

Artículo de reflexión:

El cuidado en Psiquiatría

Enrique Ruiz Baeza¹

Resumen

El CUIDADO es un proceso que está presente siempre en la hospitalización especialmente en los servicios de Psiquiatría, y es desde esta perspectiva que en este documento se efectúa un análisis desde la experiencia clínica de lo que significa CUIDAR, y cómo distintos integrantes de los equipos de salud participan en este proceso. Asimismo se hace énfasis en el importante rol que cumple el equipo de enfermería y como contribuye también en el desarrollo de los procesos de Curar y Rehabilitar.

Abstract

The caretaking is a process that is always present in the inpatient treatment, particularly in psychiatry service. In this perspective the present document makes an analysis of clinical experience about the significance of care, and how different members of health teams participate in this process. Likewise, this paper makes emphasis on the important role of care taking team and how it contributes on the course of cure and rehab.

El eje fundamental objeto de nuestra atención en las unidades de hospitalización de corta estadía en psiquiatría, al igual que en el área médico quirúrgica, es el enfermo; sin este personaje nuestras instituciones no tendrían razón de ser, así como nosotros, personal de la salud.

Es obvio señalar que un sujeto debe padecer de una enfermedad que él, su familia, o grupo de referencia, no logren resolver para que busquen ayuda en los centros de salud y se activen todos los procesos clínicos encaminados a restaurar y recuperar la salud.

Salud definida por la OMS como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedad. Por lo tanto, el sujeto acude al hospital para saber de qué está enfermo, por qué está enfermo, y qué hacer para recuperarse. Es en este contexto donde surgen los procesos de CURAR, CUIDAR Y REHABILITAR.

Para que estos procesos se apliquen en forma exitosa y de acuerdo con lo que esperan nuestros pacientes evidentemente tenemos que compartir algunos conceptos básicos; estos son: Salud, Persona, Plan Terapéutico, Enfermedad, (entendiendo

como tal una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo por causas en general conocidas, manifestado por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible. OMS)

Podemos recurrir a muchos autores para definirlos. Pero desde una perspectiva descriptiva y básica podemos señalar que una persona tiene un aspecto biológico, psicológico y social. Entonces cuando un sujeto enferma de alguna manera están comprometidos todos estos aspectos; y en los procesos de CURAR, CUIDAR y REHABILITAR actuamos tratando de aliviar el aspecto biológico, psicológico y social.

No podemos negar que en el proceso de CURAR (1), algo vinculado al quehacer médico, los otros integrantes del equipo no participan. En psiquiatría la Observación de los sujetos enfermos la realizan el equipo de enfermería y los otros profesionales (asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos) y de manera silente también el personal auxiliar de servicio.

Esta observación le permite al médico fundamentar el diagnóstico y evaluar el tratamiento farmacológico.

Tampoco podemos señalar que el CUIDAR (1) está vinculado exclusivamente al estamento de enfermería. El cuidado de las necesidades Básicas probablemente sí, bañamos, alimentamos, vestimos los pacientes, administramos medicamentos, efectuamos control de signos vitales, ayudamos en su desplazamiento, efectuamos contención emocional.

También hay aspectos psicológicos y sociales donde se incorporan otros actores al cuidado, Asistente Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos, Nutricionistas.

Como asimismo en el proceso de REHABILITAR (2) hay profesionales formados para aplicar la rehabilitación física y psíquica; pero en estos procesos todos somos partícipes, algunos con más relevancia que otros.

Debo también agregar que todos los integrantes del equipo de salud, en nuestro Rol nos desempeñamos de manera Dependiente, Interdependiente e Independiente.

1. Enfermero Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Dependiente; porque nuestro quehacer tiene que ver directamente con otro que determina nuestra intervención.

Interdependiente; porque dependemos mutuamente de otro integrante del equipo para actuar.

Independiente; porque la decisión que tomemos en la atención de un paciente depende solamente de nosotros, de nuestra evaluación y de nuestro criterio técnico.

El cuidado es descrito por algunas teóricas de enfermería como un arte (3) porque para cada individuo enfermo creamos un plan de atención específico que va relacionado con las necesidades alteradas que no puede satisfacer o lo hace de manera deficiente, entendiendo necesidad como sinónimo de Carencia.

Maslow (4) y Henderson (5) han definido cada uno de ellos las necesidades del ser humano desde las más simples a las más complejas; desde las eminentemente biológicas a las necesidades psicológicas y sociales. Esto ha permitido a través del tiempo el poder sistematizar el trabajo, efectuando planes de atención que nos permitan jerarquizar nuestras acciones.

El cuidado es algo que ha estado vinculado al rol materno, según Artaza (1), que las mujeres han asumido como tal; por lo tanto, podríamos señalar que es algo intuitivo, desde recién nacidos nos alimentan, nos arropan, nos protegen, y están atentas a todas nuestras necesidades, si lloramos, si dormimos, si nos reímos.

También las mujeres, por el rol social que han tenido a través del tiempo, se han encargado de cuidar de los enfermos y ancianos en el hogar. Desde lo intuitivo se fue estructurando el Arte del cuidado con sus distintas facetas.

Florence Nightingale (6), la precursora de la enfermería profesional, desarrolló inicialmente un modelo de trabajo en el CUIDAR, y lo hizo a través de su experiencia como enfermera en un hospital militar en Crimea. Para algunos considerada como una enfermera Ambientalista, porque se preocupó por el ambiente sanitario en que se encontraban los enfermos; organizó el hospital en lo que hoy se define como atención progresiva, agrupando a los pacientes por su gravedad. Se preocupó por las condiciones sanitarias proporcionando confort y comodidad, creando ambientes limpios con sábanas y frazadas. Realizó lo que desde la psiquiatría denominamos Contención Emocional (7), atendiendo a las necesidades sociales y psicológicas; gestionó que la alimentación fuera adecuada para los enfermos. Con esto logro disminuir las tasas de mortalidad en los hospitales, ya que muchos soldados que ingresaban por heridas de guerra de mediana gravedad fallecían por infecciones y descuido en el hospital.

Este modelo de funcionamiento aun persiste de alguna manera, ya que no podemos omitir el ambiente o entorno donde se encuentran nuestros pacientes objetos de nuestra atención, y obviamente este ambiente tiene que ser TERAPÉUTICO.

Entendiendo como tal aquello que nos permite usar las partes sanas del paciente, para trabajar o intervenir en sus partes enfermas o desarrollar los aspectos del paciente bloqueados y/o detenidos por el proceso mórbido (8)

Un momento clave para la enfermería en psiquiatría fue la publicación de Hildegart Peplau (9) en 1952, "Interpersonal Relations in Nursing". Ella hace énfasis en la importancia de la relación enfermera paciente, como modalidad de tratamiento.

Desde mi experiencia como enfermero clínico y como coordinador de enfermería he podido visualizar a través del tiempo la experiencia del cuidado interprofesional, el como se construye a través del tiempo, como se tienen que ir generando puentes de comunicación entre las distintas disciplinas para que no solo el cuidar, sino que también el curar y el rehabilitar sean procesos exitosos. Los equipos de salud están compuestos por distintos integrantes, cada uno con una visión propia del sujeto, cada uno con un lenguaje propio, pero todos compartiendo un gran objetivo común: lograr la recuperación de la salud del paciente y de esta forma lograr su independencia. (10)

Desde mi perspectiva como enfermero en psiquiatría frecuentemente me encuentro en presencia de una persona enferma que puede presentar una serie de fenómenos tales como alteración del ciclo sueño vigilia, alteración del juicio de realidad, alteración de la sensopercepción, alteración de los procesos del pensar, déficit del autocuidado, alteración del ánimo, ideación o gestos suicidas; personas que presentan alteración de la comunicación con su entorno por el conflicto que generan, y que muchas veces no tienen conciencia de enfermedad.

Entonces he vislumbrado que una de las funciones que se genera es observar estos fenómenos y ser capaces de describirlos desde el punto de vista de la alteración funcional que afecta la persona.

Siendo este acto de observar algo participativo según Peplau (11), porque implica identificar lo que al observador lo ocurre al observar. En forma simultánea estamos interactuando con la persona observada, porque estamos realizando intervenciones encaminadas a aliviar la sintomatología del sujeto enfermo.

Todo esto tiene sentido en la medida que se comparte con los otros integrantes del equipo de salud y se configura una Sinergia terapéutica.

Esto no resulta fácil porque para configurar la Sinergia (12) debemos compartir un lenguaje que nos permita comunicarnos con los otros agentes terapéuticos. Pero cuesta comunicarse con los psiquiatras y psicólogos que obviamente manejan un lenguaje distinto porque tenemos formación distinta pero además utilizamos un setting diferente.

Con otros profesionales terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, nutricionistas resulta más fluida la comunicación. Pero cuando somos capaces de soslayar estas dificultades somos capaces de gestionar el cuidado de las personas enfermas.

Bibliografía

1. Ayala R. 2019 "Gestión del cuidado Interprofesional" Primera edición RIL editores capítulo I Artaza O.
2. MINSAL 2000 Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan.
3. Rivera M. 2004 "El arte de cuidar en Enfermería" Revista Horizonte volumen 15 Pontificia Universidad Católica de Chile.
4. Townsend M. 2011 "Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría" cuarta edición McGraw-Hill Interamericana editores S.A. México Capítulo 1.
5. Marriner A. Reile M. 2003 "Modelos y Teorías en Enfermería" quinta edición Elsevier España S.A. Capítulo 8 Marriner A.
6. Morriner A. Reile M. 2003 "Modelos y Teorías en Enfermería" quinta edición Elsevier España S.A. Capítulo 6 Pfettscher S.
7. MINSAL 2003 Norma Técnica "Medidas de Contención para personas con enfermedad mental en episodios de Agitación Psico motora"
8. Ruiz E. Sociedad Chilena de Salud Mental Revista de Psiquiatría año 2004 octubre /diciembre. "Ambiente Terapéutico, Visión de Enfermería.
9. O' Brien P. Kennedy W. Ballard K. 2001 "Enfermería Psiquiátrica" primera edición McGraw-Hill Interamericana editores S.A. México Capítulo 1.
10. Ayala R. 2019 "Gestión del cuidado Interprofesional" primera edición RIL editores capítulo 9 Koch T.
11. Marriner A. Reile M. 2003 "Modelos y Teorías en Enfermería" quinta edición Elsevier España S. A. Capítulo 21 Howk Ch.
12. Ayala R. 2019 "Gestión del cuidado Interprofesional" primera edición RIL Editores Introducción Ayala R.