

Unidad de Atención Psicosocial del Monte Naranco

Paula Álvarez Noriega

EAPS Hospital Monte Naranco (Oviedo)

Cómo citar este documento

Álvarez Noriega P. Unidad de Atención Psicosocial del Monte Naranco. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Sep; 1 (3): 28-31.

Desarrollo

Del tiempo que llevo trabajando con pacientes con enfermedades avanzadas, si tuviese que resaltar algo, sin duda sería que he aprendido a **CUIDAR**. Se supone que ya lo debería haber hecho antes, es algo en lo que insisten constantemente en las Escuelas de Enfermería. Pero lo que he aprendido es a cuidar con mayúsculas, a cuidar a las personas de forma integral y de manera más consciente.

El EAPS (*Equipo de Atención Psicosocial*) al que pertenezco, está ubicado en el Hospital Monte Naranco de Oviedo y pertenece al Área de Gestión Clínica de Geriatría. Desarrollamos nuestra actividad dentro del Programa para la Atención Integral de Personas con Enfermedades Avanzadas y sus Familiares de la Obra Social la Caixa en colaboración con el ICO (*Instituto Catalán de Oncología*). Lo que proponemos es un modelo de atención que tenga en cuenta las cuatro dimensiones fundamentales de la persona: física, psicológica, social y espiritual, partiendo de la base de que están íntimamente relacionadas; atender sólo la dimensión física (o cualquier otra) de un sujeto implica desconocer y desatender su realidad.

Podríamos decir que lo que buscamos es mejorar la calidad de vida de la persona con enfermedad avanzada y de su entorno mediante un modelo de atención integral (bio-psicosocial) en colaboración con los equipos ya existentes, de tal manera que los sujetos puedan desarrollar recursos propios con los que poder afrontar y asumir el final de la vida de un modo más sano.

El EAPS es un equipo multidisciplinar formado por dos psicólogas, una trabajadora social y dos enfermeras, bajo la dirección de un Geriatra, que trabajamos con la premisa de que cualquier miembro del equipo, independientemente de su formación de origen, y basándose en el modelo de Gestión del Caso, asume la valoración psicosocial de la unidad a tratar (paciente-familia), el diseño y aplicación del plan de intervención, la coordinación con los profesionales implicados, la evaluación de resultados y el seguimiento del caso.

La **Gestión de Casos** (práctica avanzada de cuidados mediante la cual se desarrolla un proceso de colaboración para satisfacer las necesidades de salud de las personas con elevada complejidad clínica y/o necesidades de cuidados, así como de su entorno cuidador) siempre ha estado muy ligada a la profesión enfermera. En este equipo hacemos extensible este modelo de cuidado a otras profesiones sanitarias para poder así tener una visión integral y más amplia de la



unidad paciente-familia. Queremos acompañarles y ser su referencia en el proceso de enfermedad dentro del sistema de salud en el que nos encontramos, en el que la falta de comunicación entre profesionales (principalmente entre los distintos niveles asistenciales), dificulta el ya de por sí difícil proceso de adaptación y aceptación de la enfermedad avanzada al paciente y a su entorno.

Como enfermera, el hecho de trabajar íntimamente con psicólogas y con trabajadoras sociales me ha aportado unos conocimientos y una seguridad que me permiten afrontar los cuidados de una forma mucho más completa que antes, obteniendo resultados más satisfactorios y efectivos para todos. La persona enferma no es de nadie, ni del médico ni del sistema, si no que forma parte de él, y toma sus propias decisiones. En la sociedad en la que vivimos es habitual que los pacientes con enfermedad avanzada no decidan por ellos mismos. Reina el pacto de silencio, liderado por aquellos que con su mejor intención piensan que de este modo le evitan una parte importante del sufrimiento a aquellos que tienen la muerte más próxima. Y los profesionales sanitarios somos en muchas ocasiones cómplices en esta situación, la mayoría de las veces de manera inconsciente, por el miedo a no saber manejar todas las reacciones que siguen al anuncio de una enfermedad avanzada, más aún si es en una fase terminal.



Durante el proceso de enfermedad, tratamos de apoyar a los pacientes y a su familias a llevar lo mejor posible cada etapa, manejando las reacciones emocionales más comunes que siguen a la noticia de la enfermedad terminal (ira, tristeza, negación, culpa...), intentando facilitarles la aceptación y la adaptación a la enfermedad. En general, los sanitarios no hemos recibido formación para este tipo de acompañamiento y hemos trabajado poco, o nada, el impacto que todas esas reacciones emocionales tienen en nosotros mismos. Vivimos en una sociedad excesivamente medicalizada, en la que la muerte continúa siendo un gran tabú, y muchas veces un fracaso del sistema.

Es habitual en las personas que padecen una enfermedad avanzada la búsqueda de sentido, que entraría dentro de la dimensión espiritual que he mencionado anteriormente. A pesar de que la espiritualidad está recogida en la definición de los cuidados paliativos, no es algo que abordemos los sanitarios, y como mucho, lo que solemos hacer es llamar al capellán, cuando el paciente y/o la familia así lo solicita. Pero a veces la respuesta tampoco está en la religión." ¿Por qué a mí?" "Con lo bien que nos iba ahora... ¿por qué mi esposa se está muriendo?" "¿Qué he hecho mal para tener este castigo?... ". Los profesionales tampoco tenemos respuesta a todas estas preguntas. Esta es la parte del sufrimiento que no vamos a poder evitar, pero si les podemos acompañar sin juzgar, hacerles ver y demostrarles que vamos a estar ahí. Y eso también es muy importante.

Las enfermedades avanzadas siempre suponen un cambio en la organización familiar. La situación funcional del paciente cambia y aumenta su grado de dependencia, a veces a un ritmo muy rápido, dificultando la adaptación, tanto del paciente, como de la familia. Todos hemos visto cómo el impacto del diagnóstico y del mal pronóstico impide a las familias organizarse adecuadamente, claudicando en los cuidados. Además en la situación económica actual, los recursos son más limitados y lentos, y muchas veces el tiempo corre en nuestra contra. Debemos conocer los recursos disponibles y saber identificar cuándo se necesitan en cada caso.

La muerte del paciente no implica el fin de nuestra intervención. En la bibliografía podemos ver que "se estima que entre el 5 y el 9% de la población general sufre la pérdida de un familiar cercano cada año y cerca de un 20 a 25% de las consultas de Medicina General son personas que han sufrido una pérdida". Un tercio de las personas que experimentan un duelo presentan trastornos en su salud física y/o mental y alrededor de un 25% de los viudos experimentan depresión clínica y ansiedad durante el primer año tras la pérdida".

Un buen apoyo durante el proceso de enfermedad es el primer nivel de intervención a la hora de prevenir la aparición de un duelo patológico. Animar a los familiares a que participen de forma activa, dentro de sus posibilidades, en el cuidado de los enfermos, enseñándoles cómo cuidar y validándoles en su rol de cuidador, así como invitarles a que mantengan una comunicación fluida con el ser querido, dejando las cosas resueltas, y ayudarles a que tengan la mejor despedida posible, son cuestiones muy importantes.

Es en esta prevención del duelo complicado, durante el proceso de enfermedad, donde la enfermera tiene un papel más activo. También es muy importante la identificación de signos de duelo patológico, momento en el que la persona pasaría a otro nivel de intervención dentro del equipo, con una intervención individual que más adelante podría ser grupal. Este es el segundo año que contamos con un "Grupo de Duelo", dirigido por una psicóloga del EAPS, y la verdad es que la experiencia está siendo muy positiva.

Aunque en un principio pueda resultar extraño, las enfermeras tenemos un papel fundamental en el apoyo psicosocial. Más allá del cuidado más relacionado con lo físico, como la administración de medicamentos, la realización de las diferentes técnicas y de la educación sanitaria, vital tanto para el paciente como para su familia, las enfermeras ya hacemos, muchas veces sin saberlo, todo lo que he comentado anteriormente. Dentro de la profesión sanitaria, puede que seamos el colectivo más "cercano" para los pacientes y sus familias y con quien se abren más. Pero el problema de hacer las cosas sin saberlo es que las buenas intenciones, no siempre son suficientes. Cobra gran importancia la formación, para hacerlo de una manera más consciente y mejor, lo que tendrá consecuencias muy positivas para todos.

*"Necesitamos la vida entera
para aprender a vivir, y
también - cosa sorprendente
- para aprender a morir".*

Séneca

Filósofo latino (2 AC-65)

La formación que he recibido, tanto el psicológico, como en lo social y en lo espiritual y, especialmente, la oportunidad que he tenido de acompañar a gente al final de su vida, me hacen sentir una privilegiada. Aprender a valorar los silencios, intentar ir más allá de la primera impresión, permitirme expresar mis emociones, valorar la importancia del autocuidado, no temer no tener respuestas para todo... son solo algunas de las cosas que aún estoy aprendiendo.

Bibliografía

1. Desarrollo Competencial en el Modelo de Gestión de Casos del Sistema Sanitario Público de Andalucía.2010. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Servicio de Salud.
2. Nuño Solinís R. Mejora de la Atención Primaria a Pacientes con Condiciones Crónicas: El Modelo de Atención a Crónicos.Integración Asistencial: ¿cuestión de Modelos? Informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.2010.
3. Programa para la Atención Integral de Personas con Enfermedades Avanzadas. Barcelona. Fundación la Caixa. 2007.
4. López M, Ela M, Bartolomé N, Gómez J, García García JA. Is the use of the health care system increase by grief? Proceeding of the 7th Congress of the European Association for Paliative Care; 2001 April 1-5; Palermo, Italy, Milano: EAPC; 2001 p.157.