

TÍTULO: EDUCACIÓN SANITARIA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS ¿ES POSIBLE?

AUTORES:

M^a del Castillo García Velázquez

Juan Molinillo López

Alfredo Jesús Poley Guerra

Cecilia Ruiz Guil

PALABRAS CLAVE: URGENCIAS, EDUCACIÓN SANITARIA, ATENCIÓN
CONTINUADA, EXTRAHOSPITALARIA

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Una de las funciones del equipo sanitario (Enfermeros, médicos, psicólogos...) es la educación sanitaria, independientemente del área sanitaria/nivel asistencial en el que se encuentre.

No obstante, el área de urgencias no parece ser a priori el lugar más indicado para la educación sanitaria por las siguientes razones:

- El paciente acude para una consulta puntual, la asistencia debe ser “in situ”
- Se debe evitar demorar otras urgencias con actividades que no sean puramente de urgencias.
- No existe un horario establecido para ello, como sí ocurre en las consultas de enfermería de A.P de pacientes crónicos, programas de tabaco, hipertensión, consulta médico de atención primaria...
- Obviamente existen determinadas situaciones en servicios de urgencias en las que no es posible la educación sanitaria (emergencias vitales, donde las condiciones físicas/mentales del usuario no permiten educación sanitaria, cuando el personal sanitario tenga que priorizar otras actividades sobre el paciente o la realización de triage...)

Mucho se ha hablado y escrito al respecto de la utilidad de determinados “consejos” a pacientes en atención primaria. Sobre todo los crónicos (HTA, obesidad...) pacientes los cuales en su mayoría conocen los hábitos de vida saludable así como el tipo de alimentación que deben llevar para mejorar su salud. No obstante, existen determinados factores como la “rigidez mental” de los usuarios de estas consultas, las cuales suelen ser personas adultas con unos hábitos y estilos de vida muy marcados e instaurados y que con frecuencia ofrecen mucha “resistencia” al cambio de hábito, ya que éstos forman parte de su “cultura” o “modus Vivendi”.

Así, tanto en ciertos programas de salud de Atención Primaria como la consulta de enfermería de crónicos, las cuales deberían tener una importante “carga” de educación sanitaria, en ocasiones se convierte en pura idiosincrasia donde la primordial labor del profesional sanitario es la toma de constantes o recetar un fármaco sin más, ya que el binomio sanitario/ paciente se encuentran desmotivados para dar/recibir educación. (Ponemos como ejemplo al DUE que lleva décadas llevando a un paciente obeso y que éste no consigue adelgazar... el paciente se siente desmotivado porque piensa que en consulta de enfermería sólo le pesan y que no le servirá para conseguir su objetivo y el enfermero que lo ha intentado todo durante décadas estará más desanimado aún.)

Asimismo, todos conocemos algún caso de personas que han llevado una vida “desordenada” o “poco saludable” en lo que respecta a alimentación, hábitos tóxicos (consumo de drogas, alcohol, tabaco...), con vida sedentaria... y que cuando han tenido un “susto” del tipo :angor, AIT transitorio, crisis HTA... han “reaccionado” de manera espontánea y han cambiado radicalmente su estilo de vida. Y no es ni más ni menos que esto lo que pretendemos con la intervención educativa “in situ” , potenciar esta “reacción natural” de “supervivencia” que se produce en algunas personas tras esta experiencia vivida. En definitiva: han sabido poner en marcha día a día hábitos nuevos mecanismos en su vida que le ayuden a pensar, sentir y actuar de forma más eficaz en las situaciones, es decir, que le generen mayor bienestar, superando así el estrés y tristeza generados por la enfermedad.

Es innegable que la “situación de urgencias” genera no solo respuestas fisiológicas en el individuo (que son las que solemos tratar en el medio de las urgencias) sino que también

genera respuestas psicológicas, las cuales pretendemos dar respuesta o aplicación en esta publicación.

La situación de emergencias vivida desde el punto de vista psicológico cognitivo-conductual, la podemos considerar como una técnica de exposición en vivo, es decir, el sujeto está vivenciando esos estímulos que teme (enfermedad...la angina...) y que le genera ansiedad, y los profesionales de emergencias lo estamos compartiendo con él, ayudando al afrontamiento positivo y a superar sus miedos.

OBJETIVOS:

1. Descubrir la educación sanitaria dentro de las actividades básicas para los equipos de atención de urgencias extrahospitalarias.
2. Ampliar el espectro de funciones del personal de urgencias extrahospitalarias
3. Identificar la educación sanitaria como una función propia del DUE y cooperativa con los distintos miembros del equipo.
4. Protocolizar la educación sanitaria en las asistencias de urgencias.

METODOLOGÍA:

Cabe resaltar que las urgencias de atención primaria en Andalucía se organizan siendo en gran parte los mismos profesionales de atención primaria los que atienden las urgencias, lo que se conoce como atención continuada, por lo que el personal del centro que realiza la consulta habitualmente es la misma que atiende urgencias y además, en los pequeños núcleos poblacionales, tienen un amplio conocimiento de la población a la que se atiende. (conocen al paciente, su familia, su domicilio...). Así, se puede dar el caso de que un mismo profesional que atiende a un paciente crónico hipertenso lo atienda también en una crisis HTA, angor u otra complicación que dicha patología pueda derivarle en el servicio de urgencias de atención primaria.

En el ámbito de la psicología está demostrado que cierto nivel de “estrés” aumenta el rendimiento en la respuesta del individuo ante una situación. No obstante, si se sobrepasa ese nivel de “alerta” el rendimiento disminuye.

Así, y teniendo en cuenta que pensamos que las situaciones de urgencias generan estrés en aquellos que la sufren, este nivel de “alerta “puede ser aprovechado por el equipo sanitario para llevar a cabo una intervención educativa.

Pero : ¿Qué características debe reunir dicha intervención para ser efectiva? ¿Tendría más probabilidad de éxito dicha intervención que las realizadas en el ámbito de la atención primaria?

Pensamos que existen situaciones donde la educación sanitaria puede ser de mayor utilidad:

- Situaciones de urgencias donde le paciente se encuentre hemodinámicamente estable (Angor estable, AIT transitorio...)
- Situaciones de urgencias sin riesgo vital: crisis HTA, crisis asmática en fumador...
- Adolescentes que acuden para anticoncepción de urgencias
- Adolescentes que acompañan a amigo intoxicado (alcohol, drogas...), por aprendizaje vicario.
- Proceso de duelo: fallecimiento o enfermedad grave de un familiar....

Desde el punto de vista de la Psicología, proponemos un enfoque cognitivo –conductual para abordar este proceso educativo. Las terapias cognitivo-conductuales, recogen los aportes de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista. Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición. Este modelo acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo. Durante el proceso terapéutico el clínico se vale de diversas estrategias que tienen por objeto la flexibilización y modificación de los esquemas disfuncionales y los pensamientos automáticos que se

desprenden de éstos. Dicho proceso está guiado por tres principios técnicos básicos: el empirismo colaborativo, el descubrimiento guiado y el diálogo socrático.

La Terapia cognitiva (TC) es un tipo de psicoterapia que resulta efectiva en el tratamiento de los trastornos psicológicos. Se basa en reconocer el pensamiento distorsionado que los origina y aprender a reemplazarlo por ideas sustitutivas más realistas.

La TC no es un proceso «de un día para otro», pero ha demostrado ser una herramienta valiosa en la recuperación del paciente.

No son los hechos objetivos, como decía Epicteto, los que nos perturban interiormente, sino lo que pensamos en nuestra subjetividad sobre esos hechos. Este es el principio cognitivo. De esta manera, el control de las reacciones emocionales y conductuales puede permanecer en nuestras manos, siendo nosotros los creadores de nuestra salud o enfermedad psíquica

«La terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación.» (Ellis, 1962; Beck, 1964.)

Según la terapia racional de Ellis, el funcionamiento se puede dividir en tres partes: A, B y C.

- **A:** Hace referencia a la situación o estímulo providente del mundo exterior con el que se ve involucrado el individuo.
- **B:** Se trata del pensamiento/pensamientos que presenta el individuo sobre la situación ambiental (sobre A).
- **C:** Explica las consecuencias provocadas por el pensamiento. Estas consecuencias incluyen tanto las respuestas emocionales (y sentimientos) como las conductuales.

Las 3 partes (A, B y C), están en constante retroalimentación. La situación (A) produce el pensamiento (B) y el pensamiento (B) produce unos comportamientos y unas emociones determinadas (C). Al mismo tiempo, las emociones y comportamientos (C) retroalimentan el pensamiento (B), haciéndolo más fuerte.

Un ejemplo en nuestro ámbito, sería:

- **A:** síntomas de angor estable
- **B:** Pienso que es un contratiempo importante, se me ha complicado la vida, estoy preocupado, etc.
- **C:** Siento disgusto, decepción y nerviosismo. Miedo al futuro, a la enfermedad, la muerte.

En este caso, el Ángor (A), ha producido mis pensamientos de preocupación (B), los cuales han causado unas emociones y conductas de disgusto y abatimiento (C). Al mismo tiempo, el hecho de estar abatido y disgustado (C), aumentan los pensamientos de preocupación (B). Al tener un mayor número de pensamientos (B), cambiar la situación C se va complicando.

El ciclo de interrelación entre pensamientos, emociones y conductas, conocido como modelo ABC, se pone en marcha ante desencadenantes, estímulos o situaciones disparadoras, conocidos como «A»; «B» es el procesamiento cognitivo a partir de «A», pensamientos, creencias y expectativas, y «C» son las respuestas o reacciones emocionales, fisiológicas y conductuales ante ese tipo de pensamiento.

Entendemos que la vivencia de la situación de urgencias puede condicionar al usuario positivamente “predisponerle” para modificar sus esquemas cognitivos de manera positiva ,y esta situación se verá reforzada si en el momento se realiza una intervención educativa breve y existe después un seguimiento por atención primaria.

El objetivo será proporcionar al individuo las habilidades necesarias para superar sus dificultades psicológicas, las cuales le impiden llevar una vida saludable.

Se trata de un tratamiento que se focaliza en:

- El presente y en funcionamiento actual de la persona, de manera que se trabaja de forma directa sobre el estado cognitivo y comportamental.
- Modificar esos comportamientos y pensamientos que gestionan el problema psicológico que se quiere intervenir.

Según los principios de la terapia cognitivo conductual, el objetivo de tratamiento sería:

Por un lado **el pensamiento**: si realizo intervenciones capaces de reemplazar los pensamientos actuales por otros más optimistas como por ejemplo: “puedo cambiar mi estilo de vida”, las emociones y comportamientos también se modificarán: estaré más motivado y optimista, aumentará la autoestima, la percepción de la enfermedad y el sentimiento de autocontrol del proceso de salud.

Por otro lado **el comportamiento**: si a pesar de estar preocupado y abatido, consigo cambiar mi conducta, estar más activo, cambiar de hábitos de vida, realizar actividades etc. Mis pensamientos negativos disminuirán, y tendré una mayor capacidad para cambiar mi estado de humor y seguir haciendo esas conductas que me benefician.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Como equipo interdisciplinar, en base a nuestra experiencia y conocimiento en el área de emergencias así como de la educación sanitaria y de la psicología, proponemos protocolizar dichas intervenciones educativas, teniendo en cuenta las siguientes pautas:

- La intervención educativa no debe posponer otras intervenciones que pudieran ser más prioritarias o vitales.
- La intervención debe ser breve (por el entorno de urgencias en el que se produce), pero intensa que puede ser el origen de un cambio de conducta para el usuario.
- Se deben cuidar extremadamente las formas en la realización de la intervención debido a la situación del estrés y vulnerabilidad en la que se encuentran paciente y familia.
- Evitar la actitud paternalista, de tipo “ ya te lo dije”...”se veía venir”...que hagan sentir culpable al paciente e incapaz de dar solución a su problema/situación de salud, ya que la idea es todo lo contrario “activarlo” , “darle el poder”, “hacer nacer” una actitud de cambio.
- La intervención educativa de urgencias se debe considerar como el “inicio del cambio” debe ser el origen de un proceso de cambio de conducta para el cual serán necesarias más intervenciones educativas (en consultas programadas de Enfermería / Medico) o la participación en grupos de ayuda mutua , que se

programarán con el paciente desde la intervención inicial y una vez resuelto el problema de urgencias.

Las claves para realizar una terapia cognitivo-conductual en urgencias de AP son:

- Focalizar en áreas específicas y concretas.
- Escribir información relevante en la historia clínica.
- Empatía cognitiva.
- Escucha activa.
- Desarrollar colaboración y compañerismo.
- Obtener *feedback* de los pacientes. Ver si están entendiendo lo que se les explica.
- Conexión con el paciente.
- Poner y revisar tareas tras el suceso de urgencias (acudir a AP)
- Compromiso de acudir a AP para seguimiento y control

CONCLUSIONES:

Nuestra experiencia personal así como las diversas teorías educativas y psicológicas, nos hacen prever que la inclusión de una intervención educativa breve en determinados casos en el servicio de urgencias de atención primaria, supondrá para el paciente:

- Sentimiento de que su proceso de salud se trata de manera individualizada.
- Aumento de la adhesión al tratamiento tras el proceso de urgencias.
- Favorecer la adaptación del paciente al proceso de la enfermedad.
- Disminuir la ansiedad durante la situación de urgencias.

Asimismo, supondrá para los profesionales:

- Aumento del espectro de funciones y actividades de los profesionales de urgencias.
- Aumento de actividades con autonomía profesional por parte de los enfermeros/as.
- Atención al paciente de manera más global, teniendo en cuenta aspectos biopsicosociales y no solo centrándonos en el proceso agudo de la enfermedad.
- Aumento de la calidad de los cuidados suministrados.

BIBLIOGRAFIA:

Cómo Aplicar la Terapia Cognitivo Conductual y 5 Técnicas , disponible en:

<http://www.lifeder.com/terapia-cognitivo-conductual/>

Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). Semergen. 2012; 38(6): 377-387

Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (II). Semergen. 2014; 40(1): 34-41

Efecto de la educación sanitaria en la demanda de anticoncepción de urgencias. C. Clemente Rodríguez et al. Emergencias 2011; 23:99-103.

Manual de terapia de conducta. Miguel A. pareja. Ed Dykinson. 1998.