

Lic. Rosa Araujo Álvarez

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y revisado cada una de las partes que contiene la tesis denominada “TRASTORNOS EMOCIONALES EN PACIENTES TERMINALES QUE PRESENTAN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA JUNIO - NOVIEMBRE 2011” de autoría de Viviana Lucía Sarmiento Sotomayor Egresada de la Carrera de Enfermería, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, por lo que autorizó la presentación de la misma, para los fines pertinentes.

Loja 16 de Noviembre del 2011.

Lic. Rosa Araujo Álvarez

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

El presente trabajo es de absoluta responsabilidad de la Autora.

Srta. Viviana Lucía Sarmiento Sotomayor

EGRESADA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

AGRADECIMIENTO

Primeramente el que hace posible vivir y realizar nuestras metas y sueños es Dios, por lo que le agradezco, por darme la vida y hacer posible todos los logros alcanzados; también agradezco a mis Padres, en especial a mi madre que me ha apoyado incondicionalmente, agradezco también a mi Novio y Amigo quien nunca ha dejado que me dé por vencida ante las adversidades y me ha apoyado siempre para seguir triunfando; a mi Directora de Tesis guía importante y ante todo una gran amiga y por ultimo pero no menos importante a las docentes que me han impulsado a mejorar cada día, para ser una mejor persona y profesional.

Viviana Sarmiento

Esquema de contenidos	Pag.
• CERTIFICACIÓN.....	1
• AUTORIA.....	2
• AGRADECIMIENTO.....	3
• INDICE.....	4
• TEMA.....	5
• RESUMEN.....	7
• SUMMARY.....	9
• INTRODUCCIÓN.....	11
• MARCO TEÓRICO.....	15
• METODOLOGÍA.....	40
• ANÁLISIS DE DATOS.....	43
• DISCUSIÓN.....	49
• CONCLUSIONES.....	51
• RECOMENDACIONES.....	52
• GUÍA DE MANEJO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES.....	53
• REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	56
• ANEXOS.....	59

TEMA

**TRASTORNOS EMOCIONALES EN PACIENTES TERMINALES QUE
PRESENTAN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO
AYORA, JUNIO - NOVIEMBRE 2011**

RESUMEN

La medicina aunque tiene como objetivo la preservación de la vida, muchas veces es vencida por la naturaleza que dictamina el final de la existencia, y que, a pesar de todos los esfuerzos que se realicen en determinado momento no es infalible, aún con la más desarrollada tecnología y ciencia que hace que la raza humana perdure más años; razón que motivó a realizar la presente investigación denominada: TRASTORNOS EMOCIONALES EN PACIENTES TERMINALES QUE PRESENTAN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA JUNIO - NOVIEMBRE 2011.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, el mismo que comprende situaciones, y hechos que ocurren en condiciones naturales, y que son diseñados para describir; a la vez es de tipo transversal por que tienden a medir la prevalencia de la exposición y del efecto de una muestra poblacional en un momento temporal y para detectar la presencia de trastornos de ansiedad y depresión se aplicó un Test de Goldberg el cual presenta una sensibilidad del 83,1% y una especificidad del 81,8%, está diseñada para que la administre el profesional de enfermería lo aplique en una entrevista sencilla y breve.

Luego de aplicar el test se han obtenido los siguientes resultados: que los trastornos emocionales son depresión y ansiedad; en los resultados del test aplicado se concluye que el menor porcentaje de los pacientes presenta depresión tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino; el mayor porcentaje de pacientes presentan ansiedad tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino, debido a que estos tienen que dejar a su familia desamparada en muchos casos, o la tristeza de dejarlos definitivamente. Además se construyó una guía para tratar de mejor manera a los pacientes terminales, misma que fue entregada en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora.

SUMMARY

Although medicine has the mission to persevere lives, many times it is defeated by nature which dictates the end of the existence, and despite all the efforts made in given time is not infallible, even with the most developed technology and science that makes the human race endure more years; reason to make the present investigation named: EMOTIONAL DISORDERS IN TERMINAL PATIENTS WHO PRESENT CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY ATTENDED IN THE HEMODIALYSIS SERVICE OF THE REGIONAL HOSPITAL "ISIDRO AYORA" JUNE - NOVEMBER, 2011.

A study was conducted of a descriptive type, the same one that comprises situations, and facts that happen in natural conditions, and those are designed to describe at the same time it is transverse that they tend to measure the prevalence of exposure and the effect of a population sample in a temporary moment and to detect the presence of anxiety disorders and depression was applied a Test of Goldberg, is designed to be manage by the infirmary professional and applies it in a simple and brief interview.

After applying the test the following results have been obtained: emotional disorders are depression and anxiety; the results of the applied test concludes that the lowest percentage of patients presents depression both masculine sex and in the feminine sex; the biggest percentage of patients

presents anxiety both in the masculine sex and in the feminine sex, too. Because they have to leave their family helpless in many cases, or the sadness of leaving them definitely. Also a guide was built to treat the terminal patients in a better way, the same that was delivered in the hemodialysis service of the Regional Hospital "Isidro Ayora".

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se basa en la importancia de los trastornos emocionales en el estado general del paciente, razón por la que se debe tratar esta temática a nivel biológico y psicológico.

Por definición, los trastornos emocionales son enfermedades que afectan la manera en que uno piensa y se siente; los síntomas pueden ser muy severos y en la mayoría de los casos no desaparecen por sí solos.

En cuanto a las causas de los trastornos emocionales, no se las conoce exactamente, aunque se sabe que son hereditarios. Los cambios en los niveles de ciertas sustancias químicas en el cerebro también pueden desempeñar un papel importante. Estos trastornos afectan tanto a los hombres como a las mujeres de cualquier edad, raza y nivel económico.

Existen numerosas evidencias que demuestran cómo las situaciones estresantes influyen en el sistema nervioso y pueden llevar a una supresión de la función inmune. Un ejemplo clave es el poderoso impacto de las hormonas que se liberan con el estrés. Mientras estas hormonas aumentan en todo el organismo, la función de las células inmunológicas se ve obstaculizada, así el estrés anula la resistencia inmunológica, al menos de una forma pasajera, pero si es constante e intenso, esta anulación puede volverse duradera.

“Cuando la ansiedad ayuda a la preparación para enfrentarnos a alguna situación importante, esta es positiva; pero en la vida moderna es frecuente que la ansiedad sea desproporcionada y se relacione con niveles elevados de estrés. Pruebas evidentes del impacto de la ansiedad sobre la salud han surgido de estudios en enfermedades infecciosas, como resfríos, gripes y herpes, donde la resistencia inmunológica de la persona se debilita, permitiendo la entrada del virus y el inicio de la enfermedad.” (1)

Por otra parte, se reconoce el papel que juega la depresión, sobre todo en el empeoramiento de una enfermedad como la insuficiencia renal crónica, una vez que esta ha comenzado. Parece tener un riesgo especialmente grave, para los pacientes supervivientes de ataques cardíacos, complica la recuperación de intervenciones quirúrgicas y aumenta el riesgo de muerte en personas con trasplantes y enfermedades terminales.

Es decir que el médico “encargado del mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y sus familias a través de la prevención y alivio del sufrimiento”, como lo define la OMS (2007), deberá considerarse en todos los ámbitos sociales y médicos.

El equipo de salud, constituye una pieza clave en esta labor, tanto en el ámbito de la investigación como en el de la intervención. La acción psicológica se justifica, evidentemente, por su necesidad.

Ese acto sublime de “cuidar, sin curar” o cuidado paliativo, “será una necesidad básica esencial en los próximos diez años, para millones de personas en el mundo”, señala la Organización Mundial de la Salud (OMS 2007).

Por tal razón y por la importancia en la salud el problema es ¿Presentan los trastornos emocionales depresión y ansiedad los pacientes terminales con Insuficiencia Renal Crónica del área de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora – Loja.?

Generalmente no estamos preparados, ni como profesionales, ni como personas, para afrontar la muerte; sin embargo, la enfermera no debe nunca desatenderse de la asistencia al enfermo terminal, así como tampoco debe hacerlo la familia. Corresponde al profesional de la Salud investigar y elaborar recomendaciones científicamente fundamentadas, que permitan lograr adecuadas estrategias de afrontamiento a la muerte en tres direcciones:

- La manera como el equipo de salud afronta la muerte del paciente terminal.
- Las resistencias de los familiares.
- La manera como el paciente afronta su propia muerte.

Razón por la que se realizó la presente investigación denominada: TRASTORNOS EMOCIONALES EN PACIENTES TERMINALES QUE PRESENTAN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA JUNIO - NOVIEMBRE 2011, Para aportar al conocimiento de la realidad que viven estos pacientes día a día y en la que podremos intervenir activamente para alcanzar una muerte digna.

Los objetivos que se propusieron en el proyecto fueron: Determinar los trastornos emocionales en pacientes de Insuficiencia Renal Crónica que se atiende en Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora – Loja; identificar la depresión y la ansiedad presente en los pacientes; y, diseñar una guía de prevención para los trastornos emocionales en los pacientes del área de estudio.

MARCO

TEÓRICO

CAPITULO I

PACIENTE TERMINAL

“En este contexto es importante pensar en el abordaje del paciente terminal que como equipo de salud debemos enfrentar, es por eso que considero que parte de la medicina debería enfocarse en entender este proceso, que aunque contrario a nuestro fin de salvar vidas también hace parte de ellas.”(2)

COMO PROPORCIONAR LA INFORMACION DELICADA

Son momentos que se requiere mucho autocontrol y mostrar un genuino interés para escuchar al paciente ¿decir o no decir? Si la persona es esperanzadora y es capaz de proporcionarle apoyo, se puede ser honrado sin destruir los mecanismos de adaptación del enfermo. ¿Cómo hacerlo? Se preguntará al paciente lo que le gustaría conocer de su enfermedad y se le responderá en términos que pueda comprender, si bien tienen derecho a conocer, no todos tienen que saberlo todo.

CHARLES- EDWARDS Y RENIER señalan tres principios que pueden ser de ayuda en estos momentos tan decisivos:

- ♥ Escuchar bien

- ♥ Nunca mentir a un paciente

♥ No retirar nunca una esperanza a la que el paciente se aferre.

FASES DE ADAPTACION A LA ENFERMEDAD TERMINAL

“El proceso de adaptación puede empezar en cualquier tiempo y aparecer ya en una etapa temprana cuando se descubre por ejemplo un “bulto” en el pecho, o surgir cuando el deterioro final hace este conocimiento inevitable. Así llega un momento en el que el paciente presiente el advenimiento de la muerte, y es cuando procura generalmente hacer algunas preguntas al médico para conocer la verdad y compartir con él algunas de sus preocupaciones sobre el diagnóstico y pronóstico del mal que padece. A través de ellas quiere manifestar sus sospechas, ya que se ha dado cuenta de la gravedad por el tiempo transcurrido y la evolución.” (3)

El enfermo una vez que sabe lo que tiene, cambia su foco de atención, buscando formas para ayudar a su familia a aceptar el proceso y dejar en mejor situación a su mujer/marido como a sus hijos. Esta información les puede ser muy útil para aprovechar el tiempo que le queda para ajustarse a la nueva situación. Si bien es cierto que los enfermos quieren vivir tanto como sea posible, otros consideran este tiempo muy corto y consideran bienvenida a la muerte.

Las observaciones de diferentes autores como las de la doctora KUBLER-ROSS han permitido establecer un esquema evolutivo de la adaptación al

Proceso Terminal, basado en los mecanismos de reacción o defensa que entran en funcionamiento durante una enfermedad mortal. Los pacientes parecen atravesar generalmente una serie predecible de etapas emocionales clásicas a veces difíciles de distinguir, que varían individualmente en duración e intensidad:

“Negación y aislamiento. El rechazo sirve de tapón tras un choque inesperado, como es un diagnóstico terminal y proporciona tiempo para recogerse y movilizarse de nuevo. Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial del hecho.

La conducta más adecuada es la de no confrontar, ni reforzar la negación, nos comunicaremos por medio de preguntas abiertas. Podemos decirle que cuando esté dispuesto para hablar de ello, nos lo comunique.

Ira y furor. Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento”. (3)

“Durante este periodo se convierte en un paciente difícil, quejumbroso y exigente, que descarga su cólera sobre los que le rodean. Los demás tendemos a tomar estos insultos como ofensas personales y a evitar aún más a tales enfermos. El paciente se pregunta. ¿Por qué a mí? No solo él, también sus familiares.

Es importante nuestra tolerancia ante la indignación racional o irracional del paciente y nuestra capacidad de escucha. Dejando que estos enfermos desahoguen su ira, poco a poco se vuelven más exigentes, más amables y con frecuencia requieren menos medicación”. (3)

Negociación o pacto. Es una etapa pasajera durante la cual el paciente parece estar en paz, pero en realidad está desarrollando toda una serie de contactos que se dirigen hacia lo sobre humano, curanderos, promesas, milagros, etc. El significado psicológico de la negociación consiste en que el paciente tiene el valor de mirar de frente a lo que le acontece y pide que se le alargue la vida para poner sus cosas en orden, para concluir asuntos pendientes. Moviliza recursos internos para tener fuerzas en el final del viaje.

Depresión. Indica la lucha con el sentido de una gran pérdida. Es una parte esencial y beneficiosa de la preparación para aceptar la muerte inevitable. Depende de la discrepancia entre los deseos del paciente, la preparación para la muerte y las expectativas de quienes están en el entorno del enfermo.

La depresión primero es activa: lamenta pérdidas pasadas (Pérdida de un pecho, incapacidad para los quehaceres cotidianos, etc.). Una persona comprensiva no tendrá ninguna dificultad para descubrir la causa de la

depresión y aliviar algo el sentimiento de culpabilidad o vergüenza excesivas que a menudo acompaña a la depresión.

El segundo tipo de depresión no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa pérdidas inminentes. Se caracteriza por un pesar silencioso y preparatorio del duelo, ya no intenta ser sociable en absoluto, y llora las pérdidas futuras. “Es una etapa difícil para los profesionales y los familiares; no debemos estimular al paciente a que mire el lado alegre de las cosas porque eso significaría que no debería pensar en su muerte inminente, será absurdo decirle que no esté triste, ya que todos nosotros estamos tremendamente tristes. Una forma de ayudar a estos pacientes es diciéndoles implícitamente o explícitamente que pueden llorar por la pérdida. Solo los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades serán capaces de morir en una fase de aceptación y de paz”. (4)

Aceptación o Etapa de ansiedad: Se produce una vez que ha pasado por los anteriores estadios. El paciente, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará. La aceptación o ansiedad se describe como la capacidad para contemplar la llegada de la muerte con un cierto grado de expectativa y ansiedad. Debido a la fatiga y a la debilidad el paciente, tiene periodos progresivos de sueño, comienza a comunicarse más de forma no verbal que verbal, puede entrar en coma, hay pocas emociones y quiere descansar. Siente paz y que su vida se ha acabado.

Tristemente algunos pacientes nunca alcanzan una etapa de paz total, sino que más bien terminan enfadados, negativistas y luchando hasta su muerte. Son aquellos que no han sido capaces de superar las fases anteriores por falta de apoyo o por haber negado o evitado todas las experiencias dolorosas en sus vidas. Algunos se vuelven cada vez más molestos, haciendo la vida intolerable a sus familiares y aquellos que los cuida, por lo que requieren sedación.

“Una muerte digna según LEON J. KASS no consiste solo en la ausencia de tribulaciones externas. La dignidad frente a la muerte no viene conferida desde el exterior sino que requiere una grandeza de ánimo que proviene de la persona misma que la afronta”. (4)

CAPITULO II

“ENFERMEDAD TERMINAL Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La fase terminal de la vida se inicia cuando el médico juzga que las condiciones del paciente han empeorado hasta tal punto que ya no es posible ni detener ni invertir el curso de la enfermedad; es cuando el tratamiento se hace básicamente paliativo y se concentra en la reducción del dolor. En tales condiciones surge un sin número de dilemas controversiales, cuya resolución afectan de modo considerable tanto al enfermo y sus familiares como al médico”. (5)

De vida y muerte

La OMS define el estado de salud como "el completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad"

Estar 'sano' quiere decir sentirse bien y asumir conductas protectoras del estado de salud actual para evitar enfermarse. Estar 'enfermo' significa ausencia de salud, expresable en términos de: (a) signos objetivos que indican que el cuerpo no está funcionando bien (presión arterial alta, por ejemplo) y (b) signos subjetivos de daño físico (dolor, náuseas, insomnio, etc.).

En cualquier caso, la proposición formal es que 'salud' y 'enfermedad' en realidad son un continuum en uno de cuyos lados se sitúa la muerte y en el otro el bienestar (Bradley 1993). De alguna manera, todos somos casos terminales y, al mismo tiempo, siempre que tengamos un aliento de vida, todos somos saludables. Resulta entonces obvio que la gradación del continuum dependerá de nuestra exposición a microorganismos dañinos y procesos destructivos, por un lado, y por el otro, dependerá de las medidas preventivas que asumamos, de la resistencia a la enfermedad y las mejoras en la higiene personal, la dieta, el ejercicio o las innovaciones sanitarias.

“Una gran parte de nosotros somos personas sanas al nacer, pero nos enfermamos como resultado de una ‘mala’ conducta propiciatoria de desórdenes de toda clase o de condiciones de tipo ambiental que son deficitarias. La mayoría de las enfermedades que sufrimos es el producto directo de un ‘estilo’ de vida equivocado. Todos los días se nos advierte que estamos siendo sometidos a dietas alimenticias no del todo confiables, pero las personas insisten en preferir alimentos que de ningún modo las hacen más saludables”. (5)

El sodio es uno de los elementos de la dieta que afecta directamente la presión arterial y los niveles de reactividad en situaciones estresantes, pero su consumo desequilibrado parece ser la norma. Con la cafeína ocurre lo mismo, pero la gente no abandona las bebidas como el café, el té o la coca

cola. Este tipo de decisiones son precisamente las que hacen que el sistema médico-asistencial luzca predominantemente orientado hacia un gasto mucho mayor en curar la enfermedad que en prevenirla.

“Los especialistas deben preocuparse en buscar explicaciones sobre la conexión existente entre factores de personalidad y enfermedad, además de estudiar los procesos fisiológicos y perceptivos que expliquen disfunciones visuales, auditivas o cognitivas”. (6)

Intervenir abiertamente en el mejoramiento de los sistemas de cuidados médicos y las políticas sanitarias mediante la evaluación de las funciones hospitalarias típicas, el personal médico y de enfermería y los costos médicos. Se puede contribuir directamente en tal sentido sugiriendo nuevas formas de lograr una mejor aproximación (más sensible y responsable) hacia el paciente y ofreciendo alternativas válidas para que la atención médica preventiva pueda generalizarse.

“La perspectiva psicológica resulta más compleja, pues incluye procesos cognitivos (percepción, aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, etc.), procesos emocionales (contenidos emocionales positivos como la alegría y el afecto y contenidos emocionales negativos como la rabia, la tristeza y el miedo) y procesos motivacionales (modelos personales de conducta que tienen que ver con la forma como la gente se aferra a

programas que tienden al logro de mejores niveles de bienestar). La perspectiva social, en un nivel muy amplio, incluye las distintas formas en que la sociedad afecta la salud de los individuos, el modo como la comunidad promueve o rechaza conductas asociadas a la salud, y la forma como en la familia son promovidas actitudes, creencias y valores que tienen que ver con lo mismo”. (7)

“Por otra parte, la gente que experimenta altos niveles de estrés suele emplear repertorios conductuales que suponen un riesgo mayor de enfermedades, como aumentar el consumo de alcohol, cigarrillos y café. La respuesta ante el estrés incluye aumentos en la presión arterial y otros cambios fisiológicos que inducen a una mayor reactividad del sistema cardiovascular y genera la posibilidad de sufrir un ataque cardíaco o empeorar una condición ya existente”. (8)

Enfermedad y muerte

Una vez que la gente sabe que padece una enfermedad (y muy especialmente si la enfermedad es crónica) se produce una serie de cambios que afectan la percepción de sí mismos y de sus vidas. Eso significa alteración en sus planes a corto y largo plazo, que suelen evaporarse a partir del diagnóstico. La razón es bastante simple: ser una persona sana, bien capacitada y dueña de una psiquis normal es esencial en la construcción y

evaluación de la autoimagen. Lo contrario representa un choque muy serio que no solamente inhabilita sino que también amenaza la visión normal que tenemos de sí mismo y nos hace sumamente vulnerables.

“De modo que ajustarnos a una enfermedad que potencialmente nos amenaza con la muerte, en realidad es un proceso que, encima de que nos incapacita, también nos llena de incertidumbre y requiere de nosotros enormes esfuerzos de adaptación” (Cohen y Lazarus 1979).

“El proceso de ajuste también va a depender de las características de la enfermedad, algunas de las cuales generan cambios en el aspecto y el funcionamiento corporal que resultan vergonzosos. Hay enfermos que deben usar ayudas exteriores muy visibles para la excreción fecal o urinaria y ello crea exageradas impresiones sobre el impacto social que tales ayudas producen. Suelen también ocurrir desajustes debidos a las restricciones que la enfermedad impone, a causa del temor desencadenado por los procedimientos médicos aplicados o las consecuencias a largo plazo del tratamiento que se sigue o, también, por efecto de la separación de la familia”. (9)

Es obvio que la aproximación del desenlace final no se experimenta hoy del mismo modo que en tiempos anteriores. La idea de la muerte ciertamente ha cambiado y ha cambiado también el modo de morir. Hace unas cuantas

décadas, cuando el enfermo sabía que se aproximaba el final, se le veía en su casa generalmente rodeado de sus familiares, más interesados los unos en asuntos 'prácticos' como el reparto de los bienes, y los otros a la espera de los últimos consejos, pero todos convencidos de que nada o muy poco podía hacerse.

La visita de un sacerdote acompañado de un monaguillo era algo inevitable, y el acto de la extrema unción de algún modo indicaba que el asunto había pasado a las manos de Dios. El impacto emocional de semejante acto sobre el enfermo y sobre la familia simplemente sugería la presencia explícita de la muerte. Y con ella, la resignación.

“Actualmente y habida cuenta de los grandes avances de la medicina, cuadros etiológicos que antes terminaban en la muerte ahora son controlables, y los enfermos considerados graves suelen vivir (en realidad agonizando) períodos de tiempo más prolongados. Este encarnizamiento terapéutico también ha logrado producir agonías muy prolongadas”. (10)

Todo esto sugiere, por un lado, que enfrentar enfermedades irreversibles en pacientes terminales puede ser un ordenado proceso asignable a la tecnología médica para tratar de extender la duración del sufrimiento y, por el otro, que la resignación de antaño está siendo sustituida por la esperanza, que siempre será por la curación total y por una vida más larga,

especialmente si el enfermo terminal es una persona joven. Pensar sobre una persona que agoniza, típicamente produce sentimientos de tristeza, pero, por sobre todo, los sentimientos suelen ser de admiración por el trabajo que los médicos realizan para mantenerla respirando.

Un dilema tras otro

“Todo enfermo terminal tiene necesidades de naturaleza física, psicológica y religiosa que deben ser atendidas. En el plano puramente psicológico requiere seguridad (necesita confiar en la gente que lo cuida y tener la certeza de que no será abandonado a su suerte); pertenencia (necesita ser querido y aceptado además de comprendido y acompañado hasta el final); consideración (quiere que se le reconozca, que sus necesidades sean bien estimadas, que le sea ofrecida toda la ayuda necesaria y que pueda tener a alguien a quien confiarle sus temores o sus preocupaciones).

Puede decirse que la fase terminal se inicia cuando el médico juzga que las condiciones del enfermo han empeorado y que no hay alternativas de tratamiento disponible para invertir o para detener el camino hacia la muerte. Es cuando suele también iniciarse un tratamiento de tipo paliativo, generalmente encaminado a reducir el dolor y la incomodidad, pero que no debe entenderse como dirigido a resolver definitivamente la situación actual

de la persona enferma. A partir de aquí comienzan a plantearse situaciones estresantes para el enfermo, que invaden también a la familia”. (11)

Normalmente, en tales situaciones las decisiones que deben tomarse resultan ser todas muy difíciles. Es bastante seguro que el médico enfrente una serie de reclamos procedentes de distintas vías que le harán sentir la sensación de fracaso y que, irremediamente, le llevarán a distanciarse psicológicamente del enfermo terminal.

“Frente al enfermo que luce agonizante siempre surge el temor de hacer o no hacer algunas cosas. Nada puede ya garantizarse. Lo normal es que se tienda a aislar al individuo precisamente cuando más compañía y ayuda necesita. El dilema es decidir dónde morirá el enfermo. Hay quienes resuelven prodigar atención en el seno de la familia, cuestión que suele convertirse en una experiencia realmente avasallante.

Pero la verdad es que, con algunas variaciones entre distintos países, la mayoría de las personas muere en hospitales, lo cual parece ser una buena alternativa, debido a que es allí donde está la mejor experiencia para ofrecer el apoyo y los servicios que el enfermo terminal requiere. Básicamente ello supone el ofrecimiento de una mejor ‘calidad de vida’, más enriquecida, mediante la prestación de cuidados generalmente dirigidos a reducir la

incomodidad y el dolor, pero que también puedan cubrir las áreas psicosocial y espiritual". (12)

Cuando se decide que el enfermo deberá quedarse en el ambiente hospitalario, conviene considerar, además, que este solo hecho añadirá algunos aspectos negativos a la experiencia que sufre la persona. Por un lado, la hospitalización interrumpe de manera drástica el estilo de vida individual y, por el otro, supone un alto grado de dependencia de muchos otros que suelen ser desconocidos. Seguramente que los aspectos desagradables se inician cuando se pregunta si el enfermo o la familia pueden pagar los costos de la atención que va a ofrecerse.

“Lo verdaderamente preocupante es que a pesar de que ese tipo de manejo institucional del paciente ha sido reconocido durante años como inapropiado, los esquemas de funcionamiento de los hospitales parecen no haber sufrido alteración ninguna, igual que tampoco parecen haber ocurrido cambios relevantes en la formación académica profesional”. (13)

La soberbia que produce la eficacia de las nuevas tecnologías ha hecho olvidar aspectos fundamentales en el tratamiento del paciente crónico que debe estar basado en las anteriores premisas. El contacto físico, de importancia extraordinaria para el tratamiento o al menos para el consuelo de

los pacientes, se ha ido sustituyendo por técnicas sofisticadas conforme se ha ido deshumanizando la medicina por un cientifismo mal entendido.

El primer pilar, es la familia, y es claro que aquellos pacientes que tienen un ambiente familiar adecuado responden mejor a la terapéutica, su número de ingresos es menor y cumplen mejor las indicaciones terapéuticas ajustándose a la dieta y estableciendo unas relaciones óptimas con los profesionales que les cuidan. Pero no hay que olvidar que la enfermedad crónica sacude y desestabiliza el núcleo familiar, haciendo aflorar brutalmente los problemas y poniendo a prueba las relaciones de amor y equilibrio existentes antes de la enfermedad. La dificultad de planificación que supone la propia terapéutica de mantenimiento, la dificultad para hablar del mañana, la imposibilidad de improvisar van minando y deteriorando las relaciones de los núcleos familiares no sólidamente establecidos.

El segundo pilar básico del mantenimiento de un equilibrio en el paciente crónico va a ser la relación con los profesionales. Una corriente mutua de comunicación y conocimientos entre los médicos, los pacientes y la enfermería son necesarias para acercarnos a los objetivos propuestos. Si hay una especialidad en que es absolutamente evidente que la colaboración íntima y mutua entre médicos y enfermería es imprescindible para un tratamiento integral del paciente, es la Nefrología.

De unas relaciones profesionales y de mutuo respeto va a salir el clima adecuado para el establecimiento de la confianza absoluta del paciente en este binomio profesional dedicado a su cuidado. Unas relaciones interprofesionales fluidas, con confianza, llevarán a la receptividad y a la aceptación y crearán el ambiente necesario para ayudar al paciente a aceptar sus limitaciones, a hacer sus molestias más soportables. La situación contraria crea una situación de crispación y desconfianza que se transmite al paciente como una sensación de pesimismo que agrava su enfermedad, aumenta su tensión psíquica y desemboca en un aumento de ingresos hospitalarios y de demanda de técnicas diagnósticas y de medicación con frecuencia innecesaria y a veces peligrosa.

La familia, el hospital y el paciente son los pilares básicos sobre los que se asienta el sistema público de salud con respecto al paciente renal crónico.

El fomento de la esperanza en nuestros enfermos es el único camino para estimularles a seguir hacia el futuro, enseñándoles que esperar es pasar a la acción y no tumbarse al lado del camino esperando que otros solucionen nuestros problemas. Implicar, por tanto, a la familia en el soporte del enfermo crónico y establecer unas relaciones profesionales, científicas y de confianza entre médicos y enfermeras para llegar a comprender estos aspectos psicológicos, que hacen que para el enfermo merezca la pena vivir, son

aspectos cruciales que deben ser motivo de reflexión permanente para los profesionales y las autoridades sanitarias.

CAPITULO III

TRASTORNOS EMOCIONALES

“Por definición, los trastornos emocionales son enfermedades que afectan la manera en que uno piensa y se siente. Los síntomas pueden ser muy severos y en la mayoría de los casos no desaparecen por sí solos”. (14)

Los trastornos emocionales pueden ser ocasionados por factores biológicos (ya sean genéticos, neurológicos, etc.), ambientales o psicológicos. Por eso requieren de una atención multidisciplinaria que permita mejorar la calidad de vida de la persona.

“Aunque existen diversas categorías de trastornos emocionales, las principales hacen referencia a los trastornos neuróticos y los trastornos psicóticos. Los trastornos neuróticos afectan la percepción del sujeto sobre sí mismo y el nivel de aceptación del Yo. Sin embargo, no suponen una desconexión con la realidad ni un alejamiento importante de la vida social. Los trastornos psicóticos, en cambio, pueden incluir alucinaciones, delirios y una grave alteración afectiva y relacional. Por lo general, están determinados por factores orgánicos de importancia”. (15)

La depresión y la ansiedad en el enfermo terminal ocurren cuando los acuerdos no alteran el panorama y las promesas no funcionan.

Simultáneamente, el tiempo se acaba. El paciente suele remitirse entonces a una revisión de las cosas inconclusas del pasado y las que no van a realizarse en el futuro. La traducción de todo esto es la desesperanza y con ella surge la fase depresiva o el sentimiento de angustia que se interpreta como ansiedad.

Depresión

“La depresión es una enfermedad clínica severa que afecta al cerebro. Es más que sentirse "hundido" o "triste" por algunos días, esos sentimientos no desaparecen. Persisten e interfieren con la vida cotidiana.

Sentirse hundido, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado es una reacción normal a situaciones estresantes o tristes en la vida. La mayoría de las personas se sienten de esta manera una que otra vez durante períodos cortos. Algunos ejemplos que pueden llevar a sentirse de esta manera, pueden ser perder a alguien cercano, enfermarse, perder el trabajo, tener problemas de dinero”. (16)

La mayoría de las personas, pueden superar estos sentimientos de tristeza y hacerle frente a los problemas de una forma constructiva. Sin embargo, en algunas personas, los sentimientos de tristeza se vuelven abrumadores. Esta es una señal de depresión.

Los síntomas pueden incluir:

- ♥ Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- ♥ Cambio dramático en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- ♥ Fatiga y falta de energía.
- ♥ Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa inapropiada.
- ♥ Dificultad extrema para concentrarse.
- ♥ Agitación, inquietud e irritabilidad.
- ♥ Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- ♥ Sentimientos de desesperanza y abandono.
- ♥ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

“La baja autoestima es común con la depresión, al igual que los arrebatos repentinos de ira y falta de placer en actividades que normalmente hacen feliz a la persona, incluyendo la actividad sexual.” (16)

“Tipos de Depresión

Los tipos principales de depresión abarcan:

- ♥ Depresión grave: deben presentarse 5 o más síntomas de la lista de la entrada anterior, durante al menos dos semanas, aunque esta afección tiende a continuar por al menos 6 meses. (La depresión se clasifica como depresión menor si se presentan menos de 5 de estos síntomas durante al menos dos semanas). En otras palabras, la depresión menor es similar a la depresión mayor o grave, excepto que la primera sólo tiene de 2 a 4 síntomas).
- ♥ Depresión atípica: ocurre en aproximadamente un tercio de los pacientes con depresión. Los síntomas abarcan comer y dormir en exceso. Estos pacientes tienden a tener un sentimiento de estar oprimidos y reaccionan fuertemente al rechazo.
- ♥ Distimia: una forma de depresión más leve que dura hasta 2 años”. (17)

ANSIEDAD

Se han realizado muchas definiciones de ansiedad. Por citar alguna de eminentes autores diremos que el estado de ansiedad es una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo

y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo.

“Una característica importante de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria; lo cual quiere decir que la respuesta de ansiedad tiene la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo. Esto le confiere un valor funcional importante, ya que es de gran utilidad biológico-adaptativa. Sin embargo, a veces esta utilidad se convierte en desadaptativa cuando se anticipa un peligro irreal o desproporcionado, como ocurre en la ansiedad patológica. Por lo tanto la ansiedad puede ser una respuesta normal y necesaria que ayude al individuo, o por el contrario una respuesta nada adaptativa que le crea malestar.”. (18)

“Componentes de la ansiedad

Al igual que cualquier otra emoción, la ansiedad implica al menos tres componentes:

- ♥ **Subjetivo o cognitivo:** Es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna: miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones, etc.
- ♥ **Fisiológico o somático:** Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento del sistema nervioso autónomo que pueden

reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación de la pupila, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.) como internos (aceleración cardíaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc.)

♥ **Motor o conductual:** Son las conductas que hacen referencia fundamentalmente a las repuestas de escape (huida) y evitación, así como la expresión facial y movimientos o posturas corporales”. (19)

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo el mismo que comprende situaciones, y hechos que ocurren en condiciones naturales, y que son diseñados para describir y a la vez es de tipo transversal por que tienden a medir la prevalencia de la exposición y del efecto de una muestra poblacional en un momento temporal.

UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo y muestra constituye los 48 pacientes terminales del servicio de Hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora, periodo Junio a Noviembre del 2011.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal atendidos en el servicio de Hemodiálisis.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: los pacientes que no deseen contribuir con la entrevista y el test de Goldberg.

TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Aplicación de los Test de ansiedad y depresión de Goldberg. La escala de Goldberg presenta una sensibilidad del 83,1% y una especificidad del 81,8%, está diseñada para que la administre el profesional en una entrevista sencilla

y breve. No se puntuarán los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de intensidad leve y cada ítem valorado positivamente se marcará en la opción “sí” y viceversa. Las cuatro primeras preguntas de cada subescala son obligatorias y se harán el resto sólo cuando se hayan puntuado como positivas dos o más de las primeras en el caso de ansiedad, o una o más en el caso de depresión. Se puntúa y evalúa por separado la ansiedad y la depresión. El punto de corte para la ansiedad es 3/4 considerándose ansiedad probable si ≥ 4 . El punto de corte de la depresión está en 2/4 y se considera depresión probable, cuando la puntuación es ≥ 2 .

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Test de ansiedad y depresión de Goldberg.

PROGRAMAS PARA PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN:

Microsoft Word para la elaboración del informe y Excel para realizar las tablas de análisis para la investigación.

Adjunto al presente se encuentra la guía de manejo psicológico de pacientes con enfermedades terminales.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

Se elaboraron tablas simples para la presentación de los resultados obtenidos.

ANÁLISIS DE DATOS

INTRODUCCIÓN

“Para dar un tratamiento paliativo y cuidados adecuados a los enfermos terminales, es preciso previamente hacer un diagnóstico y valoración global de la situación del enfermo que comprenda todos aquellos aspectos físicos, funcionales, necesidades básicas y aspectos psíquicos referidos al sufrimiento, ansiedad, depresión, etc. Dado que la persona no es un ente aislado y la enfermedad terminal afecta también al entorno familiar que interacciona con el propio enfermo, una valoración integral requiere también determinar su situación socio familiar y la de su entorno.

La valoración integral es una etapa fundamental dentro del proceso asistencial de los pacientes en fase terminal. El trabajo en equipo, la diversidad de instituciones que actúan sobre este tipo de enfermos, y sobre todo, el deber de todos de atender sus necesidades, obligan a utilizar un sistema de evaluación de la situación y de las necesidades que sea homogéneo y fácilmente utilizable por los distintos profesionales e instituciones. El objetivo final de esta valoración es establecer una guía de actuación personalizada al individuo y a su situación única y diferenciada.”

(19)

TABLA # 1

**Edad y sexo de los pacientes atendidos en el servicio de Hemodiálisis
del Hospital Regional Isidro Ayora**

EDAD Y SEXO	Femenino		Masculino	
	F	%	F	%
< 20	1	2.1	2	4.2
21 – 40	4	8.3	2	4.2
41 – 60	7	14.5	12	25
61 Y +	11	22.9	9	18.8
TOTAL	23	47.8	25	52.2

FUENTE: Test aplicado a los pacientes que acuden a Hemodiálisis

ELABORACIÓN: Autora

El mayor porcentaje de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben Hemodiálisis están comprendidos en la edad de 41 – 60 en el sexo masculino y 61 y más en el sexo femenino. De acuerdo con la literatura, “el deterioro de los órganos está relacionado íntimamente con la edad y los hábitos alimenticios. Siendo el sexo masculino en su gran mayoría que consume bebidas alcohólicas y tabaco, sumándose la automedicación. Así su función renal disminuye por reducción de la masa renal y del número de nefronas y glomérulos, lo que da lugar a una disminución de la velocidad de filtración glomerular lo que eleva los niveles de úrea y creatinina en la sangre.” (19)

TABLA # 2

**Estado Civil de los pacientes atendidos en el servicio de Hemodiálisis
del Hospital Regional Isidro Ayora.**

ESTADO CIVIL	F	%
Soltero	4	8.3
Casado	37	77.1
Viudo	7	14.6
TOTAL	48	100

FUENTE: Test aplicado a los pacientes que acuden a HEMODIALISIS

AUTOR: Viviana Lucia Sarmiento Sotomayor

Del total de los pacientes el mayor porcentaje son de estado civil casado; considerando que el primer pilar de apoyo es la familia, es claro que aquellos pacientes que tienen un ambiente familiar adecuado responden mejor a la terapéutica y tienen menor probabilidad de deprimirse. No hay que olvidar que la enfermedad crónica desestabiliza el núcleo familiar, haciendo aflorar los problemas y poniendo a prueba las relaciones de amor y equilibrio existentes con el paciente antes de la enfermedad.

TABLA # 3

**Depresión en los pacientes atendidos en el servicio de Hemodiálisis del
Hospital Regional Isidro Ayora**

DEPRESIÓN	Femenino		Masculino	
	F	%	F	%
SI	10	20.8	9	18.8
NO	13	27.1	16	33.3
TOTAL	23	47.9	25	52.1

FUENTE: Test aplicado a los pacientes que acuden a HEMODIALISIS

ELABORACIÓN: Autora

Tomando los parámetros correspondientes del test aplicado, el menor porcentaje de los pacientes presenta depresión tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino, etapa que indica la lucha con el sentido de una gran pérdida. Es una parte esencial de la preparación para aceptar la muerte inevitable. Depende de la discrepancia entre los deseos del paciente, la preparación para la muerte y las expectativas de quienes están en el entorno del enfermo.

TABLA # 4

**Ansiedad en los pacientes atendidos en el servicio de Hemodiálisis del
Hospital Regional Isidro Ayora.**

ANSIEDAD	Femenino		Masculino	
	F	%	F	%
SI	14	29.2	13	27
NO	9	18.8	12	25
TOTAL	23	48	25	52

FUENTE: Test aplicado a los pacientes que acuden a HEMODIALISIS

ELABORACIÓN: Autora

Según los parámetros del test aplicado, el mayor porcentaje de pacientes presentan ansiedad tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino. De acuerdo a la literatura esta también es una etapa de las enfermedades terminales posterior a la depresión, en donde el paciente llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará. La aceptación o ansiedad está reflejada en la capacidad de los pacientes para contemplar la llegada de la muerte con un cierto grado de expectativa.

DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos mediante la aplicación de los test podemos determinar que el menor porcentaje de los pacientes, tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino que acuden al servicio de hemodiálisis del hospital Isidro Ayora presenta depresión; en la sustentación teórica es una parte esencial de la preparación para aceptar la muerte inevitable. Depende de la discrepancia entre los deseos del paciente, la preparación para la muerte y las expectativas de quienes están en el entorno del enfermo pero el mantenerse en esta etapa es la que puede presentar un signo de alarma.

En cuanto al trastorno de ansiedad lo presentan un mayor porcentaje de los pacientes tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino lo que indica que estos ya han alcanzado la última etapa en la cual el paciente, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará. La aceptación o ansiedad se describe como la capacidad para contemplar la llegada de la muerte con un cierto grado de expectativa.

En comparación con los datos obtenidos los cuales fueron 39.6% en los niveles de depresión y un 56.2% en los de ansiedad se identifica una diferencia notable de un Hospital de Cataluña – España en el año 2007; En nuestra región la mayoría de los pacientes han logrado superar la etapa de

depresión puesto que al comparar un 66% en el caso de depresión y un 34% en el caso de ansiedad en el hospital del país Europeo, denota que en este ultimo los pacientes se mantienen en el estado depresivo y no superan esta etapa.

Según la literatura todos estos trastornos son normales, llegan por etapas, pero estos deben superarse y pasar a las siguientes; en lo que debe intervenir el personal de salud para ayudar a superarlo el paciente al igual que la familia y alcanzar la aceptación de la muerte.

El centro hospitalario no es el lugar apropiado para que un paciente permanezca en sus últimos días de vida puesto que necesita del apoyo familiar y debe satisfacer sus necesidades personales y espirituales.

El personal que está más en contacto con el paciente cuando se encuentra en el servicio de salud, debe tomar o seguir una serie de pasos para ganar la confianza del paciente y sus familiares, y de esta manera llegar a superar con éxito las etapas por las que atraviesa; y poder opinar de forma positiva para el bienestar del paciente y que esta opinión sea tomada con aceptación.

No se ha encontrado resultados de investigaciones similares en el país y en América Latina por lo que no podremos establecer comparaciones.

CONCLUSIONES

- En los resultados del test aplicado se concluye que el menor porcentaje de los pacientes presenta depresión tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino, etapa que indica la lucha con el sentido de una gran pérdida. Es una parte esencial de la preparación para aceptar la muerte inevitable; con lo que se demuestra que la atención brindada en este servicio posiblemente contribuye con la superación de esta etapa.
- Según los parámetros del test aplicado, el mayor porcentaje de pacientes presentan ansiedad tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino. De acuerdo a la literatura esta también es una etapa de las enfermedades terminales posterior a la depresión, debido a la presión que estos tienen de dejar a su familia desamparada en muchos casos, o la tristeza de dejarlos definitivamente pero logrando alcanzar la aceptación de la muerte.
- Se construyó una guía para tratar de mejor manera a los pacientes terminales. La misma que queda en el servicio de hemodiálisis del Hospital Regional Isidro Ayora.

RECOMENDACIONES

- Que se capacite al personal de enfermería para que contribuya al tratamiento psicológico al igual que todo el equipo de salud, siendo las primeras las que más estamos en contacto con los pacientes.
- Recomiendo que el personal del servicio de hemodiálisis se dedique no solo a la atención paliativa física sino también a la atención psicológica.
- Que se dote al servicio de hemodiálisis de un psicólogo para que se brinde atención integral al paciente terminal.
- Mediante una evaluación psicológica elaborar un manual para atención que abarque de forma integral al paciente y de esta manera reducir las secuelas que debido a estos trastornos se forman tanto en estos como en su entorno.

GUÍA DE MANEJO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES PARA LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS EMOCIONALES.

La presente guía contiene unos pasos muy importantes para lograr tratar o llegar a acercarse a pacientes con enfermedades terminales lo suficiente como para intentar ayudarlos de una mejor manera.

Lo que debemos hacer es lo siguiente:

- 1) Escuchar bien.
- 2) Nunca mentir a un paciente, se preguntará al paciente lo que le gustaría conocer de su enfermedad y se le responderá en términos que pueda comprender, si bien tienen derecho a conocer, no todos tienen que saberlo todo.
- 3) No retirar nunca una esperanza a la que el paciente se aferre.
- 4) La conducta más adecuada es la de no confrontar, ni reforzar la negación, nos comunicaremos por medio de preguntas abiertas. Podemos decirle que cuando esté dispuesto para hablar de ello, nos lo comunique.
- 5) Es importante nuestra tolerancia ante la indignación racional o irracional del paciente y nuestra capacidad de escucha. Dejando que estos enfermos desahoguen su ira, poco a poco se vuelven más

exigentes, más amables y con frecuencia requieren menos medicación.

- 6) El significado psicológico de la negociación consiste en que el paciente tiene el valor de mirar de frente a lo que le acontece y pide que se le alargue la vida para poner sus cosas en orden, para concluir asuntos pendientes. Moviliza recursos internos para tener fuerzas en el final del viaje.
- 7) La depresión primero es activa: lamenta pérdidas pasadas; una persona comprensiva no tendrá ninguna dificultad para descubrir la causa de la depresión y aliviar algo el sentimiento de culpabilidad o vergüenza excesivas que a menudo acompaña a la depresión.
- 8) En la depresión secundaria; es una etapa difícil para los profesionales y los familiares; no debemos estimular al paciente a que mire el lado alegre de las cosas porque eso significaría que no debería pensar en su muerte inminente, será absurdo decirle que no esté triste, ya que todos nosotros estamos tremendamente tristes. Una forma de ayudar a estos pacientes es diciéndoles implícitamente o explícitamente que pueden llorar por la pérdida. Solo los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades serán capaces de morir en una fase de aceptación y de paz.
- 9) Todo enfermo terminal tiene necesidades de naturaleza física, psicológica y religiosa que deben ser atendidas.

- 10) En el plano puramente psicológico requiere seguridad (necesita confiar en la gente que lo cuida y tener la certeza de que no será abandonado a su suerte).
- 11) Pertenencia (necesita ser querido y aceptado además de comprendido y acompañado hasta el final).
- 12) Consideración (quiere que se le reconozca, que sus necesidades sean bien estimadas, que le sea ofrecida toda la ayuda necesaria y que pueda tener a alguien a quien confiarle sus temores o sus preocupaciones).
- 13) Es muy importante **NO AISLAR AL PACIENTE.**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pascual, F.: Atención psicosocial para enfermos terminales viernes 5 de marzo 2010 disponible en www.atencin-psicosocial-para-enfermos-te.com
2. González, E. Artículos para Pacientes, paciente terminal disponible en ww.abcmedicus.com
3. Compostela, J. S. la Coruña, Spain, Disponible en el enfermo terminal amar la vida, aprende a vivir y aprenderás a morir, fases de adaptación a la enfermedad terminal disponible en: www.medline.com lunes 11 de febrero de 2008
4. Galego, J. El enfermo terminal Amar la vida, aprende a vivir y aprenderás a morir Etapas de adaptación a la enfermedad terminal. Disponible en www.madline.com
5. Bradley, G. W. Disease, diagnosis and decisions New York. 1993.
6. Matarazzo, J. D. Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 1982. 37: 1-14.
7. Sarafino E. P. Health Psychology. Biopsychosocial interactions. Wiley. New York. 1998
8. Everson, M. et. al. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine*, 1996. 58: 113-121

9. Kalish, R. A. The social context of death and dying. En: Binstock RH, Shanas E. (Eds.). Handbook of aging and the social sciences. Van Nostrand. New York: Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. 1995.
10. Psychoneuroimmunology and health consequences: Data and shared mechanisms. Psychosomatic Medicine, 57: 269-274.
11. Kübler-Ross, E. 1969. On death and dying. Macmillan. New York.
12. Mages, N. I. Mendelsohn, G. A. Effects of cancer on patients' lives: A personological approach. En: Stone GC et al. (Eds.). Health Psychology- A handbook. Jossey-Bass. San Francisco USA. 1979.
13. Escalante, G. Enfermedad terminal y psicología de la salud, Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Medicina. Disponible en www.monografias.com, consultado (3 de octubre 2010)
14. Definición de trastorno mental disponible en:
(<http://www.google.com/definicióndetrastornomental.htm>)
15. Roca Rivada A. Tipos de depresión disponible en www.medlineplus.com
16. Cohen. Wiley. F, Lazarus R. Coping with the stresses of illness. En: Stone GC et al. (Eds.). Health Psychology -A handbook. Jossey-Bass. San Francisco. USA. 1979.
17. Zisook S. et al.. Death, dying and bereavement. En: Nicassio PM, Smith TM. (Eds.). Managing chronic illness: A biopsychosocial perspective. American Psychological Association. Washington, DC. 1995

- 18.** Ratlif-Crain J. Baum a. Individual differences and health: Gender, coping and stress. En: Friedman HS (Ed.), Personality and disease. Wiley. 1990.
- 19.** Astudillo, W. C. Mendinueta, E. Astudillo. Evaluación médica del paciente terminal, En: Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Editado por W. Astudillo et. Al. EUNSA, Barañain, 4º Edición, 2002, 47-53
- 20.** Atención Psicológica en Madrid - Senda Psicólogos - E - mail: senda@sendapsicologos.com 2007
- 21.** PsicoActiva[®] on-line Test, disponible en www.psicoactiva.com, www.depresion.psicomag.com y www.scielo.isciii.es

ANEXOS



Universidad Nacional de Loja

Área de la Salud Humana

Carrera de Enfermería

Sr(a). Como estudiante de la Carrera de Enfermería, he visto la necesidad de investigar acerca de los trastornos emocionales presentes en los pacientes terminales internos en este centro por lo cual le solicito se permita responder a las siguientes preguntas.

EDAD:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

TEST DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

INSTRUCCIONES

Conteste SÍ o NO a las siguientes preguntas según si en los últimos meses se ha visto afectado por las situaciones que le proponen.

TEST DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido usted sin esperanzas?		
SUBTOTAL (Si hay 2 o + respuestas afirmativas seguir preguntando)		
1. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
2. ¿Ha perdido peso? (por falta de apetito)		
3. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
4. ¿Se ha sentido usted en lentecido?		
5. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
TOTAL		

TEST DE ANSIEDAD DE GOLDBERG

SUBESCALA DE ANSIEDAD	SI	NO
6. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
7. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
8. ¿Se ha sentido muy irritable?		
9. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
SUBTOTAL (Si hay 2 o + respuestas afirmativas seguir preguntando)		
5. ¿Ha dormido mal o ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
10. ¿Ha tenido alguna dificultad para dormir o conciliar el sueño?		
TOTAL		