I CURSO DE ONCOLOGÍA COMARCA DEL GARRAF

Soporte emocional al enfermo con Cáncer

SILVIA VIEL
Psicóloga Clínica

Vilanova i la Geltrú, 17 de noviembre del 2012

Índice

- Evaluación del Malestar Emocional.
- Criterios de derivación a recursos especializados

Informe Hastings Center (1996)

Los fines de la Medicina para el siglo XXI:

- Prevenir las enfermedades y lesiones, promover y mantener la salud.
- Reducir el dolor y el **sufrimiento.**
- Atender y asegurar el cuidado de los enfermos incluyendo la atención al enfermo incurable.
- Evitar la muerte prematura y procurar una muerte tranquila cuando ésta no es posible ser evitada.

Hastings Centre Rep. New York. 1996

OBJETIVOS ASISTENCIALES

- El foco central de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas es la *persona* enferma .
- La intervención psicosocial procura maximizar la *calidad de vida* del enfermo.
- Se propone minimizar el *sufrimiento* del enfermo y su familia.

Eric Cassell M.D. The Nature of Suffering

Factores que afectan la respuesta emocional

La respuesta emocional a una enfermedad avanzada es determinada por tres factores:

a) la forma en la que el diagnóstico es considerado (reto o amenaza).

b) la percepción de control (alguno o ninguno).

c) la consideración sobre el pronóstico (bueno o malo).

De Clarke DM. Psychological adaptation, demoralization and depression in people with cancer. En: Depression and ***Cancer. Kissane D, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.***

El sufrimiento estaría determinado por las *características de la amenaza*, pero también por la *evaluación* que la persona hace del suceso y que está dado por su *vulnerabilidad, creencias y recursos.*

Lazarus y Folkman 1984

AMENAZA

aumenta

Disminuye la percepción de control

aumenta

SUFRIMIENTO

Desafíos existenciales → distress

- Muerte → Ansiedad de muerte
- Significado → Desmoralización
- Pérdida → Duelo complicado
- Soledad → Aislamiento/alienación
- Autonomía → Pérdida de control
- Dignidad → Pérdida de valor
- Incertidumbre → Distress espiritual

Reacciones emocionales

- La experiencia de una enfermedad que amenaza la vida, confronta a la persona con su equilibrio emocional.
- Frente al sufrimiento se desarticulan las estructuras yoicas de la personalidad. El fracaso de las sucesivas expectativas terapéuticas y las pérdidas personales y sociales van sumiendo al enfermo, en la desesperanza, el desamparo, la tristeza, socavando su nivel de autoestima.
- El soporte social, sin duda, podrá amortiguar los efectos de esta situación de stress, en la medida en que satisfaga sus necesidades de contacto, afecto, pertenencia, identidad, seguridad, aprobación.

MALESTAR EMOCIONAL (M.E)

Experiencia emocional multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional, social, espiritual) que puede interferir en la capacidad de hacer frente efectivamente a la situación de enfermedad, sus síntomas y sus tratamientos.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 2006.

MALESTAR EMOCIONAL

- Experiencia psico-socio-espiritual que puede interferir en la habilidad de afrontar con efectividad la enfermedad oncológica, sus síntomas físicos, y sus tratamientos.

- Se extiende a lo largo de un continuum desde los sentimientos normales de tristeza y temor hasta condiciones más discapacitantes (depresión, ansiedad, crisis existenciales) que necesitan intervención.

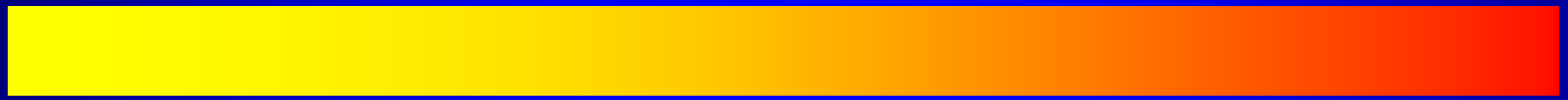
- El M.E debería ser considerado como una complicación tratable que se puede presentar en cualquier fase de la trayectoria del Cáncer.

NCCN, 2012

MALESTAR EMOCIONAL CONTINUUM

M.E. Normal/Leve
(adaptativo)

M.E.
Moderado
Severo



Miedos
Preocupaciones
Tristeza

Depresión,
Ansiedad
Conflictos
Familiares
Preocupaciones
espirituales

International Psycho-oncology Society (IPOS) 2006. Jimmie C. Holland

Canadá

Junio, 2004 The National Cancer Council

- M.E. es el 6º signo vital (temperatura, pulso, respiración, presión sanguínea, dolor, M.E.)
- Debe ser evaluado rutinariamente en las visitas de los enfermos.

Estándares en la atención y el manejo del Malestar Emocional

El **M.E** debe ser **reconocido, monitorizado, documentado y tratado.**

Detectar grados de M.E en las primeras visitas, en intervalos apropiados, en situaciones clínicas de cambios en el status de la enfermedad (remisión, recurrencia, progresión).

Identificar el **nivel y naturaleza del M.E.**

El **M.E** debería ser evaluado y tratado de acuerdo a las **recomendaciones de guías de práctica clínica.**

Implementar programas educativos y de entrenamiento para los profesionales sanitarios a fin de facilitar el conocimiento y el **desarrollo de habilidades en la evaluación y manejo del M.E.**

Los profesionales psicosociales con experiencia y formación específica en este campo, deberían estar disponibles para recoger las derivaciones realizadas por otros profesionales asistenciales.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 2006.

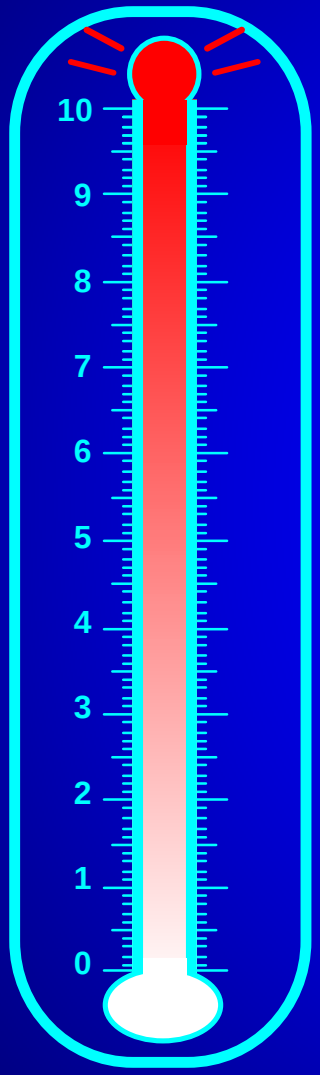
Instrumentos para detectar indicadores de malestar emocional

Nombre	Items	Tiempo	Variables
Termómetro de Distress		2-3 minutos	Distress emocional
Brief Symptom Inventory (BSI)	18	3-5 minutos	Somatización, depresión, ansiedad, distress en general
Hospital Anxiety Depression Scale HADS	14	5-10 minutos	Depresión clínica y Ansiedad
Profile of Mood States POMS	65	3-5 minutos	Estados de ánimo
Zung Self-Rating Depression Scale	20	5-10 minutos	Síntomas de depresión

During the past week, how distressed have you been?

Extreme Distress

≥ 4



No Distress

< 4

Please indicate your level of distress on the thermometer and check the causes of your distress.

Practical problems
__ Housing
__ Insurance
__ Work/school
__ Transportation
__ Child care

Family problems
__ Partner
__ Children

Emotional problems
__ Worry
__ Sadness
__ Depression
__ Nervousness

Spiritual/religious concerns
__ Relating to God
__ Loss of faith
__ Other problems

Physical problems
__ Pain
__ Nausea
__ Fatigue
__ Sleep
__ Getting around
__ Bathing/dressing
__ Breathing
__ Mouth sores
__ Eating
__ Indigestion
__ Constipation/diarrhea
__ Bowel changes
__ Changes in urination
__ Fevers
__ Skin dry/itchy
__ Nose dry/congested
__ Tingling in hands/feet
__ Feeling swollen
__ Sexual problems

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 1999.

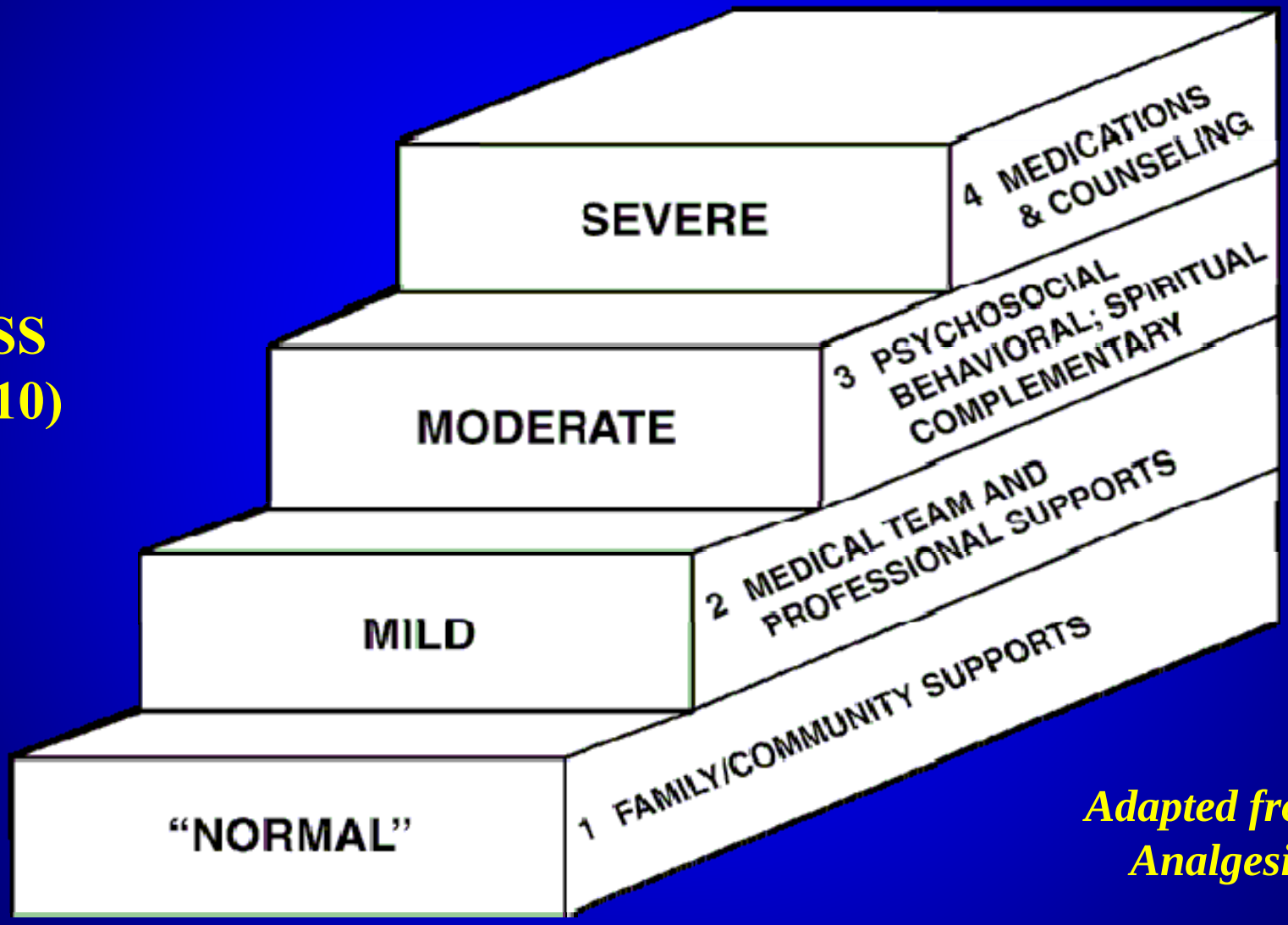
DISTRESS LADDER:

MANAGEMENT BY STANDARDS & PRACTICE GUIDELINES

≥ 4

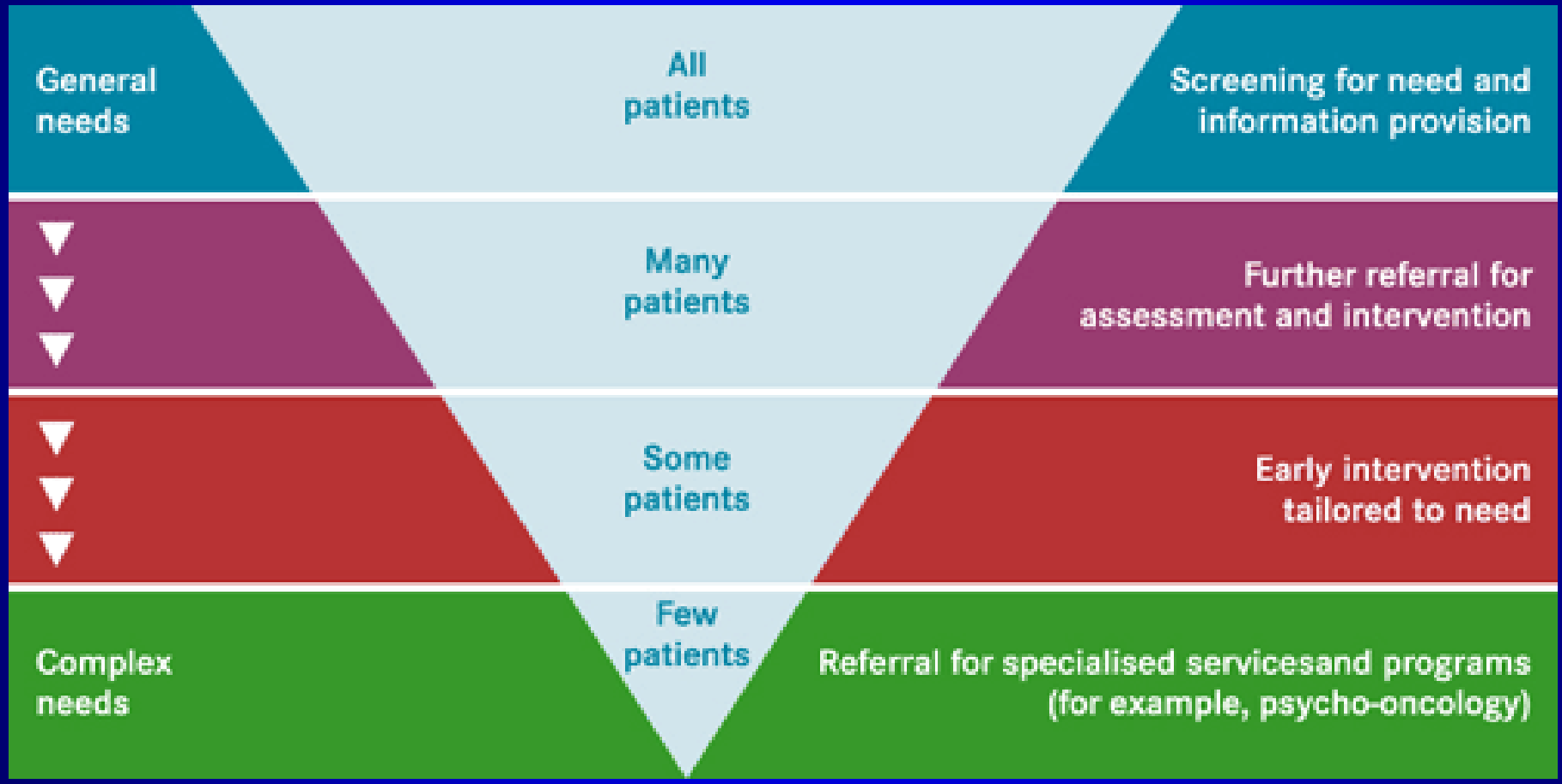
DISTRESS Scale (0–10)

< 4



Adapted from WHO Analgesic Ladder

Supportive Care Model



http://www.health.vic.gov.au/cancer/rscs/supportive-care-model.gif

Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos

Joaquín T. Limonero, Dolors Mateo, Jorge Maté-Méndez, Jesús González-Barboteo, Ramón Bayés,Montserrat Bernaus, Carme Casas, Montserrat López, Agustina Sirgo y Silvia Viel.

En el presente estudio multicéntrico se analiza la utilidad clínica del cuestionario de Detección del Malestar Emocional (DME) en enfermos hospitalizados con cáncer avanzado.

Gac Sanit. 2012; 26(2):145–152

DME

Fecha de administración: Hora de administración: Evaluador:	Nombre paciente: NHC:

DETECCIÓN DE MALESTAR EMOCIONAL (DME) - *Grupo SECPAL*

1ª. ¿Cómo se encuentra de ánimo, bien, regular, mal, o usted qué diría?

⇒ **Entre 0 "muy mal" y 10 "muy bien", ¿qué valor le daría?:**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy mal — **Muy bien**

2ª. ¿Hay algo que le preocupe? ☐ **Sí** ☐ **No**

⇒ En caso afirmativo, le preguntamos:

En este momento, ¿qué es lo que más le preocupa?

Tipo de preocupación *(señala y describe)*

- ☐ **Económicos**
- ☐ **Familiares**
- ☐ **Emocionales**
- ☐ **Espirituales**
- ☐ **Somáticos**
- ☐ **Otros:**

3ª. ¿Cómo lleva esta situación?

Entre 0 "no le cuesta nada" y 10 "le cuesta mucho", ¿qué valor le daría?:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No le cuesta nada — **Le cuesta mucho**

4ª. ¿Se observan signos externos de malestar? ☐ **Sí** ☐ **No**

⇒ En caso afirmativo, **señala cuáles:**

- ☐ **Expresión facial.** *(tristeza, miedo, euforia, enfado…).*
- ☐ **Aislamiento.** *(mutismo, demanda de persianas bajadas, rechazo de visitas, ausencia de distracciones, incomunicación...).*
- ☐ **Demanda constante de compañía / atención.** *(quejas constantes...).*
- ☐ **Alteraciones del comportamiento nocturno.** *(insomnio, pesadillas, demandas de rescate no justificadas, quejas...).*
- ☐ **Otros:**

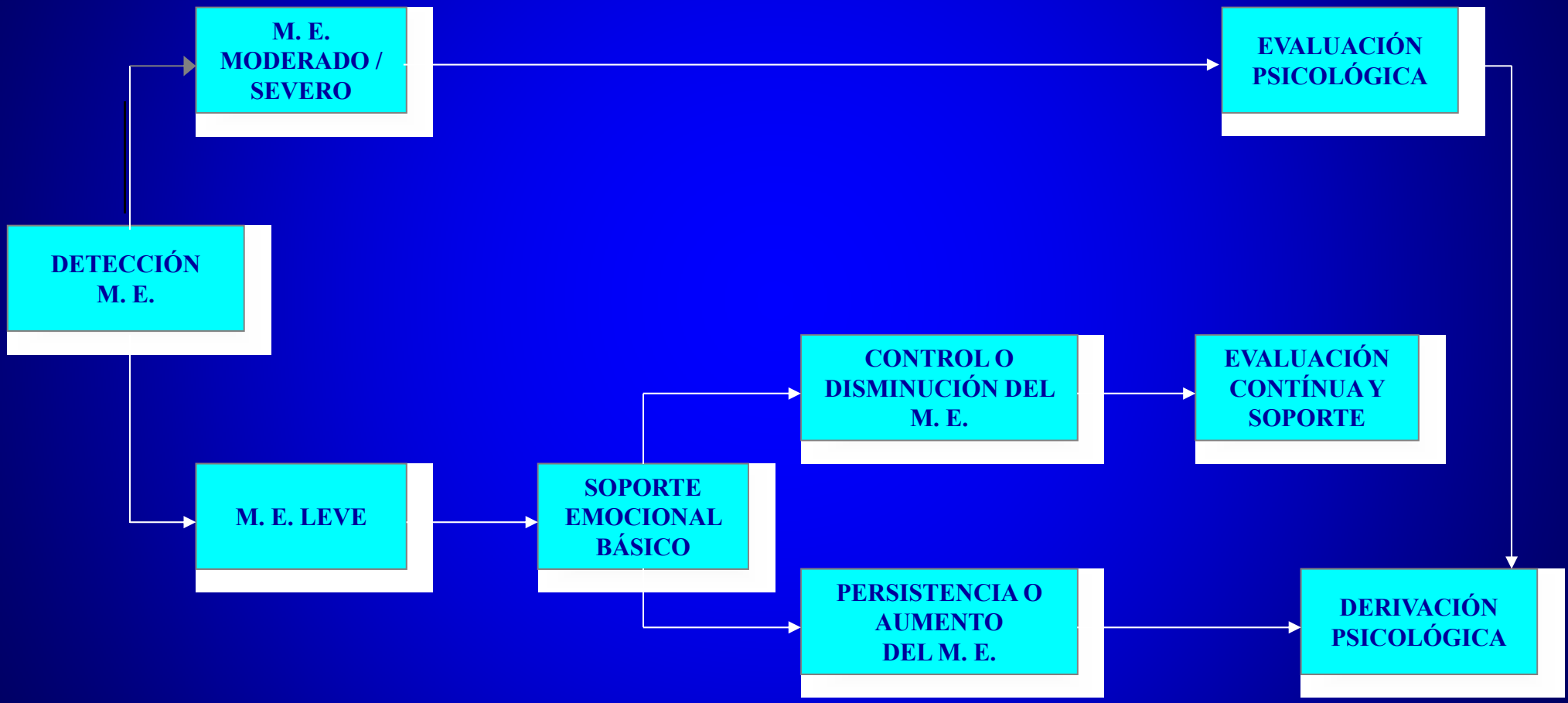
Observaciones:

CRITERIOS DE CORRECCIÓN - DME:

(10 – ítem 1) + ítem 3 ⇨ [10 – ( )] + ( ) =

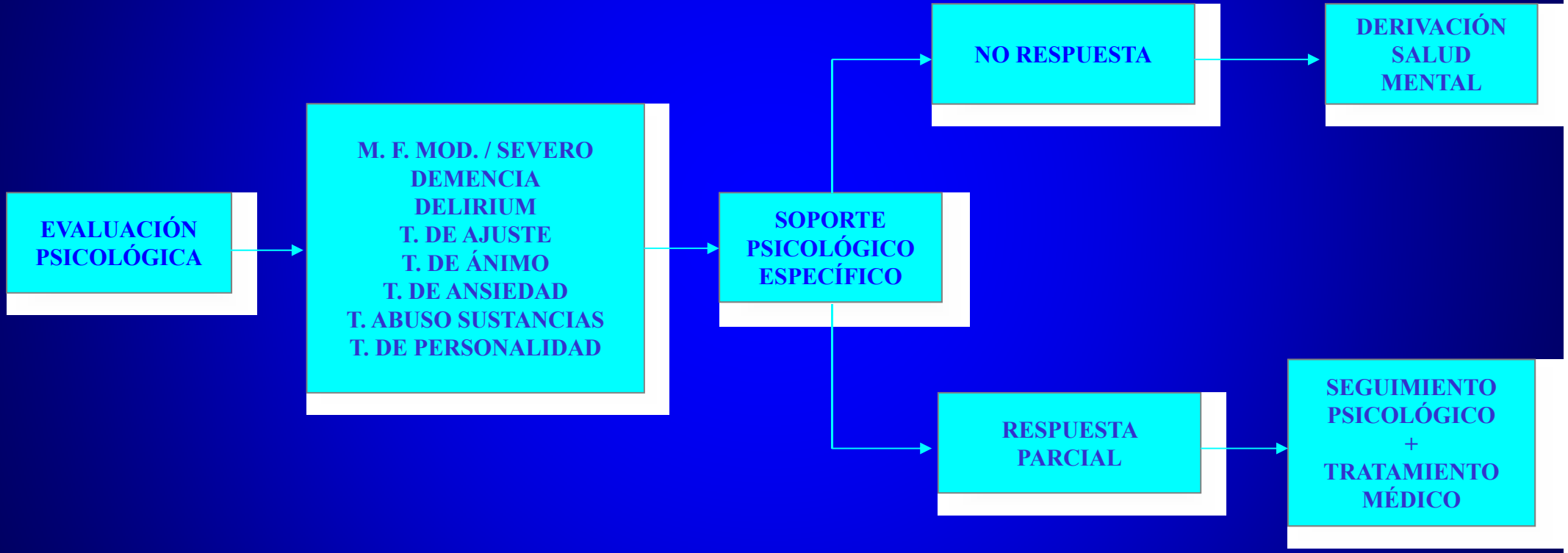
Gac Sanit. 2012; 26(2):145–152

Primeros pasos: detección del M. E.

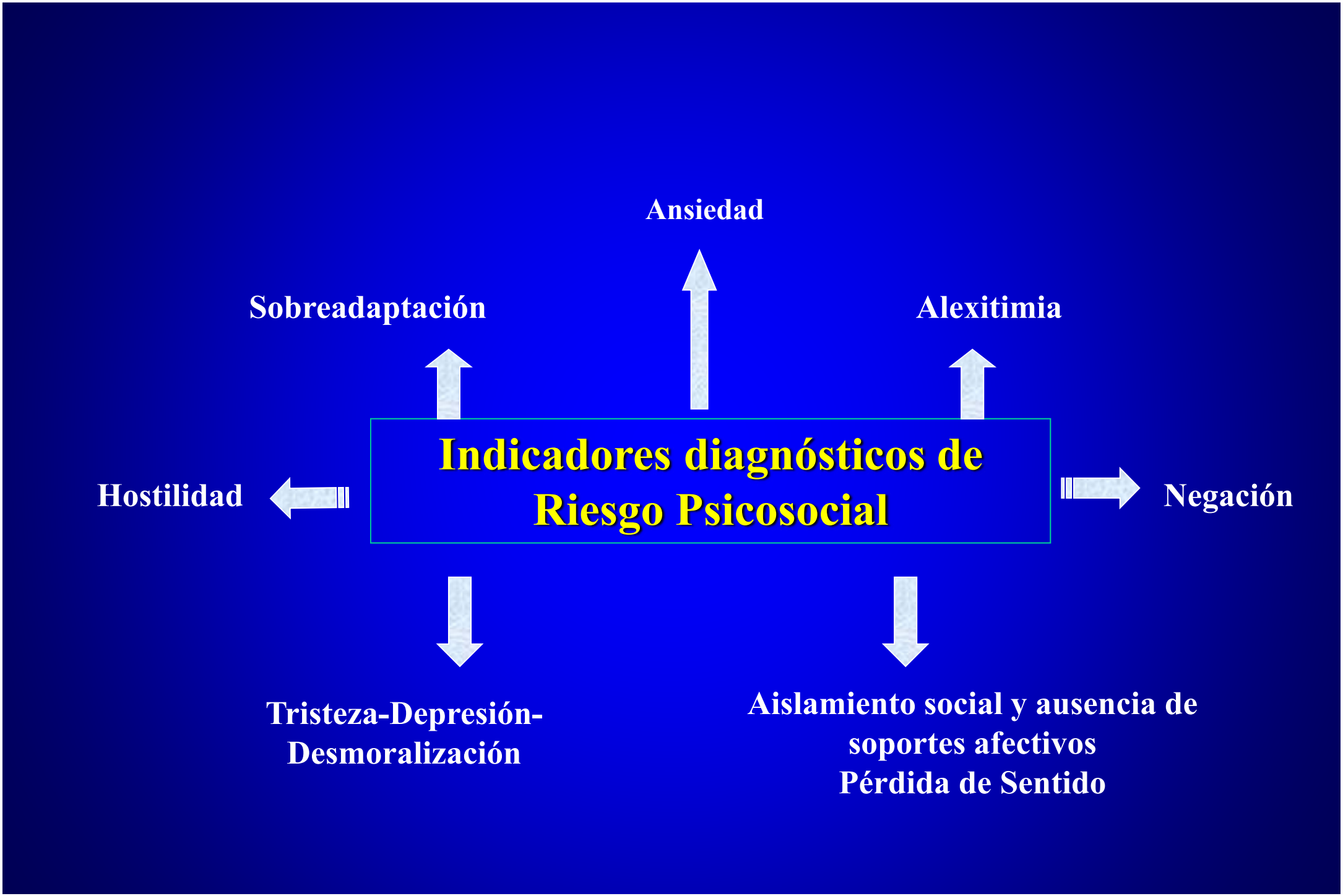


Adaptación de las Guías de Cuidados Paliativos del NCCN 2006

Intervención psicológica



Adaptación de las Guías de Cuidados Paliativos del NCCN 2006


Ansiedad
Sobreadaptación
Alexitimia
Indicadores diagnósticos de Riesgo Psicosocial
Hostilidad
Negación
Tristeza-Depresión-Desmoralización
Aislamiento social y ausencia de soportes afectivos
Pérdida de Sentido

Enfermos con riesgo de M.E. intenso

- **Pacientes dependientes y sobreexigentes: miedo a ser abandonados. Adoptan respuestas emocionales claramente regresivas.**
- **Pacientes excesivamente ordenados y controlados: miedo a la pérdida de control. Adoptan respuestas de control frente a la incertidumbre.**
- **Pacientes con alta expresividad emocional, miedo a la pérdida de atractivo o de capacidad de interesar al otro. Adoptan respuestas de llamar la atención.**

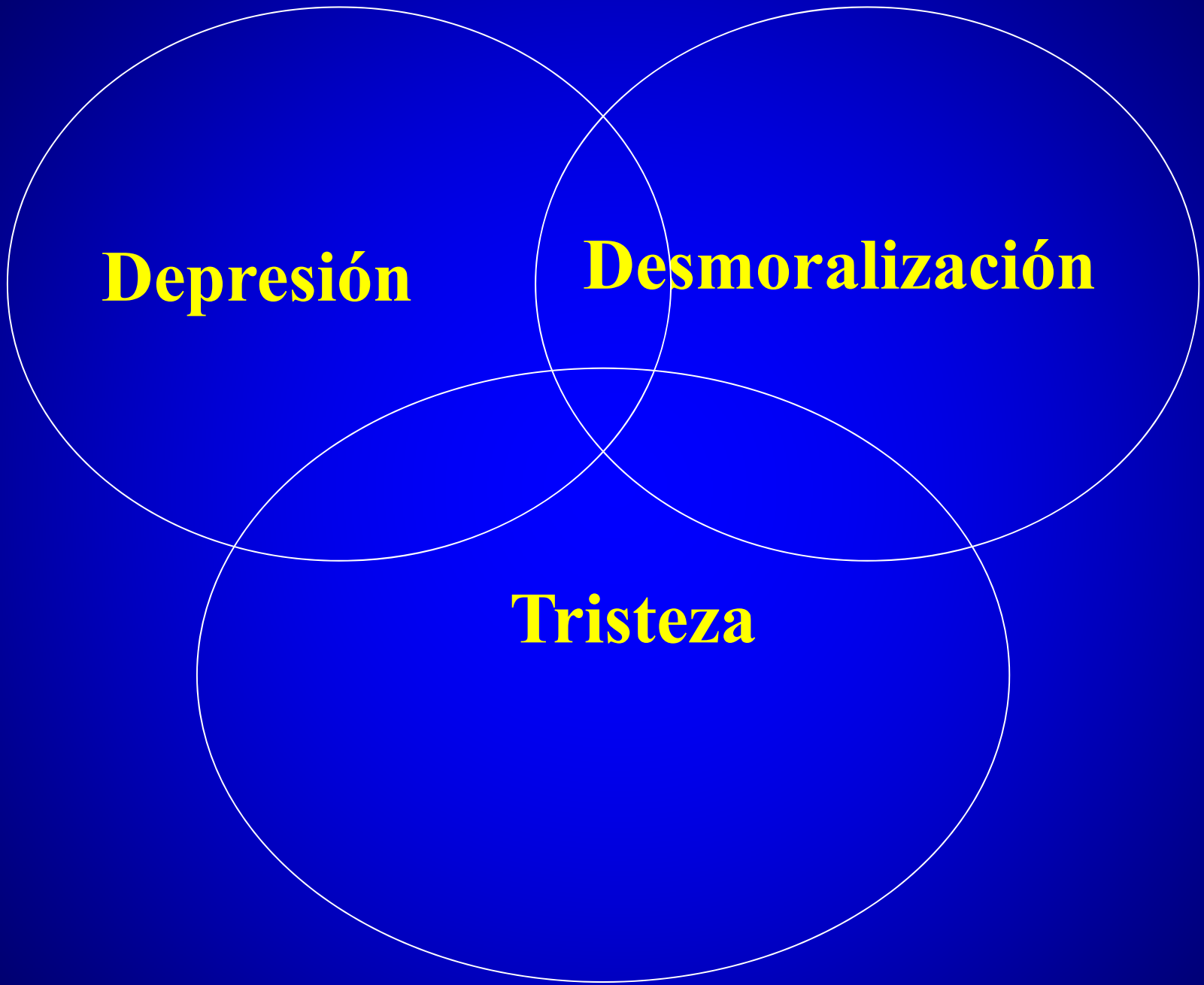
Enfermos con riesgo de M.E. intenso

- **Pacientes autosuficientes miedo a la dependencia. Adoptan conductas de rechazo a ser cuidados.**
- **Pacientes con excesivos sentimientos de culpa, rechazan o incumplen el tratamiento , adoptando posturas de sufrimiento y sumisión.**
- **Si predominan los rasgos hipervigilantes de personalidad, son recelosos y utilizan la proyección . Sospechan de los tratamientos, del personal, llegándolos a acusar de su enfermedad.**
- **Enfermos con rasgos narcisistas que viven la enfermedad como una amenaza para su autoimagen de perfección. Su vulnerabilidad desencadena estados de ansiedad.**

Estilos de adaptación al cáncer

	Consideración de la enfermedad	Control	Pronóstico
Espíritu de lucha	Reto	Algún control	Bueno
Evasión o negación	Reto mínimo	Irrelevante	Bueno
Fatalismo	Reto menor	Ningún control	Incierto - aceptado con ecuanimidad
Desesperanza-impotencia	Amenaza mayor o pérdida	Ningún control	Inevitablemente negativo
Preocupación ansiosa	Amenaza mayor	Control incierto	Incierto

Clarke DM. Psychological adaptation, demoralization and depression in people with cancer. En: Depression and Cancer. Kissane D, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.


Depresión
Desmoralización
Tristeza

Síndrome de Desmoralización (1)

La desmoralización es un síndrome que se caracteriza por sentirse amenazado por los desafíos que plantea la enfermedad.

Se trata de un estado de desamparo, desesperanza, confusión, sentimientos de incompetencia, aislamiento y disminución de la autoestima, que resulta del fracaso de no poder adaptarse a la situación vital, de no responder a las propias expectativas y/o a las de los otros.

Sentirse desmoralizado responde al estado de “tirar la toalla” “giving up” de no tener recursos para poder cambiar la situación. de sentirse sólo, único (en esta situación) y por lo tanto poco comprendido.

A diferencia de la depresión habitualmente responde a intervenciones psicoterapéuticas que restauren la confianza y el contacto con el mundo.

Frank & Frank, 1993)

Síndrome de Desmoralización (2)

- Desde los estudios de investigación se reclama incluir este síndrome en la nomenclatura psiquiátrica; habitualmente se lo considera como un trastorno de ajuste.

- En general, se cuestiona que los tratornos de ajuste no enfatizan suficientemente una narrativa de incompetencia personal que caracteriza a las personas desmoralizadas.

- Las alteraciones corporales, las pérdidas de autonomía, una enfermedad avanzada y el aislamiento social son algunos de los principales factores asociados.

- Entre los factores predisponientes y precipitantes se destacan: una historia personal con enfermedad avanzada y múltiples pérdidas, así como también experiencias de vida que han cambiado el sentimiento de esperanza y significado en la vida.

- Entre los factores que pueden mantener estos sentimientos de destacan dinámicas familiares disfuncionales, escaso soporte relacional por parte del equipo asistencial y ausencia de soporte social.

Demoralization Syndrome in Palliative Medicine: ItsRecognition and Treatment David Kissane, Yuelin Li, Maria Farberov, Raymond Baser Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY, United States

Síndrome de Desmoralización (3)

- Es una forma frecuente de sufrimiento existencial en enfermos al final de la vida caracterizado por la pérdida de significado y el sentimiento de desesperanza.
- Prevalencia: varía entre 8.5% y 31.7% en poblaciones de pacientes médicos.
- El eje de la anhedonia en la depresión es la pérdida de interés y placer en el momento presente, mientras que el eje de la desmoralización es la pérdida del placer en el futuro, del significado y del sentido de la vida.
- Es una categoría diagnóstica útil porque no todos los pacientes se deprimen al final de la vida, no obstante padecen un ME moderado/severo, desean morirse y por lo tanto requieren de intervenciones de soporte psicológico específico.

Kissane D, Clarke D, Street A. Demoralization Syndrome- a relevant psychiatric Diagnosis for Palliative Care. Journal of Palliative care 2001 17 (1): 12-21

La Desmoralización y la Petición de Eutanasia en pacientes al final de la vida

- Los pacientes con cáncer presentan un riesgo aproximadamente dos veces mayor de desear la muerte que la población general (Rockett et al., 2007).
- La depresión es un factor conocido en al menos la mitad de las peticiones de eutanasia, y los individuos que sufren de depresión poseen un riesgo 25 veces mayor de desear la muerte (Breitbart et al., 2006).
- Factores adicionales para la demanda de eutanasia en pacientes al final de la vida incluyen sentimientos como el de sentirse una carga para otros, la pérdida de autonomía, el deseo de controlar la propia muerte, síntomas físicos, desesperanza, preocupaciones existenciales, la ausencia de un soporte social, y el miedo al futuro (Hudson et al., 2006).

Breitbart W et al. Suicide and desire for hastened death in people with cancer. En: Depression and Cancer. Kissane D, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley, 2010.

LA DESMORALIZACIÓN SE COMBATE CON LA RE-MORALIZACIÓN

- Recuperar la percepción de control a través de la resolución de problemas.
- Combatir la disminución de la autoestima a través de la búsqueda de significado en la historia de vida. La terapia narrativa ayuda a reformular historias de fracaso y tristeza en experiencias resilientes y de esperanza.
- Combatir la desesperanza manteniendo el vínculo con las personas significativas del entorno. La Terapia familiar contribuye a potenciar el soporte del enfermo.
- Control de los pensamientos negativos, pesimismo, magnificación, focalizado en lo negativo, que aumentan el sufrimiento del paciente.
- Establecer vínculos terapéuticos donde se puedan expresar sentimientos de vulnerabilidad sin ser juzgado por ello. La psicoterapia Interpersonal fortalece el sentido de conexión con uno mismo y con los otros.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Identificar los síntomas biológicos, las dificultades sociales, las preocupaciones psicológicas, emocionales o espirituales, valoradas por el paciente como **amenazantes**, estableciendo el grado de priorización desde su ***punto de vista.***

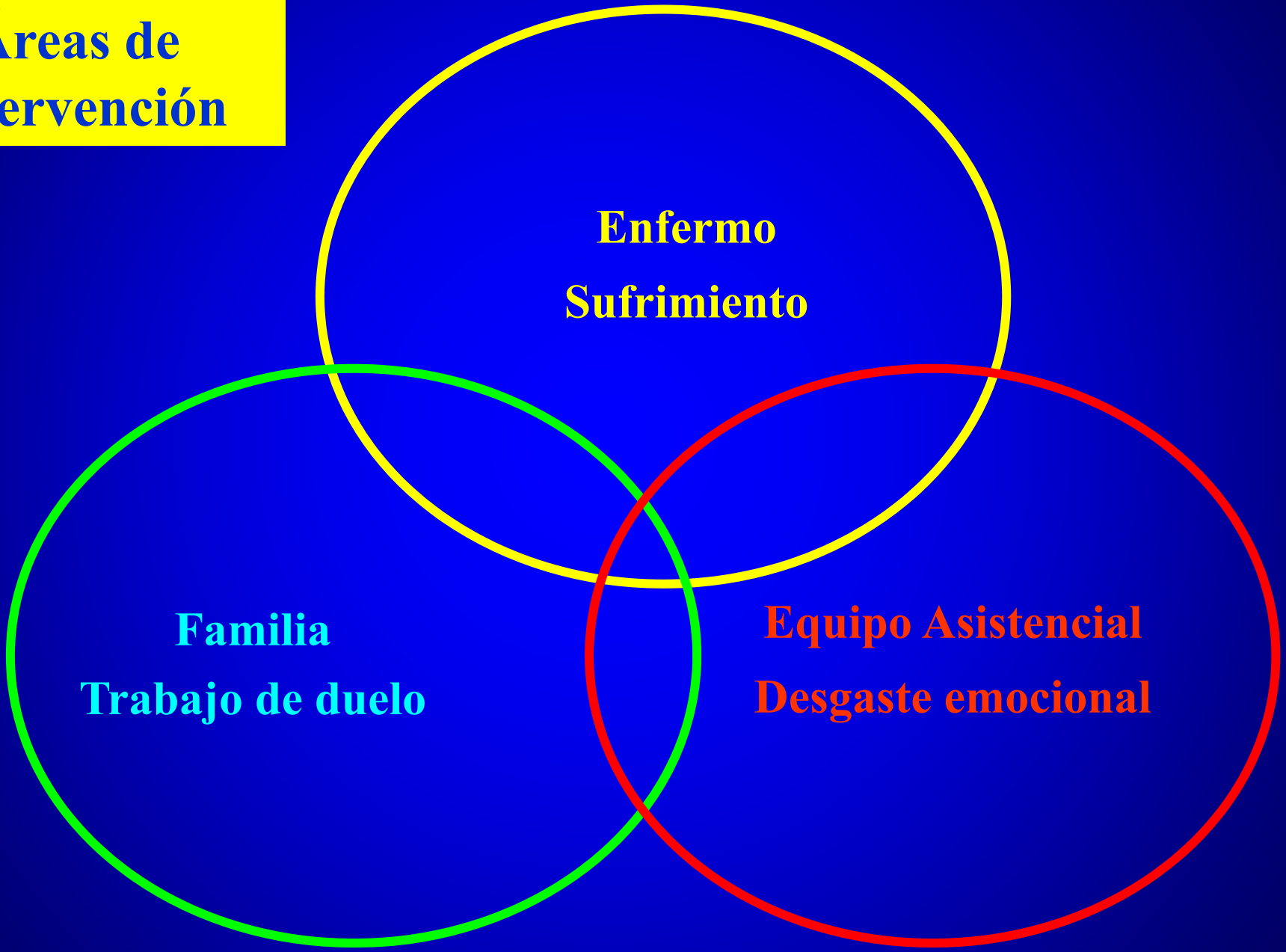
Compensar, eliminar o atenuar dichos problemas.

Descubrir y potenciar los propios recursos del enfermo, con el fin de disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia e incrementar su percepción de control sobre la situación.

Identificar estados de ánimo ansioso/depresivos para modificarlos o compensarlos evitando su cronificación.

Aumentar la gama de satisfacciones, que ayuden a vivir con intensidad el cada día, para distanciar las amenazas futuras**.**

Áreas de Intervención



Objetivos generales de la Intervención Psicosocial

Respecto al enfermo terminal

- **Reducir la soledad y el aislamiento del paciente.**
- **Aumentar su control sobre el entorno y su autonomía.**
- **Reducir la percepción de amenaza y el M.E asociado.**
- **Aumentar la autoestima.**
- **Disminuir la ansiedad y depresión.**
- **Control de síntomas.**

Respecto a la familia

- **Soporte emocional.**
- **Elaboración del duelo anticipado.**
- **Información de recursos sobre ayuda psicológica.**

Respecto del personal sanitario

- **Ayudar en la identificación de las propias reacciones emocionales frente a la situación.**
- **Formación para la detección de las necesidades emocionales del paciente.**

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A RECURSOS ESPECIALIZADOS

Complejidad

Conjunto de características emergentes del caso, evaluadas desde una visión multidimensional, que en su particular interacción confiere:

- una especial dificultad en la toma de decisiones,
- una incertidumbre en el resultado de la intervención terapéutica
- una consiguiente necesidad de intensificar la intervención sanitaria especializada

Codorniú y Tuca. ICO

CRITERIOS Y NIVELES DE COMPLEJIDAD PSICOEMOCIONAL EN LA ATENCIÓ COMUNITARIA Y HOSPITALARIA

1) Personalidad y aspectos relacionados

Baja complejidad

- Ausencia de antecedentes o de riesgo de patología psiquiátrica activa.
- No indicios de probable trastorno de personalidad.

Complejidad media

- Antecedentes o riesgo de patologia psiquiátrica activa.
- Rasgos de sospecha de trastorno de personalidad

Alta complejidad

- Patologia psiquiátrica activa.
- Trastorno de personalidad evidente.
- Psicosi reactiva.

Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida. Pla Director Sociosanitari . Generalitat de Catalunya

CRITERIOS Y NIVELES DE COMPLEJIDAD PSICOEMOCIONAL EN LA ATENCIÓ COMUNITARIA Y HOSPITALARIA

2) Impacto emocional

Baja complejidad

- Presencia de factores de riesgo de sufrimiento vital por dolor emocional.
- Mecanismos de afrontamiento emocional adaptativos.

Complejidad moderada

- Mecanismos de afrontamiento emocional desadaptativos.
- Persistencia de sufrimiento vital a pesar de la intervención básica.

Alta complejidad

- Sufrimiento o dolor emocional grave (desesperanza).

Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida. Pla Director Sociosanitari . Generalitat de Catalunya

CRITERIOS Y NIVELES DE COMPLEJIDAD SOCIOFAMILIAR EN EL AMBITO COMUNITARIO

Baja complejidad

- Ausencia de riesgo o bajo riesgo de sobrecarga/claudicación del cuidador independientemente de la presencia o no de otros factores de riego asociados.
- Presencia puntual de riesgo de claudicación/sobrecarga del cuidador (no mantenida en el tiempo).
- Cobertura aceptable de las necesidades del paciente (cumplimiento aceptable de la tarea de cuidar).

Complejidad moderada

- Riesgo persistente de claudicación/sobrecarga del cuidador.
- Riesgo de bloqueo en la tarea de cuidar.
- Indicadores. Se considera la presencia de los factores seguientes:
    - Síntomas o respuestas emocionales de alto riesgo o complejos en el cuidador
    - Alto riesgo de desestabilización personal de su fragilidad de base
    - Deficiencias en la cobertura de necesidades del paciente
    - Incumplimiento terapéutico

Alta complejidad

- Ausencia de cuidador en contexto de paciente dependiente para las ABVD.
- Bloqueo afectivo en la tarea de cuidar.
- Rasgos o sospecha franca de negligencia o maltrato

Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida. Pla Director Sociosanitari. Generalitat de Catalunya

CRITERIOS Y NIVELES DE COMPLEJIDAD SOCIAL EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Unidad de cuidados paliativos en hospital de agudos; Unidad Sociosanitaria; UFISS

Relacionados con rasgos del paciente

- Presencia de hábitos tóxicos (alcohol, drogadicción)
- Patologia psiquiátrica o trastorno de conducta
- Disminución psíquica o retardo mental
- Paciente en règimen laboral de autónomo y único proveedor de ingresos en la unidad familiar
- Progenitor enfermo con hijos dependientes en el contexto de família monoparental
- Paciente niño o adolescente
- Indigente
- Immigrante en situación no regulada

Relacionados con el cuidador

- Persona enferma sin cuidador ni referente y con dependencia para las ABVD
- Presencia de desafección o rechazo por parted el cuidador o família
- Cuidador en situación de imposición externa de la tarea de cuidar
- Paciente ingresado por maltrato o proveniente de domiciliod e alto riesgo potencial

Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida. Pla Director Sociosanitari . Generalitat de Catalunya

CRITERIOS Y NIVELES DE COMPLEJIDAD ESPIRITUAL EN EL AMBITO COMUNITARIO Y HOSPITALARIO

Baja complejidad

- Ausencia de indicadores de dolor espiritual a pesar de poder expresarlos.
- Presencia de indicadores de dolor espiritual en pacientes con un sistema de valores i creencias bien estructurados
- El mismo caso y, además, con grupo de soporte externo con los mismos valores y/o creencias.

Complejidad moderada

-Persistencia de indicadores de dolor espiritual a pesar de la intervención básica.
- Riesgo de cambio de los sentimientos hacia criterios de dolor espiritual grave.

Alta complejidad

- Criterios de dolor espiritual grave.
- La presencia de dolor espiritual grave puede requerir ingreso hospitalario.

Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida. Pla Director Sociosanitari . Generalitat de Catalunya

EAPS PENEDÉS GARRAF

Institución promotora

Obra Social Fundació "la Caixa"

Dirección Científica

ICO Institut Català d'Oncologia

Institución Gestora

CONSORCI SANITARI garraf

Programa de desarrollo profesional

Equipo psicosocial de alta especialización

EAPS Penedès - Garraf

SOCIOSANITARI SANT CAMIL

UCP SANT CAMIL

PADES GARRAF

UCP R. FORTUNY

PADES VFCA.

UFISS VFCA

PADES VENDRELL

Atención primaria

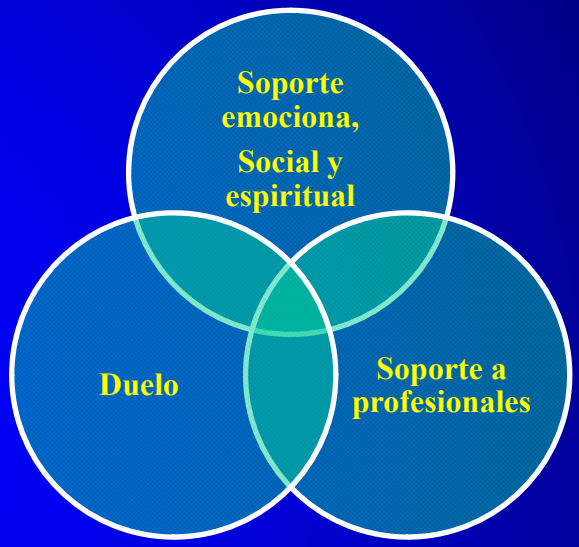
Equipos Receptores

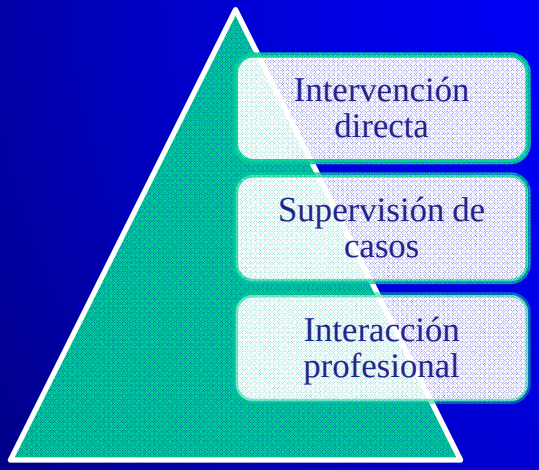
Pacientes

Familia

Modelo de organización

- Áreas:
  - ✓ Soporte emocional, social y espiritual enfermos y familias
  - ✓ Atención del duelo
  - ✓ Soporte de los profesionales



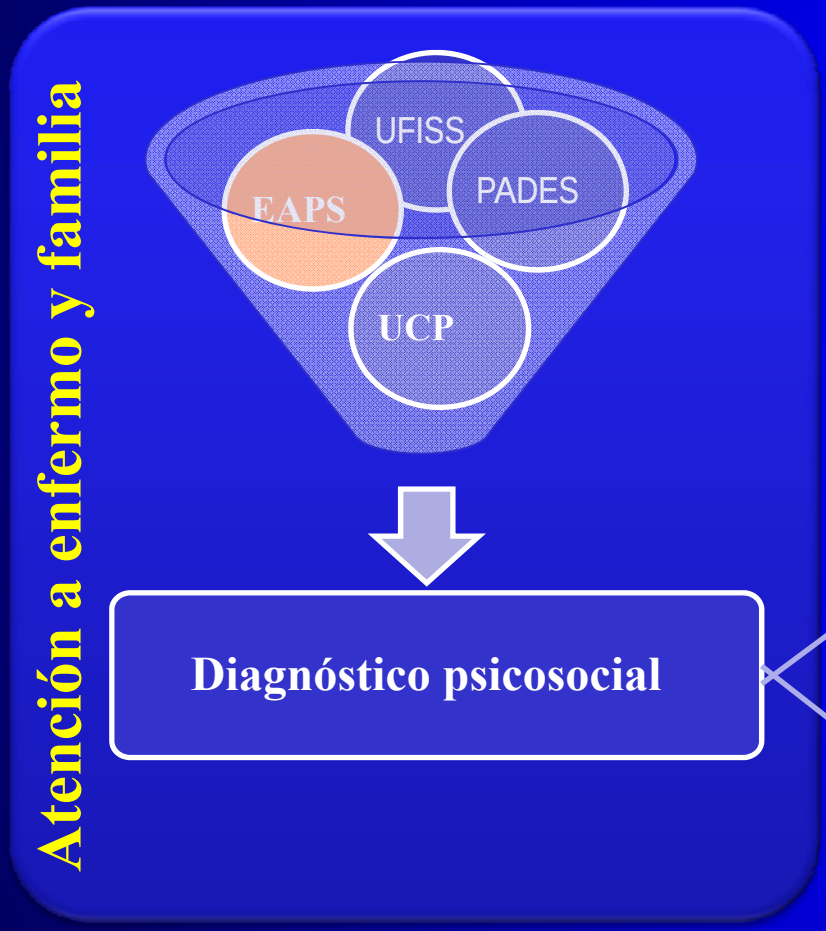


- Niveles (complejidad):
  - ✓ I : Interacción equipos
  - ✓ II : Discusión formal y supervisión de casos
  - ✓ III: Atención directa

Modelo de organización

Áreas	Enfermo/familia	Duelo	Equipos
Nivel I Intervención indirecta	- Registro de posibles casos complejos	- Discusión de casos	- Análisis de situación - Elaboración programa de soporte. - Ofrecimiento y negociación de propuesta programa de soporte.
Nivel II Intervención indirecta	- Valoración de síntomas y dificultades. - Comprensión conjunta situación. - Asesoramiento específico. - Prevención y detección duelo complicado.	- *Screening* a los familiares para establecer necesidades. - Pautas para duelo saludable. - Valoración de riesgo de duelo complicado.	- Desarrollo del programa acordado.
Nivel III Intervención directa	- Atención individual y familiar psico-socio-espiritual	Atención individual: - Orientación - Seguimiento - Psicoterapia	- Análisis y resolución de casos complejos (actuación sobre niveles: organizacional, sistema interpersonal, individuo)

Modelo de circuito de atención conjunta en CCPP



Evaluación

- Buen ajuste adaptación familiar
- Situación de complejidad

Tipo de intervención

- Intervención paliativa estándar
- Intervención indirecta EAPS
- Intervención directa EAPS

¿Qué se espera del EAPS?

Prevenir y aliviar sufrimiento ***evitable***

Acompañar el sufrimiento ***inevitable***

Muchas gracias

Silvia Viel

silviaviel@hotmail.com