corregirlo' ".

Permanezca disponible para una mayor interacción. Una vez que se dan malas noticias, a menudo se pierde la capacidad del paciente para absorber información posterior durante esa misma visita. A medida que llegan las noticias y afloran las realidades, el paciente a menudo se beneficia de más discusiones, dijo el Dr. Day.

Optimice la próxima visita. Puede, por ejemplo, preguntar a los pacientes si les gustaría traer a un amigo o familiar a una visita de seguimiento, cuando los asuntos se abordarán con mayor profundidad. Además de ayudar a su paciente a recordar lo que se le dijo durante la visita, esta persona adicional podría actuar como su defensor, ayudándole a transmitir su mensaje. (Pero asegúrese de que este tercero no se apropie del proceso de consentimiento).

Fomente segundas opiniones. Cuando sea apropiado, la evaluación de otro médico es razonable y podría ser tranquilizadora.

Permita la esperanza. Incluso un rayo de esperanza es mejor que nada, dijo el Dr. Day.

No proteja a los pacientes de los hechos

Los errores más graves al dar malas noticias pueden ser simplemente evitarlas por completo o no transmitir completamente la gravedad de la situación, dijo la Dra. Braga-Mele. "Como es natural, sentimos lástima por el paciente en este momento y queremos darles esperanza. La esperanza es buena, por supuesto, pero solo en el contexto de permanecer veraz y realista para que, en el futuro, se puedan establecer los sistemas de atención y apoyo correctos".

Estar ahí para el paciente

"Tranquilece al paciente diciéndole que hará todo lo que esté a su alcance para ayudar, incluido ayudarlo a conectarse con los recursos de la comunidad", dijo el Dr. Schwab. "Evite que el paciente se sienta solo y asegúrelo hablando de cualquier rehabilitación potencial que pueda ayudar. Pero, sobre todo, los pacientes deben saber que su médico los acompañará en las dificultades. En medicina, nuestra mayor fortaleza es la capacidad de acompañar a otra persona en las dificultades de la vida. Puede que no siempre puedas ayudar, pero siempre puedes consolar".

Conozca a su paciente. Al final, "las malas noticias siguen siendo malas noticias", dijo el Dr. Day, y es mejor tratarlas como un diálogo entre el médico y el paciente. "Este diálogo requiere que el médico sepa con quién está hablando". Esto significa tener en cuenta factores como la capacidad del individuo para comprender un gran cambio y cualquier mecanismo de afrontamiento que se sepa que el individuo tiene (como lo demuestran los eventos pasados de su vida). También implica ser sensible a las tendencias culturales del paciente; por ejemplo, puede haber creencias culturales, temores o mitos que hagan que un paciente rechace un tratamiento en particular(10).

<https://geekymedics.com/breaking-bad-news/>

2.12 CÓMO DAR LA NOTICIA DE QUE HAY QUE AMPUTAR LA EXTREMIDAD PARA LIBERAR AL PACIENTE.

Uno de los principales escollos a los que se enfrenta el amputado es la falta de información. No sólo en nuestro contexto. Estudios realizados en lugares como Sudáfrica contemplan la falta de información como uno de los factores que acrecientan el sufrimiento de estas personas en ese contexto, proponiendo técnicas como la “imaginación guiada” para mejorar los programas de rehabilitación (Mountany, 2007). El manejo precario de la información se hace más patente en los amputados traumáticos. Las propias características de su proceso, calificado como emergencia, gravedad, crítico, catastrófico, etc, hacen que incluso la decisión de amputar no se les comunique ya que en muchas ocasiones se encuentran sedados o anestesiados.

Comunicar malas noticias es una frecuente y difícil tarea con la que tienen que enfrentarse los profesionales sanitarios, a pesar de lo cual ha sido considerada como una competencia menor comparada con los otros aspectos técnicos de la práctica médica, y para lo que no se ha previsto una formación específica de comunicación en los planes curriculares, tanto de pre como de posgrado.

Muchos de los profesionales que tratan con pacientes creen que deberían dar sólo buenas noticias y que, si no hay ninguna, es mejor no decir nada. Puede que ello facilite el trabajo del médico, puesto que dar malas noticias es un asunto difícil, sin embargo, para el paciente, “ninguna noticia” significa “no son buenas noticias”, y eso es una invitación al miedo.

Así pues, la falta de información puede ser problemática, de la misma manera que una información clara facilita la buena comunicación. La falta de información genera incertidumbre y ésta genera ansiedad, depresión y miedo (Rodríguez-Marín y Neipp, 2008). Por otra parte, existen diversas razones legales que apoyan la idea de que informar a los enfermos es un hecho incuestionable. La obligación legal surge a partir de los nuevos códigos que rigen las relaciones médico-pacientes y que obligan a que éstas se guíen por los

conocidos consentimientos informados. En España, el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (1986) expone que “el paciente tiene derecho a que se le dé, en términos comprensibles, a él y sus familiares, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”. Además, la Ley de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (2004), en su capítulo II, recoge el derecho de los pacientes a la información sanitaria.

Por tanto, adentrarse en la subjetividad de las personas amputadas por accidente nos parece conveniente. Así, los discursos referidos a la esfera de la comunicación informativa entre el personal sanitario y los amputados, sobre todo, en los momentos que rodean el acto quirúrgico o la pérdida del miembro en el accidente, son vitales para conocer las circunstancias y características que acompañan a este proceso.

El poder de la palabra en la gestión del sufrimiento en el contexto hospitalario es un hecho que pasa necesariamente por una comunicación terapéutica entre el personal sanitario (que conoce, maneja el padecimiento y decide) y el que sufre. Según Hernández (2010: 23):

“La experiencia nos confirma que las palabras atenúan los dolores del cuerpo y mitigan los sufrimientos del espíritu, suavizan los angustiosos interrogantes y poseen la capacidad de hacernos sentir menos solos. (...) Durante las enfermedades quizás más que en otras situaciones nos viene muy bien la compañía de hombres y mujeres que, desinteresados, libres, equilibrados y prudentes, sin pedirnos nada a cambio, nos ayuden a dominar el horror ante lo desconocido, transmitiéndonos mensajes tranquilizadores: que nos cuenten con delicadeza, con objetividad y con generosidad, los riesgos que nos acechan, sin aprovecharse de nuestros temores”.

En lo que concierne a la etiología de las amputaciones se observa su diversidad: accidentes (laborales, tráfico, deportivos, domésticos), enfermedad (vasculares, cáncer, infecciones), malformaciones congénitas, cirugía. A su vez, se pueden distinguir tres grandes categorías: congénitas, traumáticas y asociadas a enfermedades. La proporción de amputados traumáticos aumenta con el grado de desarrollo económico, debido al incremento de los

accidentes de todo tipo, que producen el 4,08% de las muertes ocurridas por la mayor utilización de máquinas, frecuencia de desplazamientos, con el consiguiente aumento de accidentes, etc., por lo que el número de personas amputadas y la magnitud de los problemas asociados a la atención de estos pacientes será una importante tarea sanitaria.

El conocimiento de los afectados parece una necesidad previa a toda planificación de servicios asistenciales. Sin embargo, tan sólo disponemos de estimaciones aproximativas, por lo que resulta difícil conocer no sólo sus características demográficas, sino también el número de discapacitados físicos. Al mismo tiempo, destaca la ausencia de estudios acerca de la correcta evaluación de las necesidades de atención, problemas de adaptación y calidad de vida de los amputados, sobre todo en lo relativo a los aspectos psicosociales, así como del de la aplicación y comprobación de la eficacia de tratamientos psicológicos eficaces en términos costo-beneficio

Las amputaciones traumáticas afectan con más frecuencia a las extremidades superiores que a las inferiores. Por lo general son el resultado de accidentes de tráfico o en accidentes en fábricas o ámbito agrícola con herramientas de motor.

Entre las lesiones de un paciente traumatizado podemos encontrarnos con las amputaciones de miembros. Estas pueden ser completas, cuando hay separación de todos los fragmentos de la extremidad y hablaríamos de posibilidad de reimplante, o incompletas, especificando siempre el tipo de conexión que existe (hueso, piel, músculo) hablando entonces de posibilidad de revascularización(11).

<https://www.actualidadmedica.es/archivo/2015/794/cc01.html>

3 CAPITULO 3: DIAGNOSTICO Y ALCANCE

3.1 POBLACION

La población a la que va dirigida esta guía es al personal de primera respuesta del área metropolitana, en este caso el cuerpo bomberil y tecnólogos de Atención Prehospitalaria, que se encuentran vinculados en las diferentes entidades de primera respuesta en urgencias y emergencias del área metropolitana, ya que son los implicados en la atención inicial que diariamente se presta en la ciudad.

3.2 PROBLEMA

Deterioro de la salud mental del personal del personal APH está en el tenerle que informar al familiar pues esto produce un impacto psicológico en él y dependiendo de la forma en que los personal de primera respuesta APH lo transmiten tal vez marcará la vida de esa persona.

Minimizar las reacciones negativo de los emisores receptores como al personal que emite la noticia para mitigar el el daño emocional, paradisminuir el impacto negativo que estas puedan generar

3.3 POBLACION

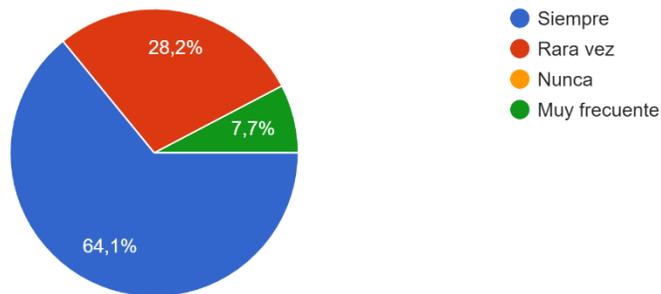
La población está compuesta por los tecnólogos y tecnólogas de Atención Prehospitalaria que se encuentran vinculados en las diferentes entidades de primera respuesta en urgencias y

emergencias de la ciudad de Medellín, Antioquia, ya que son los implicados en la atención inicial que diariamente se presta en la ciudad.

3.4 RESULTADOS

¿Durante una atención prehospitalaria ha evidenciado situaciones con alta carga de estrés emocional?

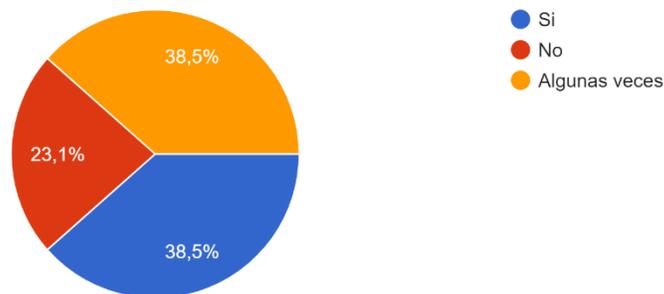
39 respuestas



Con relación a la pregunta anterior el 64,1% considera que siempre ha evidenciado situaciones con alta carga de estrés, el 28,2% % rara vez, 7,7% muy frecuentemente, un 0% manifestó que nunca ha presenciado situaciones con alta carga de estrés.

¿Suele hablar o desahogarse acerca de las escenas difíciles que vivencio en su turno?

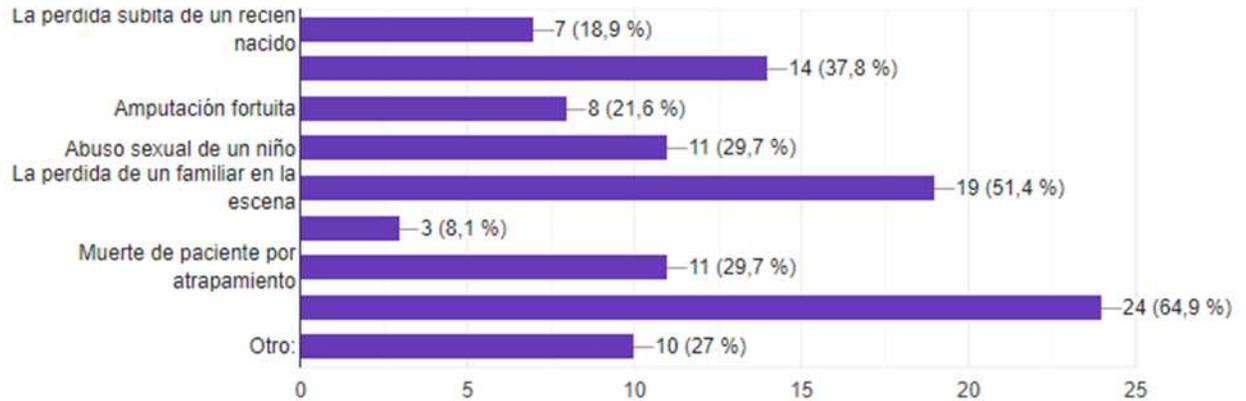
39 respuestas



Del total de la muestra el 38.5% si se desahoga acerca de las escenas difíciles que vivió en su turno, 38.5% no, 23.1% algunas veces suele hablar de las escenas difíciles vividas en su turno.

De las siguientes escenas en la atención prehospitalaria ¿cuáles te ha tocado evidenciar?

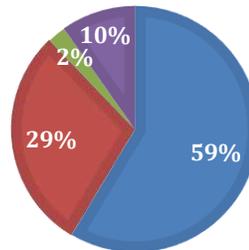
37 respuestas



El 18.9 % ha evidenciado la pérdida súbita de un recién nacido, maltrato de un adulto mayor 37.8%, amputación fortuita 21.6%, abuso sexual de un niño 29.7%, pérdida de un familiar en la escena 51.4%, la muerte de un binomio madre e hijo 8.1%, muerte de un paciente por atrapamiento 29.7%, reacción agresiva por parte de un familiar 64.9%, otro 27%

¿se ha sentido significativamente afectado por el fallecimiento de un paciente?

■ Siempre ■ Muy frecuente ■ A menudo ■ Nunca

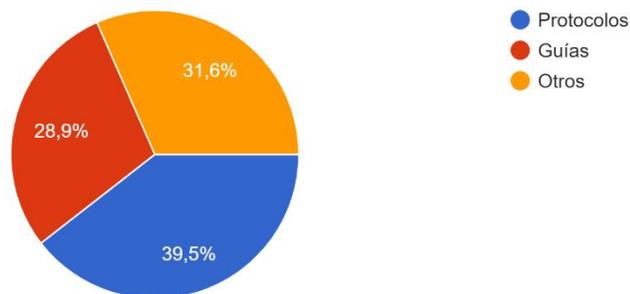


El 48.7% a menudo se ha sentido significativamente afectado por el fallecimiento de un paciente, 30.8% nunca, 15.4% muy frecuentemente, 5.1% siempre se ha visto afectado por el fallecimiento de un paciente



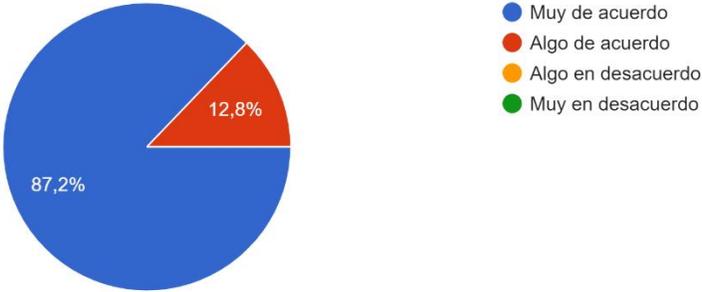
Según la pregunta anterior el 51.3% se encarga de la situación y da la noticia, 35.9% espera al profesional encargado, 10.3% delega esta responsabilidad a otro compañero, 2.6% no comunica nada.

¿En qué te basas al momento de dar una mala noticia en la escena?
38 respuestas



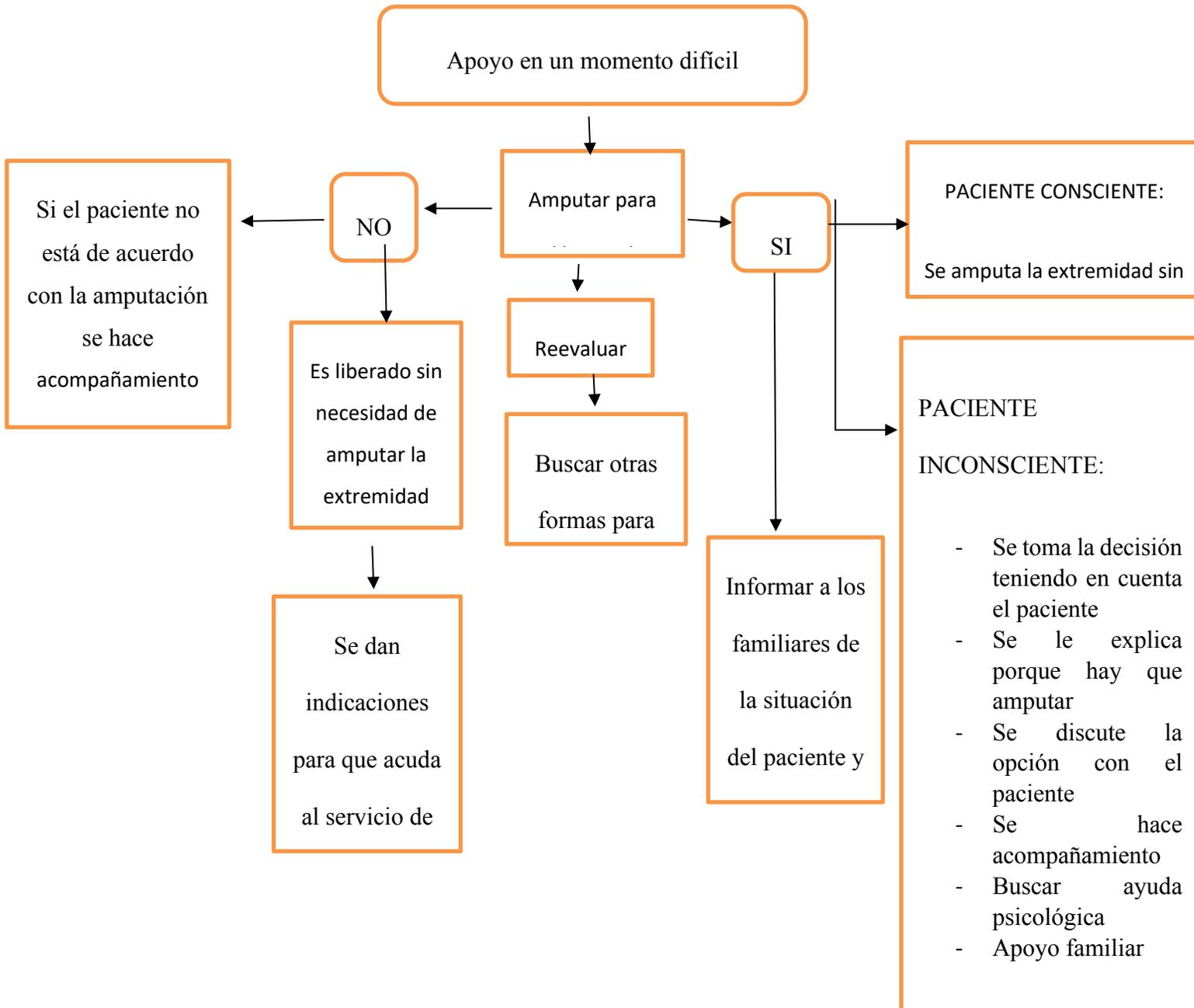
El 39.5% de la muestra se basa a la hora de comunicar una mala noticia en la escena en protocolos, 28.9% en guías, 39.5% en otros.

¿Estarías de acuerdo con asistir a un curso sobre este tema?
39 respuestas



De acuerdo a la pregunta anterior el 87% esta muy de acuerdo en asistir a un curso sobre el tema, 12.8% algo de acuerdo, 0% algo desacuerdo, 0% muy en desacuerdo.

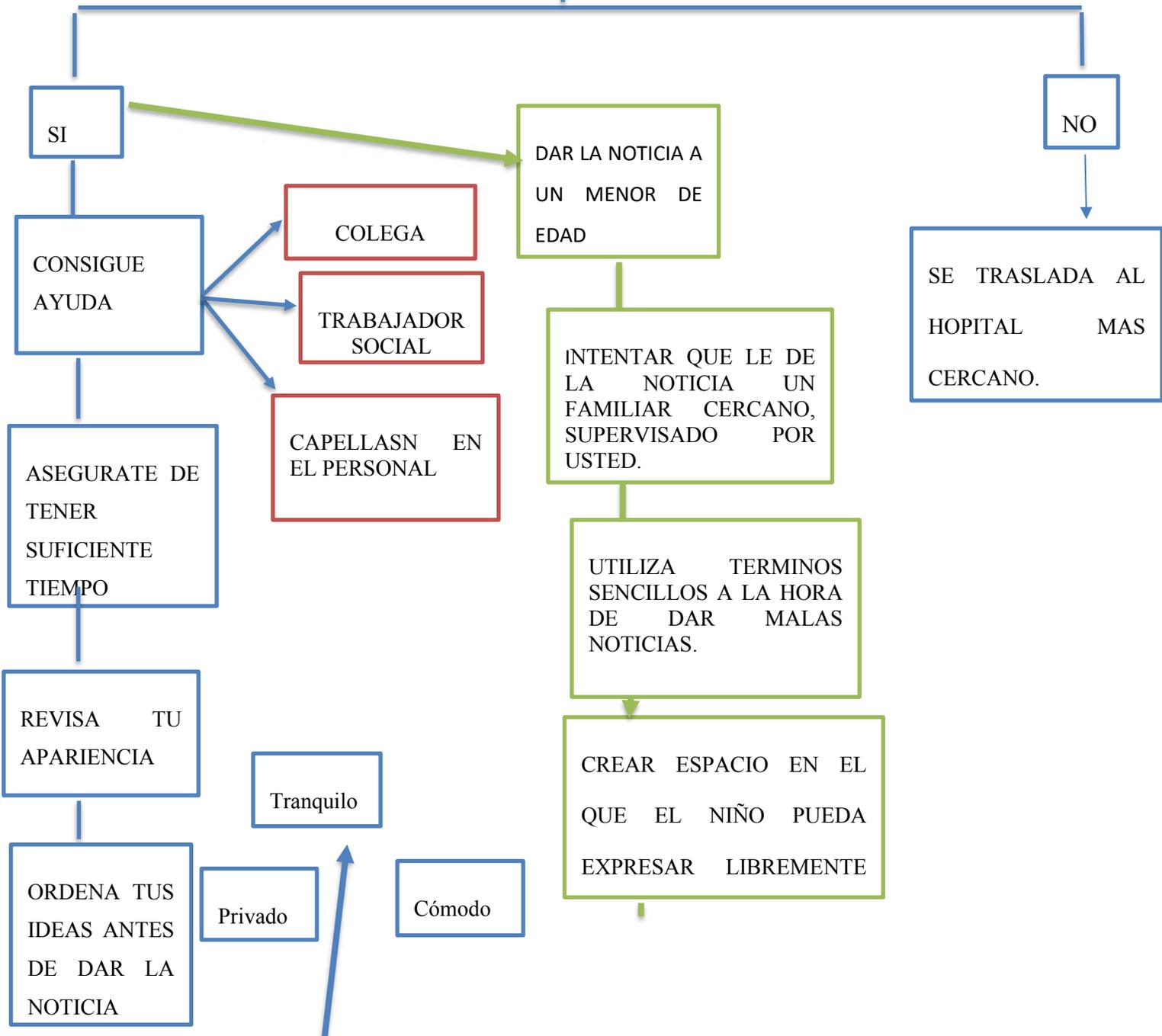
3.5 FLUJOGRAMAS

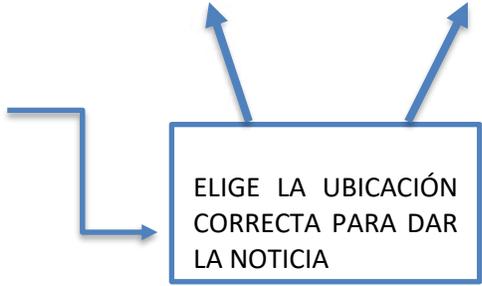


COMO DAR MALAS NOTICIAS

Mi acercamiento

¿El paciente falleció en la escena?





TRAS LA COMUNICACIÓN



PACIENTE CRITICO CON MAL PRONOSTICO O

Contar con una evaluación completa y fidedigna de la gravedad tanto de las lesiones como de la

Si es posible contar con la asesoría de expertos como segunda opinión o diagnóstico (director médico)

Al tener una decisión como equipo y haya seguridad de un mal pronóstico se procede a informar la situación

PACIENTE

En lo posible aliviar todo dolor que sienta hacer todo lo humanamente posible para disminuir dolores

Alejar personas que solo entorpecen la situación que hacen malos comentarios que toman fotos etc.

Captar toda la atención del paciente con una comunicación asertiva, con un buen tono de voz tratando en lo posible de sonar

Preguntarle si quisiera decirle algo a esas personas importantes en este momento

Si el paciente no logra comunicarse nunca dejarlo solo y siempre hablarle, contarle cómo va la situación qué procedimientos

No dar falsas esperanzas

Expresarle que se está haciendo todo lo humanamente posible, pero ser sincero y decir que no hay un buen pronóstico o que

Indagar por sus creencias y si cree en algo darle tranquilidad desde su religión

(en últimos momentos) ofrecerle descanso decirle que todo estará bien que su sufrimiento acabara pronto, que lo ha hecho

FAMILIAR O ACOMPAÑANTE

```
graph TD; A[FAMILIAR O ACOMPAÑANTE] --> B[Alejarlo de la Fuente de estrés y tratar de situarlo en un lugar silencioso donde]; B --> C[Alejar personas que solo entorpecen la situación que hacen malos comentarios que]; C --> D[Captar toda la atención de la persona con una comunicación asertiva, con un buen tono de voz tratando en lo posible de sonar siempre tranquilo y profesional tratar de]; D --> E[Nunca prometer nada]; E --> F[Expresarle que se está haciendo todo lo humanamente posible, pero ser sincero y decir que no hay un buen pronóstico o que es una situación difícil]; F --> G[Indagar por sus creencias y si cree en algo darle tranquilidad desde su religión];
```

Alejarlo de la Fuente de estrés y tratar de situarlo en un lugar silencioso donde

Alejar personas que solo entorpecen la situación que hacen malos comentarios que

Captar toda la atención de la persona con una comunicación asertiva, con un buen tono de voz tratando en lo posible de sonar siempre tranquilo y profesional tratar de

Nunca prometer nada

Expresarle que se está haciendo todo lo humanamente posible, pero ser sincero y decir que no hay un buen pronóstico o que es una situación difícil

Indagar por sus creencias y si cree en algo darle tranquilidad desde su religión

4 CAPITULO 4: DISEÑO METODOLOGICO.

Es un proyecto de desarrollo que busca crear un modelo de guía que contenga información de base para los primeros respondientes en este caso APH y bombero para que tengan un soporte y sepan cómo actuar ante el caso que se presente una situación difícil con un paciente o el familiar del paciente y se divide en las siguientes fases:

FASE UNO: revisión de la literatura

FASE DOS: por medio de encuesta determinar el conocimiento o el tipo de escenas a las que se enfrenta el personal prehospitalario....

FASE TRES: diseño de la guía...

POBLACION: la población que se utilizó para la realización de la encuesta del presente proyecto es el personal de primera respuesta del área metropolitana.

MUESTRA: Dada la situación actual que se está presentando en el momento por la pandemia, la muestra tuvo que ser a conveniencia y está compuesta por tecnólogos en atención prehospitalaria y Bomberos.

ANALISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: Este se hizo por medio de la validación de expertos

Objetivo específico o meta	Actividades	Fecha de inicio de la actividad	Fecha de culminación de la actividad	Personas responsables
	Revisión bibliográfica Búsqueda de artículos Encuesta Preguntas Construcción marco teórico Investigación (datos, información, conocimiento)	10/09/2020		Sandra Milena Álvarez Pai Michelle Mariana Guzmán Hernández Deicy Johana Otalvaro Garcia

PRESUPUESTO

Insumos	Recursos fisicos	Recursos humanos
Computador Internet		