

Plan de apoyo psicológico de CONTSE

Podríamos resumir los elementos conceptuales básicos sobre los que se sustenta el Manual de Apoyo Psicológico, en los siguientes:

La comunicación como terapia.

La comunicación es una herramienta insustituible que facilita la autonomía del paciente, la seguridad y la confianza de la relación. La forma de emitir la información y la manera en que ésta es comprendida, depende de la interacción entre los comunicantes y del tipo de relación que exista entre ellos. Debemos asumir que no existen pautas o reglas fijas que nos aseguren el qué decir al paciente o a la familia; dependerá del tipo de enfermedad, de la personalidad del paciente, de la dinámica familiar, de la relación previa profesional sanitario - paciente - familia...

Existen dos tipos de comunicación:

- La **comunicación verbal**, que se refiere al uso de la palabra, y
- La **comunicación no verbal**, que incluye el espacio, la imagen personal, los gestos, las expresiones faciales, la mirada, la posición y el paralenguaje (tonos de voz, volumen de la misma...).

Aunque ambas son inseparables, el 80% de la comunicación pertenece al tipo no verbal.

Existen unas cualidades profesionales derivadas de la capacidad de crear una atmósfera terapéutica favorable a la hora de acercarse al paciente. Estas son:

- **La empatía o solidaridad emocional:** entendiéndolo por esto la capacidad de comprender como se siente el otro y, simultáneamente transmitirlo. Una mirada, una caricia, un apretón de manos, son a menudo más que suficientes.
- **La capacidad de contención:** es la capacidad de percibir y sostener la ansiedad propia o ajena sin pasar directamente a la acción. Significa ser capaces de seguir escuchando a pesar de sentirnos inquietos ofreciendo sosiego a la vez.

Reacciones emocionales del paciente.

La enfermedad provoca en el paciente una convulsión en su mundo interior. Se encuentra de repente con algo que no puede dominar y que tampoco, a su parecer, dominan plenamente los médicos.

Si es particularmente grave, el paciente se interioriza, y empieza a plantearse interrogantes sobre el sentido de la vida, del dolor y de la muerte.

Se verá invadido por una serie de emociones al enfrentarse a su situación física incapacitante, como son la rabia y la ira que, a su vez, proyectará sobre sus familiares y cuidadores. Otras veces se sentirá abatido, aislado e invadido por la tristeza.

Podríamos resumir en la siguiente tabla las **necesidades psicológicas del paciente con una enfermedad grave**:

NECESIDAD	COMENTARIO
Seguridad	Sentimiento de seguridad.
Amor	Expresiones de afecto, contacto humano.
Aceptación	Sin tener en cuenta estado de ánimo, sociabilidad y aspecto personal
Amor propio	Participación en la toma de decisiones. Oportunidad de dar y de recibir
Sensación de padecer	Sentimiento de sentir que lo necesitan, que no es una carga.
Comprensión	Explicación de los síntomas y de la naturaleza de la enfermedad. Oportunidad de hablar sobre ello.
Confianza	Comunicación sincera con la familia y con los encargados de su atención. Confianza en que está recibiendo la mejor atención posible.

El paciente también puede sufrir un “bloqueo” que le cierra la posibilidad de ver lo que está ocurriendo. La negación es un mecanismo defensivo frente a algo que no estamos preparados para asumir o tolerar sin derrumbarnos. Sin embargo, aún en esta situación el paciente es capaz de tomar decisiones razonables por sí mismo sin que sea necesario ni conveniente romper dichos mecanismos defensivos.

Fundamentalmente el paciente tiene que enfrentarse a tres desafíos:

- Enfrentarse al dolor y a su control.
- Vencer el miedo a la soledad.
- Seguir encontrando sentido a la vida.

El deterioro físico, el dolor y la necesidad de cuidados producen dependencia. Esto genera sentimientos de inutilidad y frustración, al no poder volver a ser el que se ha sido. Son muchas las pérdidas: estatus social, autonomía, seguridad....

Como resultado de lo anteriormente expuesto se producen respuestas emocionales tan intensas que la comunicación se distorsiona. La ansiedad experimentada, tanto por el paciente y la familia, como por el profesional sanitario, aumenta el dolor, amplifica la soledad y bloquea la posibilidad de que la familia y el paciente encuentren un objetivo a corto y medio plazo.

La familia. Relaciones paciente - familia.

Cualquier modificación de los papeles en un miembro de la familia, inducirá a cambios en todos los demás. Este es un periodo de adaptación, no solo del paciente sino también de todos los que le rodean. Esto, junto con el hecho de que la familia es el principal administrador de cuidados, nos obliga a profundizar en los factores familiares.

Además del momento evolutivo en que se encuentra la familia (inicio de vida común, crianza de niños pequeños, hijos adolescentes...) y de la capacidad de su adaptación al cambio, hay otros dos elementos importantes:

- El papel que desempeña el paciente en la familia, la **“posición que ocupa”** en la estructura familiar: padre de familia, abuelo, hijo pequeño, etc.
- La **cohesión familiar**, es decir, los lazos que existen entre los distintos miembros de la familia que han de servir para apoyar, pero también para permitir que cada uno sea el mismo en presencia de los otros.

Las “familias próximas” son aquellas, capaces de ofrecer ternura y cercanía al paciente y, a la vez, de manejar la situación ocupando cada miembro su misma posición. Mientras que las “familias intrusivas” son aquellas, en la que “todo es de todos”.

La gran sobreprotección que ofrecen estas familias a sus miembros favorecen actitudes regresivas; es decir, haciendo que el otro tome actitudes paternas delegando responsabilidades, aumentando su dependencia, etc., tanto del paciente con respecto a su familia, como de la familia respecto del sistema sanitario.

La regresión puede conducir a una desmoralización mayor a través de la pérdida de dignidad y auto respeto, por lo que hay que estimularles en la medida de lo posible a que ellos mismos hagan las cosas.

Por otra parte, las familias agradecerán que el equipo de atención sea también sensible a sus preocupaciones y problemas, que se les ayude a mejorar su comunicación y que si lo desean se involucre en el cuidado del enfermo.

Aspectos prácticos.

Las líneas de actuación se concentran en dos pilares:

1. Actitud activa e integradora:

El personal sanitario deberá considerar siempre, que está tratando a una persona más allá de un organismo biológico, para darle en cada momento un trato cortés y afectuoso en la conversación, atenciones y en las explicaciones sobre lo que le sucede.

No existe una guía concisa y exacta que nos permita saber cómo actuar en cada momento.

Cada caso es una realidad única. Ahora bien, existen unas líneas generales de actuación:

- Estar en contacto con el medico de atención primaria.
- Crear un nuevo sistema familia –paciente -equipo. Desde esta perspectiva la familia es considerada como fuente de ayuda y no generadora de conflictos.

Hay que favorecer una actitud de cooperación entre los miembros.

- Mantener una comunicación directa con el paciente y la familia.
- Las visitas periódicas y la actitud positiva hacia el paciente y la familia, son también factores esenciales para una atención psicológica eficaz.

2. Transmisión adecuada de la información:

Comunicarse con ellos en palabra, acto y expresión, como nos gustaría que otras personas hicieran con nosotros. Esta frase resumiría la actitud adecuada de presentarse al paciente.

El contacto físico es el hilo conductor a través del cual se transmite calor, apoyo y solidaridad.

Hay que familiarizarse con el inmenso poder de transformación de ayuda, de consuelo, y de comprensión que entraña el contacto físico. Debemos responder con afecto y respeto, claridad y dignidad. Dar estas cosas es comunicación.

Una transmisión adecuada de información, precisa:

Manejo de la comunicación no verbal:

El tono de voz ha de ser cálido y pausado, la mirada directa pero no fija manteniendo un contacto visual - facial intermitente.

Se precisa estar muy atento a las señales no verbales del otro: mirada evitativa, inquietud motora.

- ♦ Averiguar que sabe el paciente con frases tales como: “bueno, después de todas las pruebas que le han hecho, ¿cómo piensa que le van las cosas?, ¿qué le ha comentado el doctor?”.
- ♦ Utilizar frases cortas y verificar que el paciente las ha comprendido con preguntas como: “¿me comprende usted?, ¿me sigue usted?”.
- ♦ Evitar discusiones sobre medidas diagnósticas o terapéuticas utilizadas.
- ♦ Utilizar, cuando se pueda, términos positivos.
- ♦ Evitar tecnicismos respetando el lenguaje simbólico que utilice la familia o el paciente, por ejemplo; “lo del quiste”.
- ♦ Dejar siempre una puerta abierta a la esperanza.
- ♦ Manejar la incertidumbre con frases como: “la medicina no es ni mucho menos tan exacta como las matemáticas”.
- ♦ Identificar y potenciar los recursos familiares y personales con frases como; “afortunadamente son ustedes una familia muy unida” o “me llama la atención como sus hijos se preocupan por usted”.
- ♦ Favorecer la expresión de los sentimientos: “nos podemos hacer una idea del dolor que debe sentir al no poder encargarse de los niños”.

Siempre hay que tener en cuenta que la comunicación es un proceso bidireccional.

Las reacciones de los pacientes y de los familiares nos indicarán lo que se debe decir, qué palabras usar, cuáles no usar o cuáles destacar.



Implantación del apoyo psicológico en CONTSE.

El apoyo psicológico a nuestros pacientes, se divide en tres niveles:

1º Nivel:

Es el más elemental. Va dirigido a nuestros técnicos de instalación de equipos de oxigenoterapia. Les damos charlas y comentamos casos reales que ellos hayan vivido.

Tienen como objetivo crear un ambiente de confianza en el paciente y su entorno, para lo cual deben:

- a) Informarles acerca del modo de utilización de los equipos, y hacerles ver lo fácil de su manejo, así como nuestra permanente disponibilidad.
- b) Cuando detecten una actitud negativa o incluso agresiva contra el tratamiento, informarán a su coordinador para que un enfermero, se haga cargo del problema.

2º Nivel:

Compuesto por nuestro Servicio de Enfermería. Habitualmente se encargan de la instalación y mantenimiento de CPAP, BPAP, respiradores, aerosoles y estudios del sueño.

Reciben cursos sobre Trastornos Neuróticos secundarios a situaciones estresantes y Trastornos de adaptación, su diagnóstico y tratamiento.

En caso de no poder controlar la situación;

3º Nivel:

Formado por un **médico - psiquiatra y psicoterapeuta**, cuya misión es:

- a) Confeccionar e implantar este Programa.
- b) Dar las charlas y cursos pertinentes a los anteriores niveles.
- c) Acudir al domicilio del paciente, citando previamente a la familia para estudiar el caso, e intentar su solución.
- d) Informar al Neumólogo o médico prescriptor del trastorno mental o de comportamiento sobreañadido, su incidencia en la correcta aplicación del tratamiento y la posibilidad de ayuda por el Centro de Salud Mental.