



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

1859 ÁREA DE LA SALUD HUMANA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

NIVEL DE PREGRADO

TEMA:

**“LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN ENFERMOS
TERMINALES DEL CENTRO “LIGA DE
CARIDAD” DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO
JUNIO-NOVIEMBRE DE 2011.”**

TRABAJO DE TESIS

**PREVIO A LA OBTENCION DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

AUTORA:

Srta. Diana Elizabeth Luzuriaga Carrión

DIRECTORA DE TESIS:

Psic. Cl. Zhenia Muñoz

LOJA-ECUADOR

2011

Psic. Cl. Zhenia Muñoz

**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

Certifica:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado **“LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN ENFERMOS TERMINALES DEL CENTRO “LIGA DE CARIDAD” DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DE 2011”** elaborado por la egresada Diana Elizabeth Luzuriaga Carrión, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, Diciembre de 2011

Psic. Cl. Zhenia Muñoz
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Los contenidos, conclusiones, resultados, así como el Modelo de Intervención Psicológica propuesto en la presente tesis cuyo tema es: “LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN ENFERMOS TERMINALES DEL CENTRO “LIGA DE CARIDAD” DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DE 2011”, es de exclusiva responsabilidad de la autora.

Diana Elizabeth Luzuriaga Carrión

DEDICATORIA

Los seres que son más que mi inspiración y fuerza, son el motor de mi vida, mis padres: Franco César Luzuriaga Luzuriaga y Zoila Carrión Vivanco, para ustedes todo este esfuerzo por darle significado, alegría y enseñanzas a todos los días de mi vida.

A mis hermanas: Mela, Gabrielita y Luzy, por ser mis maestras que con risas y locuras, me enseñan, acompañan y apoyan incondicionalmente.

A mi familia, porque gracias a que supieron inculcarme día a día valores, forjaron en mí la persona que soy.

A las personas que estuvieron ahí para apoyarme y para las que fueron los obstáculos de mi camino, porque de ambas aprendí a luchar por mis ideales y a ser más fuerte.

Diana Luzuriaga Carrión

AGRADECIMIENTO

La Universidad Nacional de Loja, por ser la concepción de mi aprendizaje, no solo de conocimientos académicos y teóricos sino también de aprendizaje para la vida, mi eterna gratitud; a las Autoridades y Maestros de mi Carrera Psicología Clínica, por regalarme su sabiduría desinteresadamente y hacer de mí una profesional y persona exitosa.

Un gran reconocimiento a la Casa para Enfermos Terminales “Liga de Caridad” por permitirme ingresar no solo en su institución sino también en la vida de todos aquellos pacientes que fueron parte de mi estudio y también que dieron un giro a mi existencia.

Un agradecimiento muy especial al Dr. Armando Camino Proaño, por ser el forjador del proyecto del presente trabajo y el impulso para mi superación.

Mi gratitud enorme a la Psic. Zhenia Muñoz, por dirigir de la manera más acertada el presente trabajo de Tesis.

Finalmente, pero no menos importante, mi agradecimiento a todas las personas que de alguna manera, permitieron que este trabajo investigativo llegue a su fin.

LA AUTORA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO

PÁGINA

• Certificación	ii
• Autoría	iii
• Dedicatoria	iv
• Agradecimiento	v
• Índice	vi
• Título	8
• Resumen	9
• Summary	11
• Introducción	13
• Revisión de Bibliografía	17
• Materiales y Métodos	52
• Análisis y Resultados	63
• Discusión	86
• Conclusiones	89
• Recomendaciones	90
• Modelo de Atención	92
• Bibliografía	124
• Anexos	128

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	PÁGINA
• Gráfico # 1	63
• Gráfico # 2	65
• Gráfico # 3	66
• Gráfico # 4	67
• Gráfico # 5	68
• Gráfico # 6	69
• Gráfico # 7	70
• Gráfico # 8	71
• Gráfico # 9	72
• Gráfico # 10	73
• Gráfico # 11	74
• Gráfico # 12	75
• Gráfico # 13	76
• Gráfico # 14	77
• Gráfico # 15	78
• Gráfico # 16	80
• Gráfico # 17	81
• Gráfico # 18	82
• Gráfico # 19	83
• Gráfico # 20	84

I. TÍTULO

**“LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN ENFERMOS TERMINALES DEL
CENTRO “LIGA DE CARIDAD” DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO
JUNIO-NOVIEMBRE DE 2011.”**

II. RESUMEN

El presente trabajo investigativo cuyo título es: “La Atención Psicológica en Enfermos Terminales del Centro “Liga De Caridad” de la Ciudad de Loja. Periodo Junio-Noviembre de 2011” fue realizado tomando en cuenta que las enfermedades en fase terminal se caracterizan por la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable; la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico; la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, el gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y un pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que debemos responder adecuadamente.

Por tal motivo, he considerado conveniente el presente estudio investigativo que tiene como fin diseñar una propuesta concreta de intervención en casos de enfermedad en etapa terminal, construida en base de la evaluación y diagnóstico de signos y síntomas psicológicos encontrados.

La Casa para Enfermos Terminales Santa María Josefa “Liga de Caridad” es una Fundación de servicio a favor del enfermo terminal de la Ciudad de Loja, tiene como labor la acogida y el cuidado del enfermo en etapa final de su padecimiento; actualmente acoge a 11 pacientes con quienes se realizó el estudio y a los que se aplicó la Guía de Observación FIC, Entrevista al Paciente y a la Familia y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, HAD; mediante los cuales se encontró: un 55% de población masculina, las edades oscilan entre 54 y 95 años de edad, el 55% de la población tiene deterioradas sus funciones mentales superiores (orientación, atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje); la enfermedad más común en la población es el cáncer con un 46% de los casos, seguido de la diabetes

y los accidentes cerebrovasculares con un 27% cada uno; además la mayor parte de la población, el 82% presenta comorbilidad; por otro lado, el 91% de la población padece de Ansiedad y el 82% Depresión. Ante dicha problemática se procedió a elaborar un modelo de atención psicoterapéutica, el mismo que permitirá intervenir adecuadamente, mejorando la calidad de vida y la dignidad y autonomía hasta el momento de la muerte.

SUMMARY

The present investigative work whose title is: "The Psychological Attention in Terminal Sick persons of the Center "Suspender of Charity" of Loja City. Period June-November, 2011" it was carried out taking into account that the illnesses in terminal phase are characterized by the presence of an advanced, progressive, incurable illness; the lack of reasonable possibilities of answer to the specific treatment; the presence of numerous problems or intense, multiple symptoms, multifactorial and changing, the emotional great impact in patient, family and therapeutic team, very related with the presence, explicit or not, of the death and a presage of inferior life to 6 months.

This complex situation produces a great demand of attention and support, to those that we should respond appropriately.

For such a reason, I have considered convenient the present investigative study that has as end to design a concrete proposal of intervention in cases of illness in terminal stage, built in base of the evaluation and diagnosis of signs and psychological opposing symptoms.

The House for Sick persons Terminal Saint Maria Josefa "Suspender of Charity" is a service Foundation in favor of the terminal sick persons of Loja City, they has as work the welcome and the sick person's care in final stage of its illness; at the moment it gives refuge to 11 patients with who was carried out the study and to those that the Guide of Observation FIC was applied, Interviews to the Patient and the Family and the Hospital Scale of Anxiety and Depression, HAD; by means of which was: 55% of the population is masculine, the ages oscillate between 54 and 95 years old, the population's 55% has deteriorated their mental superiors functions (orientation, attention, concentration, memory, thought, language); the most common illness in the population is the cancer with 46% of the cases, followed by the diabetes and

the cerebrovascular accidents with 27% each one; also most of the population, 82% presents additional sick; on the other hand, the population's 91% suffers of Anxiety and 82% Depression. Before this problem I proceeded to elaborate a psychological attention model, the same one that will allow to intervene appropriately, improving the quality of life and the dignity and autonomy until the moment of the death.

III. INTRODUCCIÓN

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), la enfermedad terminal es un periodo avanzado de enfermedad que se encuentra en fase evolutiva e incurable con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva. Entre las más comunes están: el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y en menor proporción el SIDA.

Las enfermedades en etapa terminal, afectan a quienes las padecen tanto a nivel físico, psicológico, espiritual, familiar y social, por lo que los pacientes requieren una atención integral paliativa, es decir sin la intención de curar sino más bien de paliar el dolor tanto físico como emocional. La Organización Mundial de la Salud define a los Cuidados Paliativos de la siguiente manera: “Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La Psicología Paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia”.

Ante dicha conceptualización es de gran importancia considerar la atención psicológica en enfermedades terminales, pues a pesar de que este tipo de padecimientos se presentan mayoritariamente en personas de edad avanzada y erróneamente muchas veces se considera que estos individuos debido a la progresiva pérdida de sus facultades no se encuentran

conscientes de su realidad, contrariamente a ello “hay en esta etapa necesidades especiales que se vuelven importantes, por ejemplo, al paciente le podría hacer falta ayuda para aclarar asuntos pendientes con sus familiares o para prepararse para la muerte”¹.

El campo de las enfermedades terminales se ha convertido, en los últimos años, en un ámbito de actuación indiscutible de la Psicología como algo incuestionable en las distintas fases de intervención, dirigida tanto a los pacientes y a sus familias, como al personal sanitario que los atiende.

La muerte, tanto la de otros como la propia, es una de las experiencias más significativas y proveedoras de sentido en la vida de los seres humanos, pero a la vez, constituye el gran tabú de la época contemporánea, junto al del envejecimiento y el deterioro en general.

También la Medicina ha considerado tradicionalmente la muerte como su principal enemigo. El pensamiento médico tiende a configurar la muerte como un fenómeno teóricamente evitable y a considerar el fallecimiento de un paciente como un fracaso (Bayés, Limonero, et al, 2000). Sin embargo, los avances en investigación biomédica y el desarrollo tecnológico, por más notables que sean nunca nos van a conceder la inmortalidad, de manera que para la Medicina actual, ayudar a los seres humanos a morir en paz ha comenzado a ser tan importante como evitar la muerte (Bayés, 2001).

La revisión bibliográfica de la presente investigación consta de 3 capítulos:

¹ Como Mejorar el Cuidado Paliativo: Podemos mejorar el cuidado de personas con cáncer. National Research Council. Editorial: National Academies Press Fecha de publicación: 2003

El primer Capítulo denominado Enfermedades en Fase Terminal, consta de definiciones además de tres apartados importantes en los que se conceptualiza a las enfermedades de tipo terminal más comunes: cáncer, diabetes, accidentes cerebrovasculares, SIDA con sus respectivos subtemas.

El segundo Capítulo denominado Psicología en Cuidados Paliativos hace hincapié en el tipo de atención Psicológica que se utiliza en pacientes con enfermedad terminal.

El tercer Capítulo denominado El Duelo hace referencia a la etapa final de la enfermedad, la muerte, la cual debe ser abordada profesionalmente encaminándose hacia la familia y los cuidadores.

Por tal motivo, la presente investigación estuvo encauzada a la elaboración de un modelo de Intervención Psicológica aplicable en pacientes con enfermedad en etapa terminal en busca de una mejora en la calidad de vida y de la dignidad y autonomía hasta el momento de la muerte, además de la identificación de signos y síntomas psicológicos presentes en los pacientes y al mismo tiempo conocer las características individuales; para lo cual se procedió primero a la realización del Proyecto y el escogimiento del lugar para el desarrollo del mismo “La Casa para Enfermos Terminales Liga de Caridad” de la Ciudad de Loja, en la cual se procedió a indagar acerca del número de pacientes internos, dando como resultado un universo de 11 pacientes y tomando el 100% como muestra, para luego proceder a aplicar la Metodología propuesta, empleando los instrumentos allí señalados: la Escala de Observación FIC, la Entrevista al Paciente y a la Familia y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HAD, obteniendo los siguientes resultados: un 55% o sea la mayoría de la población es masculina, las edades oscilan entre 54 y 95 años de edad, el 55% de la población tiene deterioradas sus funciones mentales superiores (orientación, atención,

concentración, memoria, pensamiento, lenguaje); la enfermedad más común en la población es el cáncer con un 46% de los casos, seguido de la diabetes y los accidentes cerebrovasculares con un 27% cada uno; además la mayor parte de la población, el 82% presenta comorbilidad; por otro lado, el 91% de la población padece de Ansiedad y el 82% Depresión. Por lo cual se elaboró un modelo de atención psicoterapéutica, el mismo que permitirá intervenir adecuadamente, mejorando la calidad de vida y la dignidad de los pacientes hasta el momento de la muerte.

IV. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL

1. Definición de Enfermedad Crónica

Se llama enfermedad crónica a aquellas enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. Toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica².

2. Definición de Enfermedad Terminal

Se denomina enfermedad terminal a aquella enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva³.

² Sola Valdés B. Enfermedades crónicas

³ http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=2

3. Enfermedades Terminales Más Comunes:

a. CÁNCER

Definición

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo⁴.

Epidemiología

Frecuencia: El cáncer es la segunda causa principal de muerte, detrás de las enfermedades cardíacas. Se estima que a lo largo del siglo XXI, el cáncer será la principal causa de muerte en los países desarrollados.

Causa del cáncer: Es desconocida pero se conocen muchos factores de riesgo que lo precipitan. El principal factor de riesgo es la edad o el envejecimiento, el segundo factor de riesgo es el tabaquismo, y le siguen la dieta, el sedentarismo, la exposición solar y otros estilos de vida. El cáncer no debe ser tomado como una enfermedad de causa única, sino como el resultado final de una interacción de múltiples factores, entre los que se incluyen el ambiente, los hábitos dietéticos, la herencia genética, etc.

Diagnóstico

a) Biopsia

El diagnóstico del cáncer se basa en la biopsia del tumor para un estudio histológico, con grado de diferenciación y de invasión, y para un estudio molecular que determine sus marcadores biológicos y genéticos.

⁴ Organización Mundial de la Salud 2008.

b) Estadificación del Cáncer

Determina la extensión de la enfermedad basada en que el cáncer se extiende en tres niveles que son el local, regional y a distancia. Existen dos tipos de estadificación:

- La *estadificación clínica*, basada en la exploración física, las radiografías, el TAC, la RMN, la gammagrafía y otras técnicas de imagen.
- La *estadificación anatomopatológica o quirúrgica* que consiste en el análisis histológico de todos los tejidos extirpados durante la cirugía, durante la extirpación definitiva del tumor primitivo, o como un procedimiento aparte de estadiaje.

Tratamiento

El tratamiento del cáncer se fundamenta en tres pilares: cirugía, quimioterapia y radioterapia. Existe un cuarto pilar llamado *terapia biológica* que incluiría la hormonoterapia, inmunoterapia, y nuevas dianas terapéuticas no citotóxicas. El tratamiento del cáncer es *multidisciplinar* (cirujanos, oncólogos médicos y oncólogos radioterápicos). En todo momento, el apoyo emocional es fundamental.

Aspectos emocionales

La búsqueda de los aspectos psicoemocionales o psicobiológicos que han podido generar la alteración cerebral que originó la formación del cáncer, es prioritario. Cuando diagnostican a una persona con cáncer, puede sufrir estrés y otras reacciones, que van a agravar el cuadro clínico, debilitando su sistema inmunitario, y generando efectos yatrogénicos. El impacto del diagnóstico y tratamiento del cáncer provoca una serie de respuestas

psiconeuroinmunológicas, psicobiológicas y psicosociales que afectan a la calidad de vida del paciente.

Pronóstico

Las posibilidades de una persona dependen primordialmente, de lo temprano que se haya descubierto la enfermedad, pero también del tipo de cáncer. Otro factor es la condición física del paciente; es muy importante que su forma física sea buena, y la disposición hacia su enfermedad, ya que debe afrontarla y ayudar con su estado de ánimo a curarla.

El pronóstico del cáncer depende sobre todo de:

- La localización del tumor primario.
- El tipo histológico con su grado de diferenciación celular, sus características biológicas y citogenéticas.
- El estado del cáncer o extensión de la enfermedad.
- La edad del paciente.
- El estado funcional o la reserva fisiológica del paciente.

Recientemente, estudios en psiconeuroinmunología apuntan igualmente a la influencia de los factores emocionales en el curso de la enfermedad.

b. DIABETES

i. Tipos de Diabetes

Actualmente existen dos clasificaciones. La primera, correspondiente a la OMS, en la que sólo reconoce tres tipos de diabetes (tipo 1, tipo 2 y gestacional) y la segunda, propuesta por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 1997, en la que los diferentes tipos de DM se clasifican en 4 grupos: *tipo 1*, *tipo 2*, *gestacional*, y *otros tipos*.

Diabetes mellitus tipo 1 autoinmune: Corresponde a la llamada antiguamente *Diabetes Insulino dependiente* o *Diabetes de comienzo juvenil*. Se presenta en jóvenes, en adultos también pero con menos frecuencia, no se observa producción de insulina debida a la destrucción autoinmune de las células β de los Islotes de Langerhans del páncreas esto regulado por células T. El diagnóstico es alrededor de los 25 años de edad.

Diabetes mellitus tipo 2: Es un mecanismo complejo fisiológico, aquí no hay producción de insulina y la glucosa no está bien distribuida en el organismo (resistencia a la insulina), esto quiere decir que el receptor de insulina de las células que se encargan de facilitar la entrada de la glucosa a la propia célula están dañados. Se observa en adultos, y se relaciona con la obesidad; anteriormente llamada *diabetes del adulto* o *diabetes relacionada con la obesidad*.

Diabetes mellitus gestacional: Aparece en el periodo de gestación en una de cada 10 embarazadas. Después del parto muy pocas veces se presenta y se relaciona a trastornos en la madre y fallecimiento del feto o macrosomía, producto con tamaño anormal grande causado por incremento de glucosa.

Otros tipos de diabetes mellitus

Otros tipos de diabetes mellitus menores (< 5% de todos los casos diagnosticados):

Tipo 3A

Tipo 3B

Tipo 3C

Tipo 3D

Tipo 3E

Diagnóstico

Se basa en la medición única o continua (hasta 2 veces) de la concentración de glucosa en plasma. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció los siguientes criterios en 1999 para establecer con precisión el diagnóstico:

- Síntomas clásicos de la enfermedad (Poliuria, Polidipsia, Polifagia y Pérdida de peso inexplicable) más una toma sanguínea casual o al azar con cifras mayores o iguales de 200mg/dl (11.1 mmol/L)
- Medición de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126mg/dl (7.0 mmol/L).
- La prueba de tolerancia a la glucosa oral. La medición en plasma se hace dos horas posteriores a la ingesta de 75g de glucosa en 375 ml de agua; la prueba es positiva con cifras mayores o iguales a 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

Tratamiento

Tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2, como en la gestacional, el objetivo del tratamiento es restaurar los niveles glucémicos normales, entre 70 y 105 mg/dl. En la diabetes tipo 1 y en la diabetes gestacional se aplica un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos de la insulina. En la diabetes tipo 2 puede aplicarse un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos, o bien, un tratamiento con antidiabéticos orales.

Para determinar si el tratamiento está dando resultados adecuados se realiza una prueba llamada hemoglobina glucosilada (HbA1c ó A1c). Una persona No-diabética tiene una HbA1c < 6 %. El tratamiento debería acercar los resultados de la A1c lo máximo posible a estos valores.

Un amplio estudio denominado DDCT demostró que buenos resultados en la A1c durante años reducen o incluso eliminan la aparición de complicaciones tradicionalmente asociadas a la diabetes: insuficiencia renal crónica, retinopatía diabética, neuropatía periférica, etc.

Intervenciones Orientadas al Estilo de Vida

Los principales factores ambientales que incrementan el riesgo de diabetes tipo 2 son: la nutrición excesiva y una forma de vida sedentaria. Una pérdida de peso mínima, incluso de 4 kg, con frecuencia mejora la hiperglucemia.

Un tratamiento completo de la diabetes debe de incluir no solo una dieta sana y ejercicio físico moderado y habitual sino también un control médico constante.

Para conseguir un buen control de la Diabetes Mellitus, en todos los tipos, es imprescindible la Educación Terapéutica en Diabetes que, impartida por

profesionales sanitarios formados en Educación Terapéutica en Diabetes, persigue el adiestramiento de la persona con Diabetes y de las personas cercanas a ella, para conseguir un buen control de su enfermedad, modificando los hábitos que fuesen necesarios (Dieta + Ejercicio Físico + Tratamiento medicamentoso-si precisa-).

c. ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

Descripción

El cerebro contiene millones de células que se interconectan para formar una compleja red de comunicación. Contiene diferentes tipos de células, siendo las más importantes las neuronas; su organización en el cerebro y la comunicación entre ellas conducen al pensamiento, la memoria, la actividad cognitiva y la toma de conciencia. Hay otro tipo de células llamadas Glia, que proporcionan sustento y apoyo a las neuronas, protegiéndolas contra la infección, las toxinas y los traumas. Las glias forman la barrera sanguínea cerebral entre los vasos sanguíneos y la sustancia del cerebro.

El accidente cerebrovascular agudo (ACVA) se produce cuando se interrumpe repentinamente el suministro de sangre a una parte del cerebro o cuando se rompe un vaso sanguíneo en el cerebro. Las células cerebrales, cuando dejan de recibir oxígeno o nutrientes de la sangre (isquemia), mueren. Esta isquemia conduce finalmente al infarto, a la muerte de las células cerebrales, que son sustituidas por una cavidad llena de fluido. La evolución dependerá de la intensidad y localización de la isquemia y de la capacidad del cerebro para recuperarse.

Existen dos formas:

- **Accidente Cerebral Isquémico:** cuando hay un bloqueo de un vaso sanguíneo que suministra sangre al cerebro. Constituyen el 80% de los casos.
- **Accidente Cerebral Hemorrágico:** cuando se rompe un vaso sanguíneo en el cerebro.

Existe un cuadro que comienza igual que el accidente cerebrovascular, pero luego se resuelve sin dejar síntomas o déficit importante, es el llamado "Ataque Isquémico Transitorio" y es una aviso de que la persona está sometida a riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular grave.

Causas

Accidente Cerebral Isquémico. La causa más frecuente son los coágulos de sangre. Según avanza la edad, son más frecuentes los coágulos.

Otro mecanismo por el cual se puede ocasionar un accidente cerebrovascular isquémico es por estrechamiento de una arteria pequeña o grande (estenosis) por acumulación de placa (mezcla de sustancias grasas, como el colesterol y otros lípidos). La forma más común es la Arterioesclerosis, en la que se acumulan depósitos de placa a lo largo de las paredes interiores de las arterias medianas y grandes. Este acúmulo provoca un aumento del espesor, endurecimiento y pérdida de elasticidad, con reducción en el flujo sanguíneo.

Accidente cerebral hemorrágico. Las neuronas, en condiciones normales, no entran en contacto con la sangre, ya que la separa una estructura llamada Glia que forma una barrera que rodea a los vasos sanguíneos y capilares para controlar qué elementos de la sangre pueden pasar.

Cuando se rompe una arteria en el cerebro, no sólo se altera el suministro de sangre, sino el equilibrio químico necesario que requieren las neuronas para funcionar correctamente.

Factores de riesgo

Factores de riesgo no modificables

- Edad. Las personas mayores tienen mayor riesgo.
- Género. Los hombres tienen mayor riesgo de sufrir un ACVA, pero en las mujeres hay mayor mortalidad.
- Raza.
- Antecedentes familiares de accidentes cerebrovasculares.

Factores de riesgo modificables

- Tensión arterial. El hipertenso tiene de 4 a 5 veces más probabilidad de padecer un ACVA que el normotenso.
- Enfermedad cardíaca. La fibrilación auricular produce un flujo irregular de sangre y mayor posibilidad de formación de coágulos que se pueden trasladar al cerebro.
- Tabaco. El consumo de cigarrillos promueve la Arterioesclerosis y aumenta los niveles de factores de coagulación de la sangre.
- Niveles de colesterol. Una dieta con elevados niveles de colesterol supone un factor de riesgo.
- Diabetes. Los diabéticos tienen tres veces más riesgo de padecer un ACVA, alcanzando el punto más elevado entre los 50 y los 60 años.
- Consumo excesivo de alcohol. El consumo de cantidades excesivas de alcohol puede producir un efecto rebote una vez que el alcohol se ha eliminado del cuerpo: aumenta de manera importante la viscosidad de la sangre y los niveles de plaquetas, con lo que aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico.
- Consumo de drogas: La cocaína puede actuar sobre otros factores de riesgo como la hipertensión, la enfermedad cardíaca y la enfermedad vascular; también reduce el flujo de sangre cerebrovascular hasta en

un 30%, conduciendo a un estrechamiento de las arterias. Afecta al corazón produciendo arritmias y acelera el ritmo cardiaco que puede conducir a la formación de coágulos de sangre. Otras drogas como las anfetaminas, la heroína y los esteroides anabolizantes aumentan el riesgo de sufrir un ACVA, ya que pueden hacer que los vasos sanguíneos se estrechen y aumente la presión de la sangre.

Factores de riesgo relacionados con las mujeres

El embarazo y el parto pueden poner a la mujer en un mayor riesgo de padecer un ACVA, aunque en las mujeres jóvenes el riesgo es pequeño. Aproximadamente un 25% de los ACVA acaecidos durante el embarazo terminan en muerte. Se desconoce la causa, pero el mayor riesgo se da en la etapa de postparto.

Igual que durante el embarazo y el parto, los cambios hormonales al final de los años reproductivos pueden aumentar el riesgo de ACV.

Accidente cerebrovascular en niños

Existen una serie de complicaciones médicas que pueden conducir a accidentes cerebrovasculares en los niños:

- Infección intracraneal.
- Lesión cerebral.
- Malformaciones vasculares:
 - Enfermedad vascular oclusiva
 - Trastornos genéticos: anemia falciforme, esclerosis tuberosa y Síndrome de Marfan.

El ACVA en los niños tiene características especiales. Puede tener convulsiones, pérdida repentina del habla, del lenguaje expresivo, debilidad

de un lado del cuerpo (hemiparesia), parálisis en un lado del cuerpo (hemiplejía), impedimento del habla (disartria), dolor de cabeza o fiebre.

La mayoría de los niños se recuperan mejor que los adultos, debido, en gran parte a la plasticidad del cerebro inmaduro y a la capacidad de los niños a adaptarse a los déficits.

Diagnóstico

Los pasos son los siguientes:

- Examen neurológico
- Análisis de sangre.
- Electrocardiograma.
- Tomografía computarizada.
- Resonancia magnética:
- Otras:
 - Angiografía de Resonancia Magnética.
 - Resonancia Magnética Funcional.
 - Ultrasonido Doppler.
 - Arteriografía.

Se utilizan diferentes escalas para valorar el daño neurológico, pidiéndole que responda a diferentes preguntas y realice pruebas físicas y mentales.

Pronóstico

Aproximadamente un 25% de las personas que se recuperan de un ACVA tienen otro dentro de 5 años: accidente cerebrovascular recurrente, que es un importante elemento que contribuye a la incapacitación y a la muerte. El riesgo es mayor inmediatamente después de sufrir un episodio y disminuye con el paso del tiempo; un 3% de los pacientes que sufren un accidente

cerebrovascular tendrá otro accidente dentro de 30 días de sufrir el primero y una tercera parte ocurrirá dentro de los primeros 2 años de ocurrir el primero.

- ***Factores de mal pronóstico***
 - Incontinencia vesical y/o intestinal
 - Afectación importante de medio lado del cuerpo
 - Déficit de percepción
 - Alteraciones cognitivas graves
 - ACVA previo
 - Problemas médicos complejos asociados
 - Afasia global

Tratamiento

La terapia que reciba el paciente dependerá de la etapa de la enfermedad.

Normalmente hay tres etapas en el tratamiento:

- Prevención del accidente cerebrovascular
- Terapia inmediata.
- Rehabilitación

Tratamiento medicamentoso

Los fármacos más comúnmente utilizados son: agentes antitrombóticos, agentes trombolíticos y neuroprotectores

Cirugía

Se puede utilizar como prevención, tratamiento de un accidente agudo o para reparar el daño vascular. Los dos tipos fundamentales son:

- Endarterectomía carótida
- Derivación extracraneal /intracraneal.
- Clipping.
- Técnica de bucle desmontable.

Rehabilitación

La rehabilitación consiste principalmente en:

- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia del habla
- Terapia psicológica/psiquiátrica

d. SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa el SIDA. Este virus ataca al sistema inmunitario y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de infecciones y cánceres potencialmente mortales.

Las bacterias comunes, los hongos levaduriformes, los parásitos y los virus que generalmente no provocan enfermedades serias en personas con sistema inmunitario sano pueden provocar enfermedades mortales en las personas con SIDA.

Se ha encontrado el VIH en saliva, lágrimas, tejido del sistema nervioso, líquido cefalorraquídeo, sangre, semen (incluido el líquido preseminal, que sale antes de la eyaculación), flujo vaginal y leche materna. Sin embargo, se ha demostrado que sólo la sangre, el semen, los flujos vaginales y la leche materna transmiten la infección a otras personas.

El virus se puede diseminar (transmitir):

- A través del contacto sexual: incluyendo sexo oral, vaginal y anal.
- A través de la sangre: transfusiones de sangre o por compartir agujas.
- De la madre al hijo: una mujer embarazada, a través de la circulación sanguínea o una madre lactante por medio de la leche materna.

Otros métodos de propagación del virus son: lesión accidental con una aguja, inseminación artificial con semen donado infectado y trasplantes de órganos infectados.

Síntomas

El SIDA comienza con una infección por VIH. Es posible que las personas infectadas con el VIH no presenten síntomas durante 10 años o más, pero le

pueden transmitir la infección a otros durante este período asintomático. Si la infección no se detecta y no se inicia el tratamiento, el sistema inmunitario se debilita gradualmente y se desarrolla el SIDA.

Casi todas las personas infectadas con el VIH, de no recibir tratamiento, contraerán SIDA. Hay un pequeño grupo de pacientes en los que el SIDA se desarrolla muy lentamente o que nunca aparece, a estos individuos se los llama pacientes sin progresión de la enfermedad y muchos parecen tener una diferencia genética que impide que el virus le cause daño a su sistema inmunitario.

En las personas con SIDA, el VIH ha dañado el sistema inmunitario, por lo que son muy susceptibles a dichas infecciones oportunistas. Los síntomas comunes son:

- Escalofríos
- Fiebre
- Sudores (particularmente en la noche)
- Ganglios linfáticos inflamados
- Debilidad
- Pérdida de peso

Pruebas y exámenes

Las CD4 son un tipo de células T, las cuales son células del sistema inmunitario. También se llaman "linfocitos T cooperadores."

Hoy en día, de acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention*), a una persona también se le puede diagnosticar SIDA si es VIH positiva y tiene un conteo

de células CD4 por debajo de 200 células/mm³, incluso si no tiene una infección oportunista.

El SIDA también se puede diagnosticar si una persona presenta una de las infecciones oportunistas y cánceres que ocurren más comúnmente en personas con infección por VIH.

Tratamiento

En este momento, no existe cura para el SIDA. Sin embargo, se encuentran disponibles varios tratamientos que pueden ayudar a mantener los síntomas y mejorar la calidad de vida.

La terapia antirretroviral inhibe la replicación del virus VIH en el organismo. Una combinación de varias drogas antirretrovirales, conocida como terapia antirretroviral de alta actividad (TAAA), ha sido muy efectiva en la reducción del número de partículas de VIH en el torrente sanguíneo. Esto se mide por medio de la carga viral (qué tanta cantidad de virus libre se encuentra en la sangre). Impedir que el virus se replique puede mejorar los conteos de células T y ayudar al sistema inmunitario a recuperarse de la infección por VIH.

Se están investigando otros antivirales. Además, los factores de crecimiento que estimulan el crecimiento celular, como eritropoyetina (Epogen, Procrit y Recomon) y filgrastim (G-CSF o Neupogen), se utilizan algunas veces para tratar la anemia y los conteos bajos de glóbulos blancos asociados con el SIDA.

También se utilizan medicamentos para prevenir las infecciones oportunistas (como la neumonía por *Pneumocystis jiroveci*) si el conteo de CD4 está muy bajo. Esto mantiene a los pacientes con SIDA más sanos

durante períodos de tiempo más largos. Las infecciones oportunistas se tratan cuando se presentan.

Pronóstico

Actualmente no existe una cura para el SIDA y siempre es mortal sin tratamiento. La mayoría de los pacientes sobrevive muchos años después del diagnóstico debido a la disponibilidad de la terapia antirretroviral de alta actividad (TAAA). Esta terapia ha incrementado enormemente el tiempo de vida de las personas con VIH.

Las investigaciones continúan en las áreas de tratamientos farmacológicos y desarrollo de una vacuna.

CAPÍTULO II

PSICOLOGIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

1. Definición de Cuidados Paliativos

La OMS los define de la siguiente manera: “Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La Medicina Paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia”⁵.

2. Historia de los Cuidados Paliativos

“En el siglo IV antes de Cristo no se consideraba ético tratar al enfermo durante su proceso de muerte”⁶. Los médicos tenían miedo de hacerlo por el riesgo de ser castigados y perder sus bienes por desafiar a las leyes de la naturaleza. A partir de la propagación de la doctrina cristiana se establece la necesidad de ayudar al enfermo que se enfrenta con una muerte próxima. De hecho, tanto el sanador prehistórico, como el médico, hasta bien entrado el siglo XX, debían dedicar la mayoría de sus esfuerzos a aliviar los sufrimientos de sus pacientes, dejando la curación más en manos de la

⁵ Sepúlveda C. Los cuidados paliativos: perspectiva de la Organización Mundial de la Salud. *Dolentium Hominum* 2005; 58(1): 16-19.

⁶ Sanz Ortiz J. Historia de la Medicina Paliativa. *Historia. Med Pal* 1999;6:48-58.

naturaleza y la fortuna, que basada en sus restringidos conocimientos y recursos. Por lo tanto, la paliación no constituye una actividad intrínsecamente nueva en medicina; la novedad, estriba en la reorganización y profesionalización del proceso paliativo ante ingentes cambios sanitarios y socio-culturales acaecidos en el último tercio de este siglo.

Diferentes autores, Jaime San Ortiz, Josep Porta, Marcos Gómez, coinciden en que la fundación del St. Christopher's Hospice con la figura de Cicely Saunders (enfermera, asistente social y después médico), constituye el antes y el después en la historia de los Cuidados Paliativos y con ello de las Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias.

3. Geriatría y Cuidados Paliativos

El informe europeo de la Organización Mundial de Salud sobre cuidados paliativos afirma enfáticamente que "existen evidencias considerables de que la gente envejecida sufre innecesariamente debido a una carencia de evaluación y de tratamiento generalizados de sus problemas y a la falta de acceso a los programas de cuidados paliativos"⁷.

La aparición de recientes experiencias en la literatura y la inclusión del paciente geriátrico en los foros de discusión de las Sociedades Internacionales de Cuidados Paliativos, demuestran una seria implicación entre la Geriatría y la Medicina Paliativa.

La Organización Mundial de la Salud propone a finales de los años 80 que "los cuidados paliativos constituyan un elemento inherente a toda política sanitaria racional, recomendando ampliar sus beneficios a pacientes no oncológicos"⁸.

⁷ 11. Bertachini L. Envejecer: desafíos, valores y dignidad (vídeo). El 18no congreso de la Asociación Internacional de Gerontología. Rio de Janeiro, Junio 26-30, 2005.

⁸ Organización Mundial de la Salud. Alivio de dolor de cáncer y cuidados paliativos: un reporte de un comité de expertos de la OMS. Geneva: OMS; 1990.

El anciano presenta con frecuencia patología tumoral avanzada. Las personas mayores de 65 años suman el 13% de la población total, y padecen el 55% de todos los tumores diagnosticados y el 67% de las muertes por cáncer. “Los ancianos reciben menos indicaciones de técnicas preventivas o de detección precoz y suelen ser diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad, no siendo subsidiarios de tratamiento curativo coexistiendo junto con su patología tumoral, problemas específicos de la población anciana”⁹.

“Existen también en el anciano otras enfermedades no oncológicas de larga duración, que en algún momento de su evolución llegan a un estadio final, con ausencia de tratamiento específico, síntomas múltiples y cambiantes, gran impacto emocional para el paciente y su familia, pudiendo incluirse en programas de cuidados paliativos. Algunos ejemplos: enfermedades crónicas respiratorias (EPOC, enfermedades neuromusculares, patología restrictiva), enfermedades neurológicas (demencia, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, accidentes cerebrovasculares extensos con incapacidad residual no rehabilitable), insuficiencia avanzada de órganos básicos (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal terminal, cirrosis hepática) y otras patologías”¹⁰. Por todo lo expuesto, la Geriatria y la Medicina Paliativa tienen muchos puntos de encuentro y de aportaciones mutuas, que deben de utilizarse para un mayor beneficio del paciente geriátrico subsidiario de cuidados paliativos.

4. Fundamentos de los Cuidados Paliativos

“Los principios de los cuidados paliativos son útiles para la atención de gran número de condiciones distintas, y son aplicables desde fases iniciales

⁹ Fentini IS, Tirelli U, Monfardin IM. El cáncer en el anciano. ¿Por qué está tan mal tratado? Lancet (ed. Esp) 1990;17.

¹⁰ Espauella Panicot J. Cuidados paliativos en otras patologías. II Congreso de la Sociedad Española de Cuidados paliativos 1998; Libro de abstract: 142-143.

de la evolución de la enfermedad hasta el proceso de morir. Los cuidados paliativos promueven la participación activa de la familia durante el proceso de morir y establecen medidas de atención del duelo; representan, a su vez, una activa participación de la sociedad y de los cuidadores informales”¹¹.

4.1. Objetivos Generales¹²

1. Mantener al paciente cómodo y tan libre de síntomas como sea posible, aun cuando no pueda expresarlo. Esta confortabilidad incluirá la mejora de su apariencia personal para que se sienta digno y presentable para los procedimientos y exámenes, así como para recibir a sus familiares.
2. Establecer metas realistas de tratamiento.
3. Todo lo que se haga deberá ser apropiado para el paciente, no para preservarle la vida sino para hacerla más confortable y llena de significado, por lo que se evitarán los procedimientos innecesarios que creen ansiedad, a pesar de la aceptación médica, o razones de investigación, si así lo desea el paciente. Un tratamiento paliativo que es peor que la enfermedad no es digno de hacerse ni de ofrecerse.
4. Proporcionar el cuidado médico como parte de un todo que va desde la curación en un extremo, al cuidado terminal en el otro.
5. Ofrecer a los pacientes una oportunidad para dialogar, sobre su enfermedad y ser informados de su diagnóstico, tratamiento, pronóstico, las inmediatas y futuras implicaciones de la familia, incluso costos, en términos comprensibles. Es de suma importancia guardar su privacidad, así como la confidencialidad de todas las conversaciones y registros.

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales para el control del cáncer: Políticas y pautas de directivas. Geneva: OMS; 2002.

¹² Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E. Fundamentos de los Cuidados Paliativos. En: Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E, eds. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Eunsa. Pamplona 1995; 29-36.

6. Satisfacer en la medida que sea posible, las necesidades espirituales, emocionales y psicológicas de los pacientes y aceptar sus respuestas sin reaccionar ante éstas en una forma que interprete como un rechazo.
7. Apoyar a la familia y a los seres queridos para que mejoren su relación entre sí y se reduzca la sobrecarga que representa la enfermedad.

4.2. Necesidades de los Pacientes en Fase Terminal¹³

El enfermo con enfermedad terminal es un ser muy necesitado de ayuda de diverso tipo, a causa de sus múltiples necesidades biológicas, psicológicas, espirituales (de carácter ético y religioso) y familiares. Requiere una atención integral para poder aceptar el padecimiento en caso de terminalidad y vivir la vida que le queda con la mayor dignidad posible.

4.2.1. Necesidades Biológicas

“El enfermo precisa una atención médica y de enfermería minuciosa en relación con todos los aspectos biológicos: sueño, alimentación, higiene, eliminación, y sobre todo de síntomas de la enfermedad (dolor, vómitos, tos, hipo, disnea, etc.). Es muy importante tranquilizarle asegurándole que se hará todo lo posible para aliviar los síntomas que le afligen.

Un buen control biológico (médico y de enfermería) produce un aumento del bienestar de los enfermos, mientras que cualquier defecto del mismo lo deteriora no permitiendo satisfacer el resto de necesidades.

¹³ Astudillo W, Mendinueta C. Necesidades de los pacientes en fase terminal. En: Astudillo W, Mendinueta C y Astudillo E, eds. Eunsa. Pamplona 1995; 67-82.

4.2.2. Necesidades Psicológicas

“La enfermedad provoca una convulsión en el mundo interior de quien la padece, que se encuentra de repente ante algo que no puede dominar y que tampoco, a su parecer, dominan plenamente los médicos. Si es particularmente grave, el paciente se interioriza y empieza a plantearse interrogantes sobre el sentido de la vida, del dolor, y de la muerte, etc. a los que pretende buscar solución.

Las necesidades psicológicas del enfermo con cáncer avanzado son numerosas. Muchos de ellos no sacarán a la luz sus preocupaciones si no se les pregunta específicamente por las mismas y, a menos que éstas sean reconocidas y atendidas, será por lo general imposible lograr un adecuado tratamiento del dolor y de otros síntomas molestos. El personal sanitario deberá considerar siempre que está tratando a una persona, más allá de un organismo biológico, para darle en todo momento un trato cortés y afectivo en la conversación, atenciones y en las explicaciones sobre lo que le sucede, el tratamiento que recibe y el porqué de sus síntomas”¹⁴.

4.2.3. Búsqueda de un sentido y necesidades espirituales

“La falta de una finalidad para vivir produce desesperanza y depresión. El enfermo mantiene la esperanza cuando tiene una meta. Frecuentemente, es de ayuda procurar encontrarle unas pocas metas realizables, que pueden cambiar conforme la muerte se acerca. Si el objetivo final puede alcanzarse mediante el logro de una serie de objetivos menores, tanto el paciente como el equipo asistencial podrán mantener viva la esperanza. La mayoría de los pacientes se adaptan mejor a la muerte cuando experimentan que existe un interés profundo amistoso, sincero y sostenido.

¹⁴ Murray Parkes. Aspectos psicológicos. En Saunders C, ed. Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Salvat. Barcelona 1980; 59-88.

En algunos casos, el psicólogo puede contribuir para que el paciente pueda dejar un mejor recuerdo, y a preparar a los familiares ante el futuro. Una buena manera de ayudarlo al enfermo es interesarse por su vida pasada, por los eventos más importantes y recalcar todo lo bueno que ha hecho o los intentos que ha realizado para conseguirlos. El paciente necesita sentirse confortado de conocer que sus esfuerzos han dado su fruto.

El sufrimiento tiene su origen en los retos que amenazan a la integridad de la persona como compleja entidad social y psicológica. La persona que se adapta mejor es aquella que permanece realista y esperanzada en toda situación. Asignar un significado a la afección nociva reduce frecuentemente o incluso resuelve el sufrimiento asociado con ella.

Algunos pacientes derivarán de sus creencias religiosas la fuerza necesaria para seguir.

Es importante recordar que esta parte de la vida aglutina diferentes aspectos físicos, psicológicos y sociales de las personas, lo que está relacionado con la búsqueda íntima del significado y el propósito de la vida, de la verdad y del conocimiento y con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales así como el perdón, la reconciliación y la afirmación de valores.

El apoyo religioso puede ser especialmente importante para el creyente por lo que las preguntas sobre el tema espiritual deberán hacerse muy delicadamente, con amabilidad y pleno respeto hacia el derecho del paciente a tener sus propios valores y creencias, y a permanecer en silencio ante dichas preguntas. Es posible conseguir información acerca del concepto que el enfermo tiene de Dios, preguntándole si Dios o la religión son significativos para él y si el hecho de estar enfermo ha cambiado sus creencias, o su manera de practicar la religión. Si la respuesta es afirmativa, se le puede pedir que describa sus sentimientos en palabras sencillas. El paciente tiene derecho a esperar que sus creencias espirituales sean respetadas y escuchadas con atención. Si hay respeto y confianza mutuas y el ambiente

es apropiado, el paciente comparte generalmente sus experiencias y anhelos espirituales, lo que le genera un notable bienestar. Nuestro deber como equipo de apoyo es facilitarle, si así lo desea, la participación en las actividades religiosas, privadas o comunitarias, y darle la necesaria intimidad y el oportuno acceso a los consejos espirituales”¹⁵.

4.2.4. Necesidades de despedirse

El paciente suele desear despedirse, poder dar las últimas instrucciones y hacer la paz con aquellos que tuvo diferencias, hechos estos que toman su tiempo y que no pueden ser satisfactoriamente realizados si se retrasan demasiado, porque hacia el final el paciente puede estar muy débil, haberse deteriorado mentalmente, o estar muy sedado. Las personas encuentran más difícil despedirse de aquellos con los que tuvieron una relación altamente conflictiva. Es como si quisieran aclarar las cosas primero para luego poder decirse adiós. Estos problemas deberán ser confrontados con la familia y el paciente para que puedan ser resueltos de modo oportuno y se procurará ayudarle para que tengan una comunicación más abierta entre sí.

4.2.5. Necesidades del Paciente Inconsciente

“En la proximidad del fallecimiento, muchos pacientes parecen entrar en un estado crepuscular entre la vida y la muerte. Cuando el paciente pierde la conciencia, parece continuar siendo consciente del sonido y el tacto, y de otros sentidos en un menor grado, siendo posible que perciba a veces la presencia de otra gente a pesar de encontrarse aparentemente en la inconsciencia más profunda. Esto se demuestra al observar cómo el paciente

¹⁵ Carreras M y Borrel R. Aspectos espirituales. En Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J y Viladiu P, eds. Cuidados Paliativos en oncología. Editorial Jims, Barcelona 1996; 403-411.

se torna molesto e intranquilo si se le deja solo, mientras que se vuelve apacible cuando alguien se sienta con él. Aún en las etapas finales puede haber cosas importantes que los miembros de la familia necesiten decir al paciente, por lo que es siempre sorprendente las veces que se escuchan sus respuestas. Es nuestro deber asegurarles privacidad porque a pesar de que no pueda responder verbalmente, es posible que aún pueda escuchar.

Existen igualmente otras ocasiones en que el enfermo desea abstenerse de toda comunicación aún con sus seres queridos, y cualquier molestia que se le ocasiona le irrita intensamente. Puede ser una forma de evitar el dolor de la partida y prepararse para la muerte. Entonces, aunque esté consciente, el paciente mantiene sus ojos cerrados casi todo el tiempo y rehúsa comer o beber. Este es un tiempo pacífico y la transición a la inconsciencia es a menudo imperceptible.

Es muy importante manejarle delicadamente en todo momento, como si se tratase de un paciente consciente, llegando aún a explicarle las cosas que se le van a hacer como los procedimientos de cateterización, cambios posicionales o ponerle inyecciones. Se le indicará que el dolor será mantenido bajo control, que no está solo, informándole sobre quién ha llegado, la hora del día, etc., porque ello puede contribuir a dar paz a su mente. Respetar de esta forma su dignidad, no solo ayuda a la familia sino también le sirve de recuerdo al equipo de que está cuidando a esa persona. Muchos familiares están preocupados cuando el paciente es incapaz de tomar la comida o el agua. Puede serles de ayuda una explicación del motivo por el que ya no son beneficiosos¹⁶.

¹⁶ Lozano A, Borrell R, Alburquerque E y Novellas A. Cuidados en la situación de agonía. En Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J y Viladiu P, eds. Cuidados Paliativos en oncología. Editorial Jims, Barcelona 1996; 237-248.

4.2.6. Necesidades de la Familia

“Muchos familiares demandan que alguien escuche sus aflicciones y su ansiedad personal, sus sentimientos de culpa y frustración. La familia deberá ser informada puntualmente de la evolución de la enfermedad, sobre cómo se manejan los síntomas molestos y la forma como será la etapa final. Muchas familias atraviesan las mismas etapas de adaptación a la enfermedad y muerte que los enfermos, y requieren una especial comprensión si se han detenido en algunas de ellas. Agradecerán que el equipo de atención y el médico sean también sensibles a sus preocupaciones, que se les ayude a mejorar la comunicación, a vencer especialmente la conspiración de silencio, si ésta existe, y que si desean, se les involucre en el cuidado del enfermo, proporcionándoles la ayuda que en las etapas finales puedan requerir. Estos elementos influyen de modo significativo en el periodo de duelo, fase en la cual también el médico dejará una ventana abierta para la comunicación posterior con la familia, debido a que en esta etapa, suelen ser necesarias, quizá más que nunca, unas manos amigables. Puede ser preciso un seguimiento durante varios meses, o a veces por más tiempo, especialmente si los deudos tienen un escaso apoyo social”¹⁷.

¹⁷ Novellas A, Gómez-Batiste X, Guerra R y Salvador G. Atención a la familia. En Gómez- Batiste X, Planas J, Roca J y Viladiu P, eds. Cuidados Paliativos en oncología. Editorial Jims, Barcelona 1996; 299-312.

- Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo. Barcelona 1969.

CAPITULO III

EL DUELO

1. Definición

“El duelo humano se define como una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido”¹⁸.

2. Elaboración del Duelo

Es el transcurso del proceso desde que la pérdida se produce hasta que se supera. Esta elaboración puede comenzar antes de la pérdida en el caso de que ésta se pueda prever con cierta antelación.

2.1. Determinantes en la Elaboración del Duelo

Algunos determinantes que influyen en la elaboración del duelo son:

- Tipo de relación afectiva con el fallecido.
- Duración de la enfermedad mortal y la agonía, en caso de existir.
- Grado de parentesco.
- Carácter de la muerte.
- Aspecto del cadáver.

¹⁸ Poch C, Herrero O. La muerte y el duelo en el contexto educativo. Barcelona: Ediciones Paidós; 2003.

- Grado de dependencia.
- Sexo del superviviente.
- Soporte social, redes sociales.
- Fe religiosa o planteamiento filosófico vital.
- Presencia o no de otras experiencias de duelo.

A esto habría que añadir el factor cultural y social, que puede hacer que la elaboración del duelo difiera mucho, si bien no deja de ser fundamental el tipo de vínculo y el apego que el deudo tenía con el ser fallecido. Otro factor es la presencia de terceros a los que la pérdida les afecte (*duelo solidario*).

2.2. Ayuda Profesional

En los casos en los que cueste superar la elaboración del duelo, este puede convertirse en un problema e incluso en un *duelo patológico*. Si esto sucede o antes de que suceda, conviene acudir a un profesional (psicólogo).

3. Manifestaciones Externas del Duelo

La manifestación externa del duelo es el luto, que es su expresión formalizada y cultural.

El duelo también se puede exteriorizar con llantos, rabia, ataques violentos y un buen número de reacciones, todas ellas normales en esos momentos. Hay que tener en cuenta que para una buena elaboración y superación del duelo no es aconsejable querer huir de esas sensaciones de dolor, pues no se pueden enfrentar si no se sienten, lo contrario sería la negación de la pérdida, lo que llevaría a comportamientos desadaptativos.

4. Cronología del Duelo

La enorme variabilidad del duelo depende de las características de la persona en duelo, su situación personal y antecedentes, de “quien” es la persona fallecida para el doliente, de las causas y circunstancias de su fallecimiento, de las relaciones sociofamiliares, y de las costumbres sociales, religiosas, etc. de la sociedad en la que vive. A pesar de toda esta enorme variabilidad se puede describir la evolución del duelo a lo largo del tiempo:

- a) **Duelo anticipado** (pre-muerte). Tiempo caracterizado por el shock inicial ante el diagnóstico y la negación de la muerte próxima; también por la ansiedad, el miedo y el centrarse en el cuidado del enfermo. Este período es una oportunidad para prepararse psicológicamente para la pérdida y deja profundas huellas en la memoria.
- b) **Duelo agudo** (muerte y peri-muerte). Son momentos intensos y excepcionales, de verdadera catástrofe psicológica, caracterizados por el bloqueo emocional, parálisis psicológica, y sensación de aturdimiento e incredulidad ante lo que se está viviendo.
- c) **Duelo temprano**. (semanas hasta 3 meses después de la muerte). Es un tiempo de negación, de búsqueda del fallecido, de estallidos de rabia, y de intensas oleadas de dolor y llanto, de profundo sufrimiento. La persona no se da cuenta todavía de la realidad de la muerte.
- d) **Duelo intermedio**. (meses hasta años después de la muerte). Es un tiempo entre el duelo temprano y el tardío, en el que no se tiene la protección de la negación del principio, ni el alivio del paso de los años. Es un periodo de tormentas emocionales y vivencias contradictorias, de búsqueda, presencias, culpas y autorepoches, donde continúan las punzadas de dolor intenso que llegan en oleadas. Con el reinicio de lo cotidiano se comienza a percibir progresivamente la realidad de la pérdida, apareciendo múltiples duelos cíclicos en el primer año (aniversarios, fiestas, vacaciones) y la pérdida de los roles

desarrollados por el difunto. Es también un tiempo de soledad y aislamiento, de pensamientos obsesivos. Este proceso es tan penoso como decisivo, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida. Finalmente los períodos de normalidad son cada vez mayores. Se reanuda la actividad social y se disfruta cada vez más de situaciones que antes eran gratas, sin experimentar sentimientos de culpa. El recuerdo es cada vez menos doloroso y se asume el seguir viviendo. Varios autores sitúan en el sexto mes el comienzo de la recuperación, pero este período puede durar entre 1 y 4 años.

- e) **Duelo tardío.** Transcurridos entre 1 y 4 años, el doliente puede haber establecido un nuevo modo de vida, basado en nuevos patrones de pensamiento, sentimiento y conducta que puede ser tan grato como antes, pero sentimientos como el de soledad, pueden permanecer para siempre, aunque ya no son tan invalidantes como al principio.
- f) **Duelo latente.** A pesar de todo, nada vuelve a ser como antes, no se recobra la mente pre-duelo, aunque sí parece llegarse, con el tiempo, a un duelo latente, más suave y menos doloroso, que se puede reactivar en cualquier momento ante estímulos que recuerden.

5. Etapas del Duelo Individual

Se describen 3 fases (Lindenmann, Brown, Schulz):

1. Fase inicial o de evitación: Reacción normal, surge como defensa y perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe. Shock e incredulidad, negación que dura horas, semanas o meses. Sentimiento arrollador de tristeza, que se expresa con llanto frecuente. Inicia el proceso de duelo, poder ver el cuerpo y lo que oficializa la realidad de la muerte es el entierro, que cumple con la función de separar al muerto de los vivos.

2. Fase aguda de duelo: Dolor por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso pseudo-alucinaciones, la rabia emerge suscitando angustia. Trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con la persona amada y reconocer la ambivalencia de toda relación; todas las actividades del doliente pierden significado en esta fase. Va disminuyendo con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios y puede durar 6 meses o más.

3. Resolución del duelo: Fase final, gradual reconexión con vida diaria, estabilización de altibajos de etapa anterior. Los recuerdos de la persona desaparecida traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar del dolor agudo y la nostalgia.

Se describen 4 tareas para completar el duelo:

- Aceptar la realidad de la pérdida.
- Experimentar la realidad de la pérdida.
- Sentir el dolor y todas sus emociones.
- Adaptarse a un ambiente en el cual falta el ser que murió, aprender a vivir sin esa persona o animal, tomar decisiones en soledad, retirar la energía emocional y reinvertirla en nuevas relaciones.

6. Tipología del Duelo

El duelo no es una enfermedad en sí mismo, aunque puede convertirse en una si su elaboración no es correcta. Diferentes autores han dado diferentes tipologías de duelo, si bien se carece de una tipología comúnmente aceptada por todos.

a) Duelo bloqueado: Ocurre una negación a la realidad de la pérdida, donde hay una evitación del trabajo de duelo, y un bloqueo emocional-cognitivo que se manifiesta a través de conductas, percepciones ilusorias, síntomas somáticos o mentales o relacionales.

b) Duelo complicado: Síntomas o conductas de riesgo sostenidas en el tiempo y de intensidad riesgosas para la salud dentro de un contexto de pérdida.

c) Duelo patológico: La persistencia o intensidad de los síntomas ha llevado a alguno o varios de los miembros de la familia a detener la vida laboral, social, académica, orgánica.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODO # 1

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE, HAD)

Autores: A.S Zigmong. R. P. Snaith

Referencia: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361.370.

Evalúa: Detección de trastornos depresivos y ansiosos en el contexto hospitalario no psiquiátrico.

N° de Ítems: 14

Administración: Autoaplicada

DESCRIPCIÓN

La HAD fue diseñada con la intención de crear un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos que cumpliera las siguientes condiciones:

- No estar contaminado por la sintomatología de la patología física que presenta el paciente.
- Diferenciar claramente entre los trastornos de tipo depresivo y los de tipo ansioso.

Se recomienda que se utilice como instrumento de detección o cribado: en el caso de que puntúe como positivo la evaluación ha de complementarse con otras escalas más específicas y heteroaplicadas (p. ej., las escalas de Hamilton)

La HAD está constituida por 14 ítems, ninguno de los cuales hace referencia a síntomas somáticos. Los ítems se agrupan en dos subescalas, cada una de ellas con 7 ítems:

- Subescala de ansiedad: está centrada en sus manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, nervios en el estómago, angustia). Son los ítems impares.
- Subescala de depresión: centrada en la anhedonia (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión). Son los ítems pares.

Tradicionalmente se viene utilizando de forma autoaplicada, si bien uno de sus autores (Snaith, 1987) recomienda que sea heteroaplicada.

El paciente ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo Likert que unas veces hace referencia a intensidad del síntoma y otras veces a frecuencia de presentación. En cualquier caso, la escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso).

El marco de referencia temporal es la semana previa.

Está adaptada y validada al español.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Para cada subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman. Cabe recordar que los ítems impares conforman la subescala de ansiedad y los pares la de depresión.

En ambas subescalas la puntuación obtenida se interpreta de acuerdo a los siguientes criterios:

- 0-7: Rango de Normalidad = No hay necesidad de tratamiento, pero sí de una nueva evaluación para corroborar el diagnóstico.
- 8-10: Caso Probable = Tratamiento Necesario
- 11-21: Caso de Ansiedad o de Depresión = Tratamiento Urgente

MATERIAL Y MÉTODO # 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN FIC¹⁹

Descripción:

Es un método para describir a una persona de la manera más completa posible.

La descripción se limita a la apariencia de la persona, a estructuras morfológicas y formas de transcurrimiento de la conducta relativamente estables.

Se debe formar una impresión sin inferencias diagnósticas, tratando de formarla acerca de la persona y no observando las conductas en progreso.

Para la observación de individuos es necesario tener un concepto de lo que es llamativo y de lo que es normal p. e. sin experiencia el observador no podrá discriminar entre niños de 4, 5 y 6 años.

Solo con el entrenamiento se va obteniendo la experiencia debida que brinda criterios relativamente estables, o lo que es lo mismo, sistemas de referencia internos, con los que se pueden localizar las posiciones relativas de un individuo dado.

Aparte del sistema de referencia interno fruto de la experiencia pueden existir fluctuaciones por otras causas p. e. el grupo de investigación a la que corresponde el sujeto (niños, enfermos mentales hospitalizados, neuróticos, delincuentes juveniles, retardados mentales, etc.) Esa fluctuación del sistema de referencia en general, dependiente de los estímulos del ambiente más fuertes, se conoce bajo el nombre de “EFECTO DE ANCLA” establecidos por Hetson.

¹⁹ Balarezo, Lucio; Mancheno, Silvia. Guía para el Diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico. UNIGRAF Quito. Pág. 12-13

Con la experiencia suficiente el observador puede utilizar éste método como herramienta para inferir factores psíquicos de síntomas observables, siendo necesario aprender un gran número de relaciones entre síntomas o grupos de síntomas y sus posibles causas p. e. masticar las uñas (síntoma) no es en sí mismo suficiente para inferir la causa (neurosis) ya que en psicología existe rara vez una relación fija entre síntoma y causa, pudiendo diferentes causas manifestarse en el mismo síntoma o viceversa.

Comparándole con otros métodos se pueden señalar los siguientes puntos:

- Los juicios que se forman con la ayuda de este método no se expresan de manera cuantitativa sino en forma cualitativa siendo que la comparación entre observadores resulta difícil.
- Junto con la descripción del escenario este método representa más bien un instrumento para completar otros métodos.
- Sirve además para que el observador se forme una impresión consciente, basándose en hechos y sin caer en el error de poner rótulos a la gente antes de haberles observado con cuidado.

La eficacia de su utilización se va incrementando con la experiencia.

MATERIAL Y MÉTODO # 3

LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA CLÍNICA

LA ENTREVISTA INDIVIDUAL Y FAMILIAR:

En el trabajo psicológico de investigación diagnóstica se hace imprescindible la utilización de la entrevista tendiente a la recolección de datos informativos.

En general se procede en la toma de datos directamente o a través de la información que proporcionan los familiares, esto debido a las diferentes limitaciones que poseen los sujetos.

La entrevista individual se la efectúa al paciente siguiendo, la metodología propuesta en la historia clínica.

La entrevista con los familiares sirve para complementar la información de la historia cuyos datos no han sido referidos por el paciente.

MODELO DE ENTREVISTA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Por lo general, la primera entrevista dura una hora aproximadamente; las posteriores unos 45 minutos. En todas ellas el paciente se coloca frente al terapeuta, separados ambos por una mesa de despacho; se le interroga por su nombre, dirección, edad, número telefónico y demás datos de identificación, si el paciente muestra oposición a la toma de nota de los

datos, se le recuerda que el informe es confidencial y que no será visto por nadie sino por el terapeuta.

Con los pacientes lúcidos y colaboradores, es mejor iniciar el interrogatorio con preguntas rutinarias que llevan poca carga emocional tales como los datos antes mencionados, luego podríamos decirle ahora dígame su problema; "ambos estudiaremos su problema, intentaremos que usted mejore".

El primer paso en la serie de operaciones terapéuticas consiste en obtener del paciente una historia detallada de sus dificultades y síntomas. Se debe poner el máximo cuidado en la identificación de los acontecimientos que han provocado la actual situación; así como también de los factores que han ido apareciendo, tanto para agravar como para atenuar los síntomas.

Muchos pacientes pueden relacionar la aparición de diversas reacciones con ocurrencias específicas o estados crónicos; otros pueden fijar, dentro de límites razonables, el momento de aparición de sus síntomas, sin poder dar ninguna otra explicación acerca de las demás circunstancias relevantes. Hay un tercer grupo de pacientes que no puede recordar nada, sobre la aparición de sus reacciones; tratamos de ayudarles a evocar los sucesos con más calma, con la esperanza de que surja algún recuerdo, pero si al cabo de unos minutos no aparecen factores significativos dejemos de presionar sobre dicho punto, diciendo al paciente que no tenemos ninguna intención de dedicar gran cantidad de tiempo a hurgar en la historia pasada, porque aunque es interesante y a veces útil, no es necesario: "para vencer sus reacciones neuróticas es de mayor importancia y trascendencia determinar cuates son los estímulos que la evocan en el momento actual". Sin embargo, más tarde cuando el caso presenta nuevos aspectos, solemos volver a la historia pasada de una secuencia de hechos particulares. Suele ocurrir también que algunos pacientes de vez en cuando y espontáneamente suministran datos de gran importancia.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Se recolectan de acuerdo a la historia clínica.

CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN:

Tratamos de investigar en qué condiciones llegó el paciente; si fue traído por alguien o si vino por su voluntad.

MOTIVO DE CONSULTA:

Se investiga los síntomas principales que el paciente presenta en el momento de la entrevista; y por los cuales acude a la consulta.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Tratamos de investigar cómo se ha desarrollado su malestar actual, qué impresión tiene del mismo y por qué tiempo se ha mantenido.

ENFERMEDAD PASADA:

Investigaremos la evolución de la enfermedad desde épocas lo más remotas posible en la vida del paciente; los tratamientos que ha tenido; si ha obtenido o no buenos resultados, etc.

PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA:

En este punto se investiga todo lo relacionado a la vida del paciente, como su desarrollo; en lo normal y también en cualquier tipo de enfermedad que haya padecido.

PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA:

En este punto tratamos de investigar, la mayor cantidad de antecedentes posibles con relación a los familiares más próximos del paciente; tanto en el aspecto normal como en cuanto a lo patológico.

HISTORIA SOCIAL:

Investigamos de la manera más minuciosa posible el desarrollo social del paciente, en los diferentes medios en los que se ha desenvuelto.

HISTORIA LABORAL

Trataremos de conocer las diferentes actividades que ha realizado el paciente en el campo laboral, así como las relaciones que ha mantenido con jefes y compañeros.

HISTORIA PSICOSEXUAL

Investigamos el desarrollo del paciente respecto a lo sexual y las relaciones con el sexo complementario.

EXAMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS

En cuanto al aspecto físico podemos ayudarnos con la observación, así podremos saber en qué condiciones se presenta el paciente en cuanto a su indumentaria, arreglo personal, limpieza, desaliño de ropa, cuidado de cabellos, barba, etc. Para el aspecto psíquico también es importante la observación, ya que podemos percibir si el paciente se encuentra excitado, inquieto, deprimido, perplejo, su mímica facial, expresividad, tono de voz, etc.

Se investiga las siguientes áreas:

- 1) Conciencia del Yo y Orientación Autopsíquica
 - Orientación Alopsíquica
- 2) Exploración de la Atención
- 3) Exploración de las Sensopercepciones
 - Alucinaciones y Pseudoalucinaciones Auditivas
 - Alucinaciones y Pseudoalucinaciones Visuales
 - Alucinaciones Gustativas
 - Alucinaciones Olfatorias
 - Alucinaciones Táctiles
- 4) Exploración de la Memoria
 - Anterógrada y Retrógrada: se puede investigar en el transcurso de la entrevista pero también podemos preguntar por hechos recientes y pasados, respectivamente.
 - Memoria de Fijación
 - Evocación

5) Exploración del Pensamiento: en lo referente a la estructura y el curso del pensamiento, si hay algún trastorno nos daremos cuenta durante la entrevista.

- Contenido

6) Exploración de la Afectividad

7) Exploración de la Voluntad

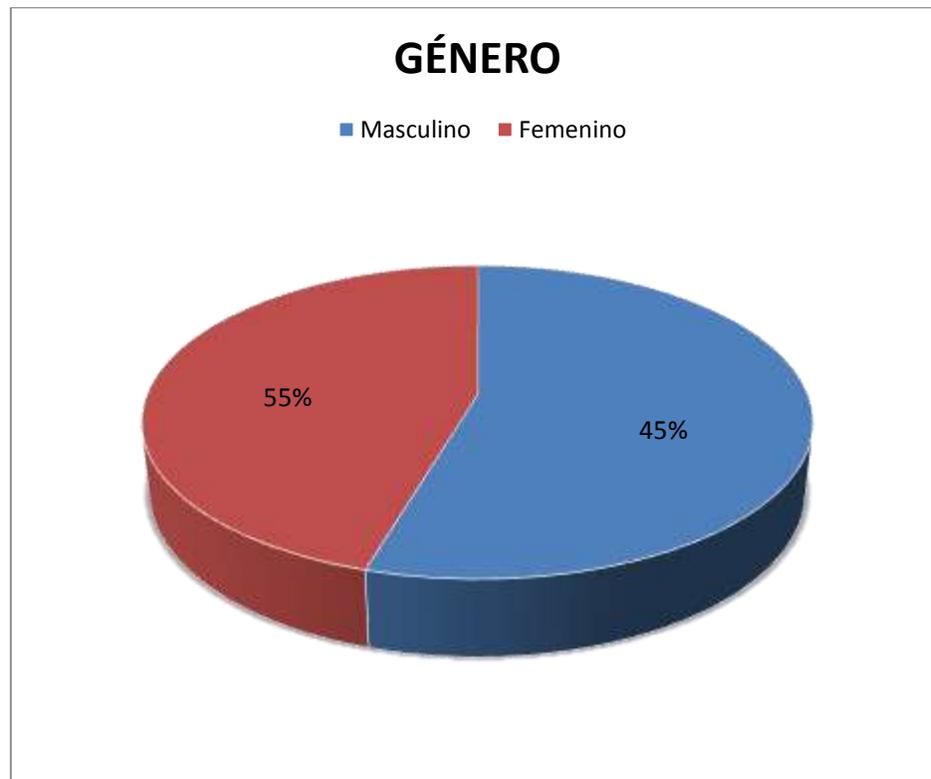
VI. ANÁLISIS Y RESULTADOS

TABLA # 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GÉNERO

GÉNERO	NÚMERO
Femenino	5
Masculino	6
TOTAL	11

GRÁFICO #1



Fuente: Entrevista Psicológica

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población investigada conformada por un universo de 11 pacientes, se evidencia la presencia de población masculina en un 55% correspondiente a 6 personas, mientras que la población femenina esta en 45% que equivale a 5 pacientes.

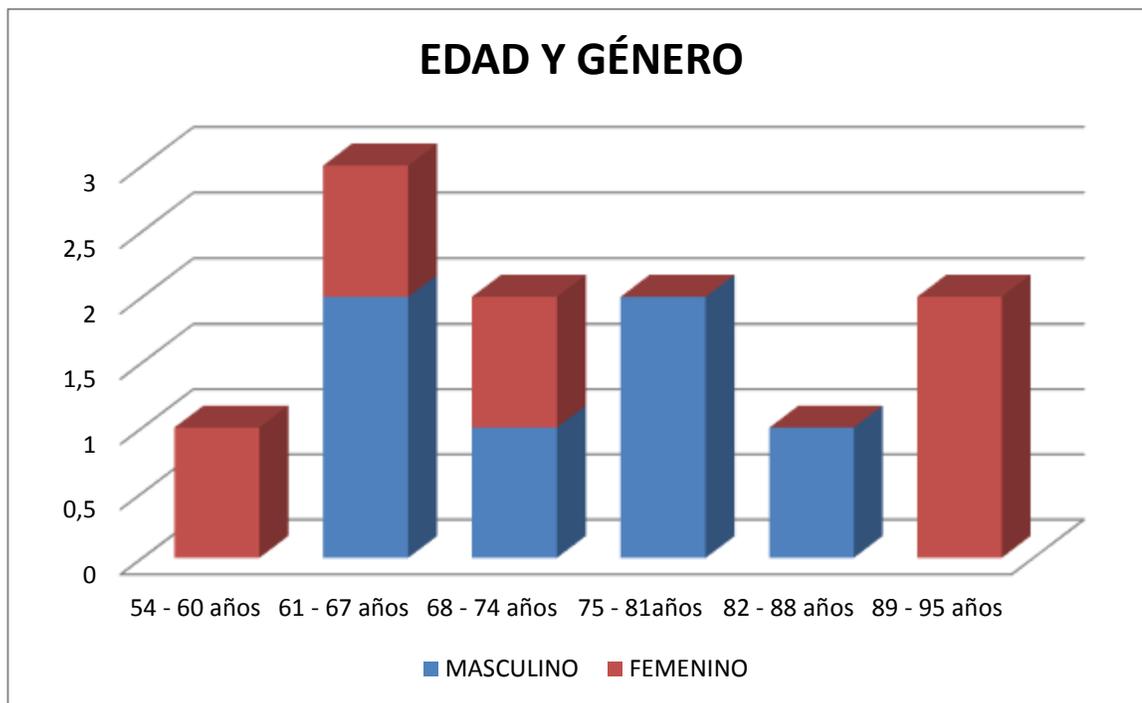
Análisis Cualitativo: Podemos deducir según este gráfico que las enfermedades terminales son más frecuentes en varones que en mujeres con una diferencia de 6 a 5.

TABLA # 2

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y GÉNERO

RANGO DE EDAD	GÉNERO		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
54 - 60 años	1		1
61 - 67 años	1	2	3
68 - 74 años	1	1	2
75 - 81 años		2	2
82 - 88 años		1	1
89 - 95 años	2		2
TOTAL	5	6	11

GRÁFICO # 2



Fuente: Entrevista Psicológica

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población investigada deducimos que la edad de la población fluctúa entre 54 a 95 años, siendo mayor el rango de 61 a 67 años, con 3 pacientes.

Análisis Cualitativo: Se observa que la mayoría de la población se encuentra dentro de los rangos de tercera edad; además, la población femenina son quienes se hallan en los bordes de edad, es decir en los rangos de 54-60 años y 89-95 años, es decir son las más jóvenes y también las de mayor edad, proyectando como conclusión a simple vista que el sexo femenino presenta mayor incidencia de enfermedades terminales a edades más tempranas, sin embargo también son quienes perduran por más tiempo con la enfermedad.

TABLA # 3

CUADRO ESTADÍSTICO DE FUNCIONES MENTALES

FUNCIONES MENTALES	NÚMERO
Conservadas	5
Deterioradas	6
TOTAL	11

GRÁFICO # 3



Fuente: Entrevista Psicológica

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población investigada se pudo concluir que la mayoría de la población, es decir el 55% correspondiente a 6 personas, tiene sus funciones mentales con deterioro a nivel de conciencia, orientación, lenguaje, etc., mientras que el 45% equivalente a 5 pacientes las conserva.

Análisis Cualitativo: De acuerdo a la estadística, la población que conserva sus funciones mentales superiores es mayoritariamente femenina.

TABLA # 4

**CUADRO ESTADÍSTICO DEL ESTADO DE ORIENTACIÓN DE LOS
PACIENTES**

ORIENTACIÓN	NÚMERO
Conservada	5
Deteriorada	6
TOTAL	11

GRÁFICO # 4



Fuente: Entrevista Psicológica

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población investigada deducimos que la mayoría de la población, es decir el 55% correspondiente a 6 personas, se encuentran desorientados, mientras que el 45% equivalente a 5 pacientes se presentan orientados.

Análisis Cualitativo: Los pacientes que se presentan orientados son en su mayoría mujeres y las dificultades de orientación más comunes son por lo general alopsíquicas.

TABLA # 5

**CUADRO ESTADÍSTICO DEL ESTADO DE CONCIENCIA DE LOS
PACIENTES**

CONCIENCIA	NÚMERO
Conservada	5
Deteriorada	6
TOTAL	11

GRÁFICO # 5



Fuente: Entrevista Psicológica

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población investigada se pudo concluir que la mayoría de la población, es decir el 55% correspondiente a 6 personas, tiene deteriorada su conciencia, mientras que el 45% equivalente a 5 la conserva.

Análisis Cualitativo: La población masculina es la que presenta un mayor deterioro a nivel de su conciencia.

TABLA # 6

**CUADRO ESTADÍSTICO DEL ESTADO DE LA MEMORIA DE LOS
PACIENTES**

MEMORIA	NÚMERO
Conservada	5
Deteriorada	6
TOTAL	11

GRÁFICO # 6



Fuente: Entrevista Psicológica

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población investigada concluimos que la mayoría de la población, es decir el 55% correspondiente a 6 personas, tiene su memoria deteriorada, mientras que el 45% equivalente a 5 la conserva.

Análisis Cualitativo: La presencia de la relación edad – memoria se hace evidente en este estadio, ya que se demuestra una variable directa entre mayor edad y mayor dificultad mnémica, sobre todo de tipo anterógrada, mientras que la memoria retrógrada se conserva.

TABLA # 7

**CUADRO ESTADÍSTICO DEL ESTADO ATENCIONAL DE LOS
PACIENTES**

ATENCIÓN	NÚMERO
Conservada	5
Deteriorada	6
TOTAL	11

GRÁFICO # 7



Fuente: Entrevista Psicológica

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población investigada deducimos que la mayoría de la población, es decir el 55% correspondiente a 6 personas, tiene su atención deteriorada, mientras que el 45% equivalente a 5 pacientes la conserva.

Análisis Cualitativo: Las dificultades atencionales en la población son más en varones que en mujeres y entre las más comunes en la población observada son la hipoprosxia, la aprosxia y la distraibilidad.

TABLA # 8

CUADRO ESTADÍSTICO DEL ESTADO DE CONCENTRACIÓN DE LOS PACIENTES

CONCENTRACIÓN	NÚMERO
Conservada	4
Deteriorada	7
TOTAL	11

GRÁFICO # 8



Fuente: Entrevista Psicológica

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población investigada se pudo observar que la mayoría, es decir el 64% correspondiente a 7 personas, tiene su concentración deteriorada, mientras que el 36% equivalente a 4 pacientes la conserva.

Análisis Cualitativo: Los problemas de concentración se hacen más evidentes en la población masculina.

TABLA # 9

CUADRO ESTADÍSTICO DEL ESTADO DE LAS SENSOPERCEPCIONES DE LOS PACIENTES

SENSOPERCEPCIONES	NÚMERO
Conservadas	3
Deterioradas	8
TOTAL	11

GRÁFICO # 9



Fuente: Entrevista Psicológica

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población investigada deducimos que la mayoría, es decir el 73% de la población, correspondiente a 8 personas, presenta alteración de las sensopercepciones, mientras que el 27% equivalente a 3 personas las conserva.

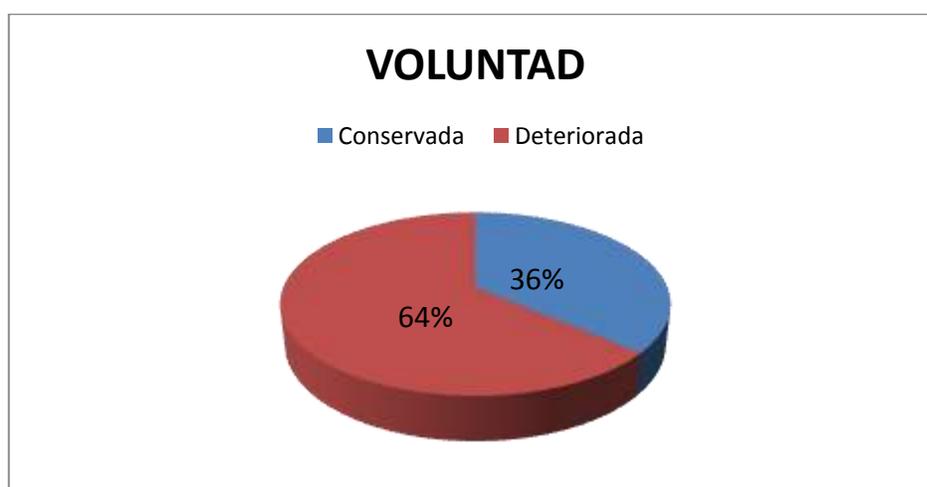
Análisis Cualitativo: Las alteraciones de las sensopercepciones son más frecuentes en la población femenina, y entre las más comunes se encuentran: las ilusiones y las alucinaciones (visuales y auditivas).

TABLA # 10

**CUADRO ESTADÍSTICO DEL ESTADO DE VOLUNTAD DE LOS
PACIENTES**

VOLUNTAD	NÚMERO
Conservada	4
Deteriorada	7
TOTAL	11

GRÁFICO # 10



Fuente: Entrevista Psicológica

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población investigada concluimos que la mayoría de la población, es decir el 64% correspondiente a 7 personas, tiene su voluntad deteriorada, mientras que el 36% equivalente a 4 la conserva.

Análisis Cualitativo: Los problemas a nivel de voluntad más comunes según las estadísticas son: hipobulia, abulia, estereotipias y negativismo.

TABLA # 11

**CUADRO ESTADÍSTICO DEL ESTADO DEL PENSAMIENTO DE LOS
PACIENTES**

PENSAMIENTO	NÚMERO
Coherente	4
Deteriorado	7
TOTAL	11

GRÁFICO # 11



Fuente: Entrevista Psicológica

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población observada deducimos que la mayoría, es decir el 64% de la población, correspondiente a 7 personas, tiene su pensamiento deteriorado, mientras que el 36% equivalente a 4 pacientes lo conserva.

Análisis Cualitativo: Las estadísticas indican que los trastornos del pensamiento en la población de estudio son los siguientes: retardo y bloqueo en el curso del pensamiento, perseveración, incoherencia y disgregación en la estructura, e ideas dominantes y obsesivas acerca de la muerte y pensamiento dicotómico.

TABLA # 12
CUADRO ESTADÍSTICO DEL ESTADO DEL LENGUAJE DE LOS
PACIENTES

LENGUAJE	NÚMERO
Conservado	5
Deteriorado	6
TOTAL	11

GRÁFICO # 12



Fuente: Entrevista Psicológica
Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población investigada se puede concluir que la mayoría, es decir el 55% de la población, correspondiente a 6 personas, tiene su lenguaje deteriorado, mientras que el 45% equivalente a 5 pacientes lo conserva.

Análisis Cualitativo: Las dificultades del lenguaje más frecuentes son: ecolalia, tartamudeo y dificultades en la pronunciación.

TABLA # 13

CUADRO ESTADÍSTICO DEL ESTADO DE LOS INSTINTOS DE LOS PACIENTES

INSTINTOS	NÚMERO
Conservados	3
Deteriorados	8
TOTAL	11

GRÁFICO # 13



Fuente: Entrevista Psicológica

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población investigada deducimos que la mayoría, es decir el 73% de la población, correspondiente a 8 personas, presenta alteración de los instintos básicos, mientras que el 27% equivalente a 3 los conserva.

Análisis Cualitativo: Los instintos básicos que se presentan en la población, parcialmente deteriorados, dependiendo del estado anímico del paciente son: la alimentación y el sueño; mientras que los instintos de defensa y sexual están ausentes en la población.

TABLA # 14

CUADRO ESTADÍSTICO DEL TIPO DE ENFERMEDAD MÁS FRECUENTE EN LA POBLACIÓN

TIPO DE ENFERMEDAD	NÚMERO
Cáncer	5
Diabetes	3
Accidente Cerebro-Vascular	3
TOTAL	11

GRÁFICO # 14



Fuente: Entrevista Psicológica
Investigadora: Diana Luzuriaga

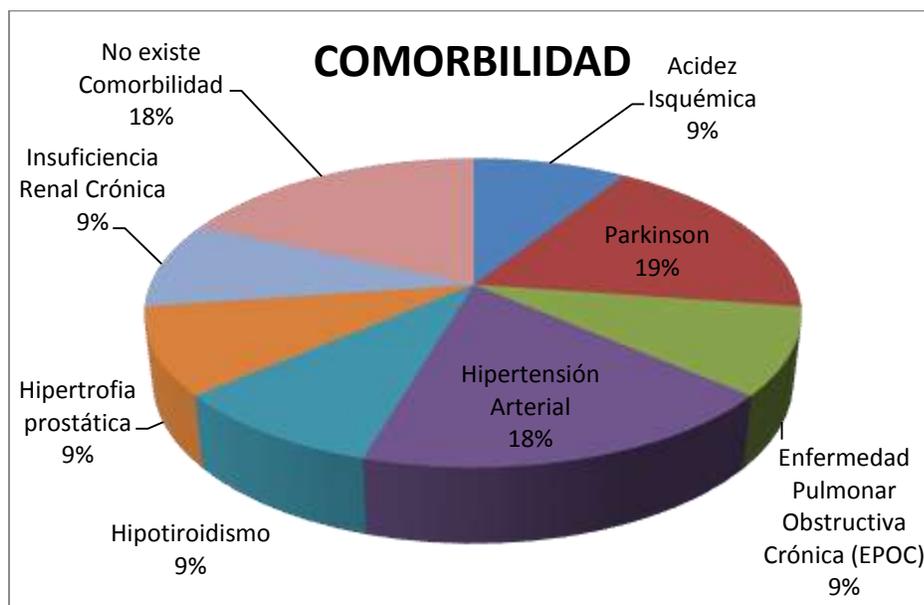
Análisis Cuantitativo: En el presente estudio se evidenció que la mayoría de la población, es decir un 46% correspondiente a 5 pacientes, padecen de Cáncer, mientras que otras enfermedades como la Diabetes y los Accidentes Cerebro Vasculares se encuentran en una proporción del 27% cada uno que equivale a 3 pacientes.

Análisis Cualitativo: Las presentes estadísticas corroboran algunos de los estudios que indican que en nuestra ciudad la prevalencia e incidencia de cáncer es muy elevada. Además el tipo de cáncer más frecuente en la población es de estómago, seguido por el de pulmón.

TABLA # 15
CUADRO ESTADÍSTICO DE LA COMORBILIDAD DE LAS
ENFERMEDADES

COMORBILIDAD	NÚMERO
Acidez Isquémica	1
Parkinson	2
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	1
Hipertensión Arterial	2
Hipotiroidismo	1
Hipertrofia prostática	1
Insuficiencia Renal Crónica	1
No existe Comorbilidad	2
TOTAL	11

GRÁFICO # 15



Fuente: Entrevista Psicológica

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: En la presente investigación se pudo observar que la mayoría de la población presenta comorbilidad es decir el 82% equivalente a 9 pacientes, padece de alguna otra enfermedad, entre ellas: Parkinson 19% (2 pacientes), Hipertensión Arterial 18% (2 pacientes), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 9% (1 paciente), Hipotiroidismo 9% (1 paciente), Hipertrofia Prostática 9% (1 paciente), Insuficiencia Renal Crónica 9% (1 paciente), Acidez Isquémica 9% (1 paciente); mientras que el 18% no presenta comorbilidad lo que equivale a 2 pacientes.

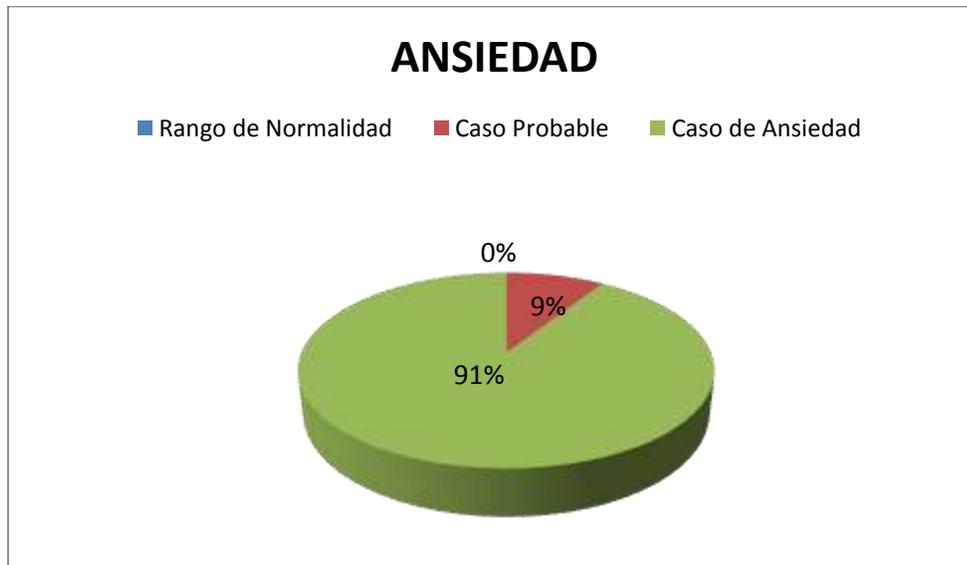
Análisis Cualitativo: Esta figura demuestra que una mínima parte de la población padece de una enfermedad solamente, mientras que el resto presenta multipatologías, aparte de las mencionadas como: delirios y demencias, propias de la tercera edad.

TABLA # 16

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)

ANSIEDAD	NUMERO
Rango de Normalidad	0
Caso Probable	1
Caso de Ansiedad	10
TOTAL	11

GRÁFICO # 16



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HAD

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: De la población investigada deducimos que la mayoría, es decir el 91% de la población, correspondiente a 10 pacientes, padece de Ansiedad, mientras que solamente el 9% que es 1 paciente es un caso probable.

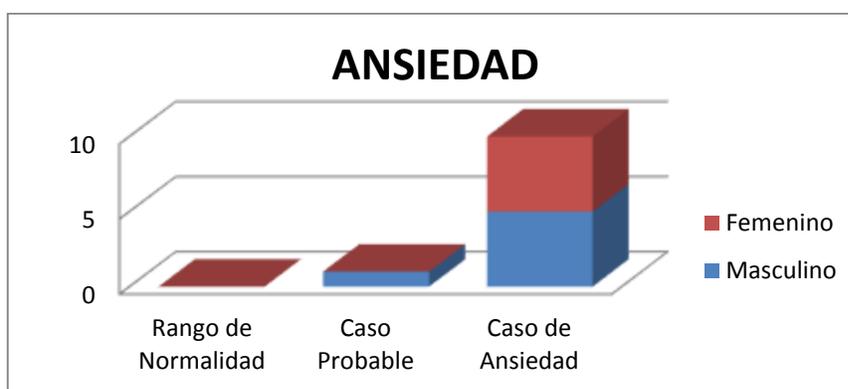
Análisis Cualitativo: La mayoría de pacientes presenta síntomas psicológicos producto de su enfermedad médica.

TABLA # 17

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)

ANSIEDAD	GÉNERO		
	Masculino	Femenino	
Rango de Normalidad	0	0	
Caso Probable	1	0	
Caso de Ansiedad	5	5	
TOTAL	6	5	11

GRÁFICO # 17



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HAD
Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: En la presente investigación se pudo observar que la mayoría de la población tanto femenina como masculina se encuentran en igual proporción en casos de ansiedad con 10 pacientes, en casos probables solo existe población masculina, con 1 paciente, y en el rango de normalidad no hay casos.

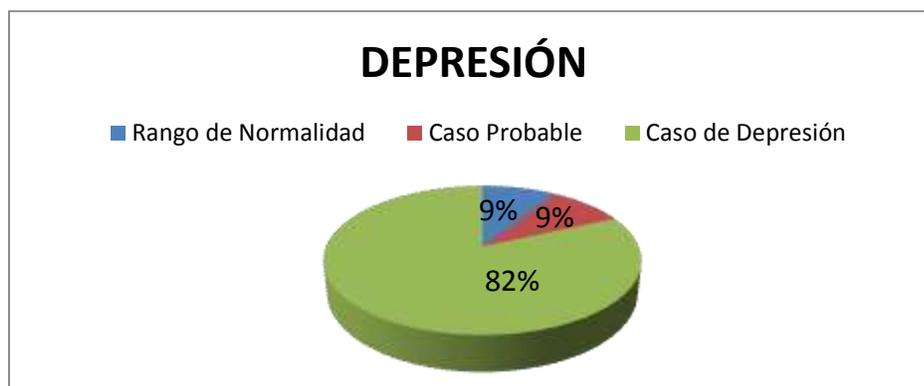
Análisis Cualitativo: La prevalencia de trastornos ansiosos se presenta en igual proporción en ambos sexos.

TABLA # 18

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)

DEPRESIÓN	NUMERO
Rango de Normalidad	1
Caso Probable	1
Caso de Depresión	9
TOTAL	11

GRÁFICO # 18



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HAD

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: En el presente estudio se pudo evidenciar que la mayoría de la población, es decir el 82% correspondiente a 9 pacientes, padece Depresión, mientras que solamente el 9% equivalente a 1 paciente es caso probable y el 9% (1 paciente) se encuentra dentro del Rango de Normalidad.

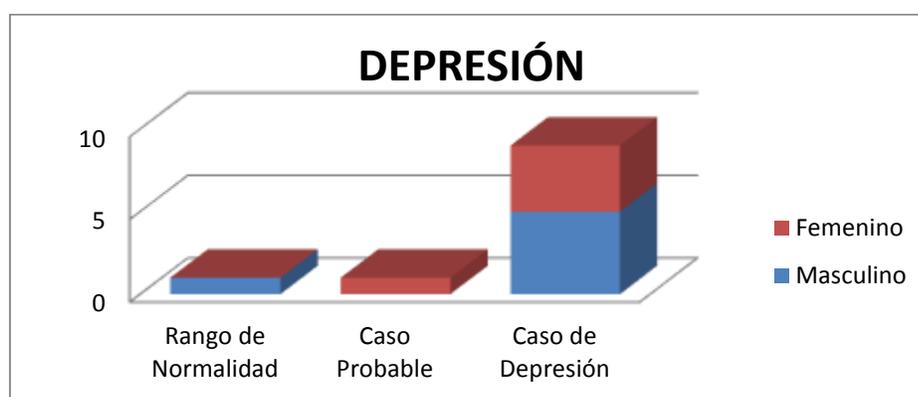
Análisis Cualitativo: Trastornos psicológicos como la Depresión se hacen muy evidentes en este tipo de pacientes.

TABLA # 19

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)

DEPRESIÓN	GÉNERO		
	Masculino	Femenino	
Rango de Normalidad	1	0	
Caso Probable	0	1	
Caso de Depresión	5	4	
TOTAL	6	5	11

GRÁFICO # 19



Fuente: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HAD
 Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: En la presente investigación se pudo observar que en la mayoría de la población tanto femenina como masculina (9 pacientes) se presentan casos de depresión, en casos probables solo existe población femenina, con 1 paciente, y en el rango de normalidad solo masculina con 1 paciente.

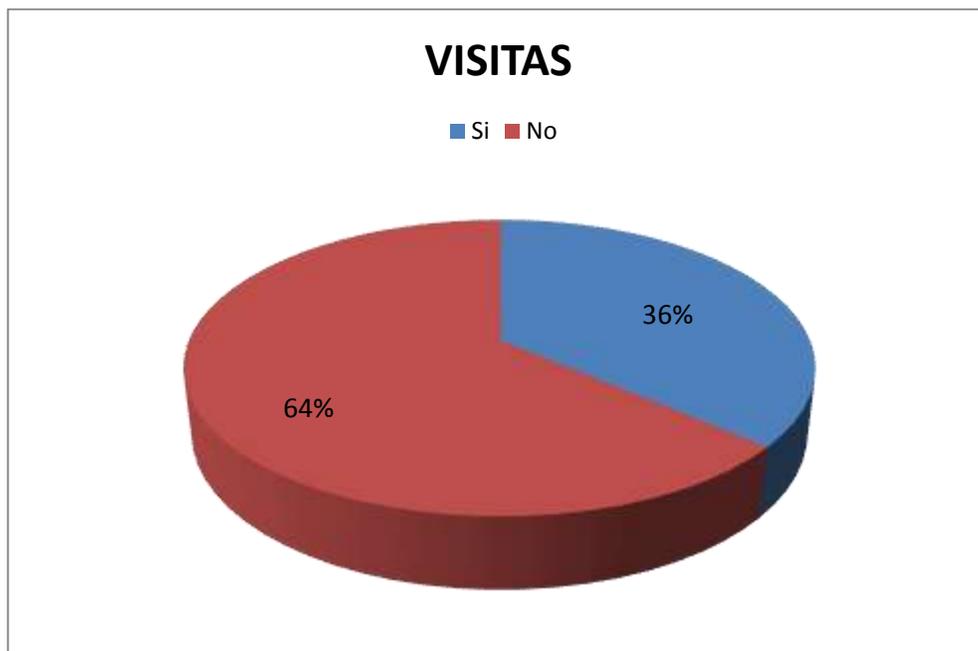
Análisis Cualitativo: Si sumamos los casos probables y los de depresión podemos observar que se presentan mayoritariamente en la población femenina.

TABLA # 20

**CUADRO ESTADÍSTICO DE LAS VISITAS QUE RECIBEN LOS
PACIENTES**

VISITA DE FAMILIARES Y AMIGOS	NUMERO
Reciben Visita	4
No reciben Visita	7
TOTAL	11

GRÁFICO # 20



Fuente: Observación Clínica y Entrevista Psicológica con el Paciente y el Cuidador

Investigadora: Diana Luzuriaga

Análisis Cuantitativo: En el presente estudio se observó que la mayoría de la población, es decir el 64% equivalente a 7 pacientes no recibe visitas, mientras que solamente el 36% correspondiente a 4 casos si lo hacen.

Análisis Cualitativo: La relación entre los pacientes que reciben visitas y su estado de salud general: tanto física como espiritual y psicológica, arroja interesantes resultados, ya que los pacientes que reciben visitas de familiares y amigos conservan un estado de salud superior al de los que no las tienen, lo que indica que el apoyo emocional de la familia es de vital importancia en este tipo de enfermedades, además de revelar el valor de los factores psicológicos no solo en la salud mental sino también física.

VII. DISCUSIÓN

Considerando que en la actualidad el número de enfermedades terminales se acrecenta y la mayoría de los enfermos terminales y sus familias sufren un gran impacto emocional ante la inminente presencia de la muerte. Los Cuidados Paliativos representan la respuesta profesional y científica a las múltiples necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales de este tipo de pacientes.

A través del presente trabajo de investigación realizado en la Casa para Enfermos Terminales "Liga de Caridad" de la Ciudad de Loja, Fundación cuya labor es la acogida y cuidado de las personas que se encuentran en la etapa terminal de su enfermedad, contando actualmente con una población de 11 pacientes, en los que evidencié la existencia de factores psicológicos coadyuvantes a su enfermedad, tales como: el 55% tiene sus funciones mentales superiores, deterioradas (orientación, atención, concentración, memoria, pensamiento, conciencia, lenguaje), el 91% de la población padece ansiedad y el 82% depresión; así como el 64% de la población no recibe visitas de sus familiares, lo cual también es importante considerando que el apoyo familiar en esos momentos es vital. Estos resultados asemejan, en líneas generales, con los de diversos estudios que se han dedicado a la indagación de problemas psicológicos en las enfermedades terminales.

Es así que, autores como Pilar Arranz, quien es psicóloga, miembro del Grupo Soporte del Hospital Universitario La Paz de Madrid y Directora Técnica del Instituto Antäe, y Ramón Bayés Sopena, Doctor en Filosofía y Letras (Sección de Psicología) y Diplomado en Psicología Clínica por la Universidad de Barcelona, quien desde mediados de los años 80 ha venido trabajando en el campo de los cuidados paliativos. Ha sido miembro cofundador de la Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos (1989) y vicepresidente de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, ha publicado "Psicología del sufrimiento y de la muerte" (2001) e "Intervención

emocional en cuidados paliativos", este último en co-dirección con P. Arranz, J. Barbero y P. Barreto (2003, 2005), y ha sido compilador de "Ética y sedación al final de la vida" (2004) y de "Dolor y sufrimiento en la práctica clínica"(2004), los mismos que son paralelos al estudio vigente, ya que también se analizó los aspectos emocionales en los enfermos terminales así como su respectiva intervención.

Instituciones como la Universidad Complutense de Madrid también alberga cuantiosos estudios investigativos como tesis doctorales entre las cuales destaco aquellas que haciendo un análisis comparativo son complementarias con la tesis actual, entre las más enfatizadas: Características del Anciano con Enfermedad Oncológica en Fase Terminal en el Medio Hospitalario Sociosanitario; La espera. El proceso de morir en el mundo de los cuidados paliativos; Enfermedad terminal y psicología de la salud. Guía Clínica. Alivio del dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos 2005; El psicólogo ante el enfermo en situación terminal (M. Pilar Barreto) Universidad de Valencia.

En América Latina también se han realizado estudios y campañas como la realizada por el Ministerio de Salud de Chile denominada Guía Clínica para el Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos.1st Ed. Santiago: Minsal, 2005; en Brasil la realizada por el Instituto de Cáncer del Estado de São Paulo denominado Servicio de Cuidados Paliativos (Milena dos Reis Bezerra de Souza).

En nuestro país aunque no está muy difundida la importancia vital que representan los cuidados paliativos, sobre todo a nivel psicológico, también contamos con Centros que brindan ayuda y soporte al enfermo terminal, la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos FECUPAL lleva más de una década brindando una atención integral a los pacientes en esta etapa de la vida; también en la Ciudad de Quito el Hospice "San Camilo", en la Ciudad de Cuenca el Centro de Acogida de la Fundación al Servicio del Enfermo de Cáncer (Fasec), donde se atiende a pacientes de Azuay, Cañar, de la Amazonia sur, Loja y El Oro, también el Hogar "Miguel León" a través de su

extensión, el Centro de Acogida “Sor Margarita Camacho”. En la Ciudad de Guayaquil, la “Casa del Hombre Doliente” y en la Ciudad de Loja la Casa “Liga de Caridad”; si bien es cierto todas estas Fundaciones brindan asistencia al enfermo terminal, se debe considerar que la mayoría de ellas no cuentan con un servicio de atención multidisciplinario especialmente en el ámbito psicológico que es el que me compete, carecen de este tipo de atención considerada indispensable para ayudar a morir bien a los usuarios de las mismas, por lo que considero de vital importancia el presente trabajo investigativo, que no solo aporta información acerca de los diferentes perímetros y aspectos relacionados con la enfermedad terminal y sus procesos, sino también hacer énfasis en la elaboración del Modelo de Intervención Psicológica aquí planteado con el objetivo de facilitar una base de apoyo en la institución en la que se realizó el trabajo vigente sino también es una plataforma para que las diversas fundaciones adopten las alternativas de intervención y estrategias que permitan una atención eficaz, precisa y de calidad en cada una de las entidades clínicas que se presenten.

VIII. CONCLUSIONES

La presente Tesis es un profundo trabajo que queda plasmado como una completa guía de revisión bibliográfica acerca de las Enfermedades Terminales y todas sus implicaciones, como base para futuras investigaciones y como una vía para continuar profundizando el tema, y quizás ser perfeccionado en un futuro.

Luego del proceso de investigación realizado en la Casa para Enfermos Terminales “Liga de Caridad, y a través de la exploración realizada se pudo concluir lo siguiente:

- La enfermedad más frecuente en la Ciudad de Loja obtenida a través de la muestra estudiada es el Cáncer, seguido de los Accidentes Cerebro-Vasculares y de la Diabetes, con sus diferentes subtipos y comorbilidades.
- Se constató en la población objeto del presente estudio las siguientes características:
 - La mayoría de los pacientes son geriátricos de 65 a 95 años.
 - La mayoría presentan síntomas psicológicos como la ansiedad, depresión, confusión y problemas con las funciones mentales superiores.
 - Los aspectos psicosociales de la población son escasos debido a que han sido abandonados por la familia y su estado de aislamiento social.

El presente trabajo será un modelo a seguir para posibles intervenciones futuras.

IX. RECOMENDACIONES

El presente trabajo de tesis requirió de una ardua labor de investigación, así como de análisis y síntesis por parte de la autora.

Por lo que recomiendo:

- A la Universidad Nacional de Loja, a través de la Carrera de Psicología Clínica, fomentar y propiciar que los estudiantes tengan un acercamiento práctico con pacientes en etapa terminal para permitir un conocimiento profundo del tema, a la vez que los educandos utilicen esto como un método de incentivo para realizar futuras investigaciones acerca de la Atención Psicológica en Cuidados Paliativos.
- A la Casa de Enfermos Terminales “Liga de Caridad”, fomentar la inclusión de los familiares en el tratamiento del paciente, así como las visitas, de tal manera que se constituya la familia en apoyo emocional para el paciente terminal.
- A la Casa de Enfermos Terminales “Liga de Caridad”, la implementación de un equipo multidisciplinario: Médico, Psicólogo Clínico, Enfermera; con el objetivo de conseguir un tratamiento integral en el paciente terminal; así como la atención por parte del Psicólogo Clínico al paciente, la familia, al cuidador primario y al equipo, que se encuentran sometidos a alto nivel de estrés, el mismo que puede desencadenar en patología psíquica por las circunstancias emocionales que conlleva el cuidado y la pérdida del enfermo terminal.
- Al Gobierno Local de la Ciudad de Loja, la ejecución de políticas e implementación de programas de prevención a través de campañas; de igual manera, debido a las necesidades de la población, la creación

de un nuevo centro que permita no solo la acogida del paciente terminal, sino también el tratamiento hasta el momento de la muerte.

MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ENFERMEDADES TERMINALES

CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos según la OMS se definen como “el cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo y por tanto el control del dolor, de otros síntomas y de problemas psicológicos, adquieren una importancia primordial, siendo el objetivo de los mismos conseguir la máxima calidad de vida para los pacientes y sus familias”.²⁰

La OMS define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.²¹

Objetivos Específicos de Intervención:

a) Procurar la comodidad del paciente y que permanezca tan libre de síntomas como sea posible, aun cuando no pueda expresarlo. Esta confortabilidad incluirá el esfuerzo por mejorar su apariencia personal para que se sienta digno y presentable para los diversos procedimientos y exámenes, así como para recibir a sus familiares.

b) Establecer metas realistas de tratamiento.

²⁰ OMS. Asistencia paliativa. En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer: Directrices sobre Política y Gestión. Ginebra: 1997, p.82-6.

²¹ OMS. Calidad de vida. En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión. Ginebra: 2002, 84-6.

- c)** Aplicar Psicoterapia de Apoyo Emocional, procurando la estabilidad tanto del enfermo terminal como de su familia.
- d)** Disminuir niveles de ansiedad mediante técnicas de relajación y otras intervenciones paliativas que estabilicen al paciente en etapa terminal.
- e)** Ofrecer al paciente terminal y su familia la comunicación del Diagnóstico Médico y Psicoeducación acerca de la enfermedad y los cuidados requeridos para el paciente a nivel biopsicosocial y espiritual.
- f)** Provocar reacciones catárticas que conlleven diálogo, perdón, despedidas, a nivel familiar e individual, con el fin de resolver pendientes y conseguir un proceso de muerte en paz.
- g)** Apoyar a la familia y a los seres queridos del paciente para que mejoren su relación entre sí y se reduzca la sobrecarga que representa la enfermedad.

ASPECTOS ÉTICOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La creciente importancia de la ética clínica viene determinada por la necesaria adaptación de la organización sanitaria a una sociedad en la que conviven valores muy distintos y que confluyen de forma determinante en el proceso cotidiano de toma de decisiones, haciéndolo más “democrática” y compartido entre el enfermo, la familia y el equipo terapéutico.

Principios

- 1.- Beneficencia (actuar siempre en beneficio del enfermo)
- 2.- No maleficencia (no dañar al enfermo)

3.- Autonomía (capacidad del enfermo para tomar decisiones).

4.- Justicia (derecho a ser bien atendido)

5.- Equidad (derecho a que no haya diferencias en la provisión de servicios).

Otros principios a considerar serían:

6.- Respeto por las personas y sus creencias (enfermos, familiares, equipos, otro),

7.- Proporcionalidad del tratamiento en enfermos incurables (evitar el encarnecimiento terapéutico).

8.- Honestidad en la intención de las actuaciones sanitarias.

9.- Información adecuada sobre el proceso y las decisiones.

Estos últimos aspectos atañen muy directamente al paciente anciano.

MODELO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA CASA PARA ENFERMOS TERMINALES “LIGA DE CARIDAD” DE LA CIUDAD DE LOJA

“Si no podemos dar días a la vida, demos vida a los días”

(Claude Bernard)

La Casa para Enfermos Terminales “Liga de Caridad” es una Fundación independiente que da acogida al enfermo en etapa terminal y le brinda atención a nivel físico y espiritual hasta el momento de la muerte. Su población fluctúa entre 11 a 20 pacientes.

En la perspectiva de lograr el desarrollo integral de esta población, he diseñado el Modelo de Intervención Psicológica basado en la Corriente Integrativa, la misma que se fundamenta en la reunión de algunas características esenciales de todas las corrientes psicológicas.

La Psicoterapia Integrativa se estructura en 5 etapas que se detallarán a continuación:

PRIMERA ETAPA: Adecuación de las demandas del cliente y terapeuta:

“Es la que está determinada a la evaluación del paciente, terapeuta y el ambiente como producto esencial para ayudar en el proceso psicoterapéutico.

Mediante las estrategias de la primera entrevista juzgamos el grado de interés o motivación del cliente y las restricciones que se observan en la demanda. Interesa establecer el tipo y origen de la demanda (causa por la que asiste a la terapia).

Nuestro paciente, en términos generales, posee una escasa cultura psicológica y psicoterapéutica, con un apego importante al modelo médico en su demanda que busca resultados breves y sintomáticos.

También nos enfrentamos a un paciente con prevalencia de pensamiento mágico e imaginario, no comprometido con el esfuerzo para modificarse por sí mismo, sino en espera de resultados provenientes del exterior o de fuerzas externas y sobrenaturales. El predominio del locus de control externo le impide asumir la responsabilidad sobre los resultados de sus acciones y le impulsa a buscar la supresión de sus dolencias y trastornos por mediación externa. El habitante ecuatoriano es afectivo, expresivo, con marcados sentimientos de solidaridad, arraigo y dependencia familiar”²².

Dentro de la intervención se sugiere una adecuada comunicación terapeuta-paciente.

Requisitos Básicos para la delimitación técnica de la psicoterapia

- a) El lugar físico, debe reunir las mínimas condiciones de iluminación, amplitud, comodidad y posibilidad de movilidad. Los recursos materiales son muy importantes: Guías de Observación, Entrevista e Historia Clínica, Reactivos Psicológicos.
- b) El Psicólogo Clínico, debe tener una formación acreditada, además de ser empático y flexible, con conocimientos técnicos y teóricos. Debe ser un profesional con alta sensibilidad humana, con profundo conocimiento de la conducta normal y patológica, apto para el abordaje global del psiquismo humano.

²² Balarezo, Lucio. Psicoterapia. 2006 UNIGRAF. Quito

Requisitos para el Encuadre de trabajo de la Psicoterapia

El profesional deberá establecer el consentimiento informado, consistente en la aceptación del paciente y/o la familia del tipo de tratamiento y del curso de la terapia. Lo que se deberá explicar es lo siguiente:

- a) Duración total del tratamiento: determinadas según las características propias del paciente y del trastorno que presente.
- b) Duración y horario de cada sesión: 1 hora.
- c) Periodicidad de las sesiones: 1-2 sesiones por semana, dependiendo de la capacidad del paciente para adherirse al tratamiento, las que irán aumentando o disminuyendo de acuerdo a la evolución del mismo. Incluimos aquí la entrevista a la familia.
- d) Finalmente se deberá asegurar al paciente y a la familia, la confidencialidad de la información abordada durante el tratamiento.

SEGUNDA ETAPA: Investigación clínica, comprende:

- a) Diagnóstico de personalidad premórbida, en el presente estudio solo se realizará de forma general y únicamente con los pacientes que así lo ameriten, debido a las dificultades para la comunicación de los mismos.
- b) Diagnóstico del problema o trastorno.

El diagnóstico es de vital importancia, ya que es la condición imprescindible para planificar el respectivo tratamiento.

En la presente investigación, el diagnóstico se basará en la observación clínica a través de la Guía de Observación FIC y en la aplicación de la Entrevista Clínica y la utilización de reactivos simples como la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression

Scale, HAD) debido a las condiciones de los pacientes, para lo cual se requerirá de la pericia del psicólogo.

Los diagnósticos serán de acuerdo con lo establecido en las clasificaciones internacionales estandarizadas de mayor aceptación mundial (DSM IV – CIE 10).

TERCERA ETAPA: Planificación del proceso, consiste en:

- a) Formulación dinámica del problema o trastorno, interrelación dinámica, desde la perspectiva integrativa del trastorno o problema con sus factores precipitantes, determinantes y mantenedores. En la Casa para Enfermos Terminales “Liga de Caridad” se obtuvo la siguiente problemática: Trastornos de Ansiedad y Depresión, además de Deterioro de las Funciones Mentales Superiores.
- b) Formulación dinámica de la personalidad. Descripción dinámica de la personalidad vinculada con el proceso de desarrollo, estilos cognitivos y formas de afrontamiento afectivo y comportamental.
- c) Señalamiento de objetivos: los que serán abordados en la terapéutica de cada trastorno.
- d) Señalamiento de técnicas:
 - **Técnicas Cognitivas:** conjunto de técnicas psicoterapéuticas que persiguen como objetivo el uso de pensamientos del paciente para la solución o mejora del problema, ayuda para llevar a cabo determinadas estrategias para sustituir o reemplazar a otros pensamientos que mantengan al problema o sean parte del mismo.
 - **Técnicas Conductuales:** conjunto de técnicas terapéuticas que persiguen como objetivos la modificación, adquisición o pérdida de comportamientos por parte del paciente.

Las técnicas cognitivas y conductuales que se han propuesto son:

- **Autoresgistro de Pensamientos** (parada de pensamiento), procedimiento desarrollado para la eliminación de patrones perseverantes de pensamientos con consecuencias negativas. Consiste en la detención de dichos pensamientos mediante una expresión verbal o imagen, lo antes posible en cuanto se presentan. Requiere un entrenamiento previo.
- **Habilidades Sociales:** conjunto de habilidades necesarias para una correcta interacción con otras personas. Incluye habilidades de conversación, alabanza, resolución de problemas, ayuda a los otros, agradecimiento, etc.
- **Autoinstrucciones:** inducción de cambios conductuales a través de instrucciones, reafirmaciones o apoyos que se da el mismo sujeto en las circunstancias críticas.
- **Asertividad:** implica la expresión adecuada de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas.
- **Refuerzo Positivo:** es cualquier consecuencia o acontecimiento que presentada posteriormente a la conducta incrementa la probabilidad de que esa respuesta aparezca en el futuro.
- **Autoreforzamiento:** cuando es el propio individuo quien aplica, exclusiva y contingentemente, las consecuencias reforzantes de la conducta. Requisitos del autoreforzamiento: que el sujeto emita la conducta libremente sin ser obligado a realizarla por agentes externos, y que la entrega contingente del refuerzo sea autoadministrada. Es importante determinar qué criterios conductuales y qué cantidad de refuerzo se obtendrá por la conducta realizada. Esto será decidido por el terapeuta y el

paciente, durante el diseño del programa de autoreforzamiento. Se deberá cuidar que el individuo no se vuelva poco a poco indulgente, relaje los criterios y se administre los refuerzos sin haber alcanzado el nivel de ejecución establecido.

- **Valoración del dominio y agrado:** pedir al paciente que registre, mediante una escala de 1 a 5, el nivel de agrado o dominio que realiza en sus actividades diarias. Permite valorar éxitos parciales y niveles bajos de agrado, contrarrestando así el pensamiento absolutista de “todo o nada”.
- **Ensayo Cognitivo:** pedirle al paciente que imagine los pasos que componen la ejecución de una tarea, lo que lleva a fijar su atención en los detalles potencialmente problemáticos y evitar la divagación.
- **Reestructuración Cognitiva:** tiene como objetivo identificar, analizar y modificar las interpretaciones o pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas. Se debe identificar los pensamientos negativos, el tipo de preguntas tienen que ir encaminadas en plantearse tres ámbitos: analizar hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad (objetividad), analizar las consecuencias de los pensamientos (consecuencias), analizar qué pasaría si lo que se piensa fuese cierto (relativizar). De esta manera se verá que hay pensamientos que no son realistas, que dificultan la resolución de la situación y que, aunque fuesen reales, el nivel de gravedad no sería tan alto como parecía en un principio y a su vez se buscan pensamientos alternativos ante dichas situaciones.
- **Terapia racional-emotiva:** se basa en la descripción y reconocimiento de las autoverbalizaciones en el paciente para contrarrestarlas mediante la práctica opuesta o antagónica y lograr la reorganización de las funciones cognitivas y emocionales del individuo, en una redefinición de los propios problemas y en la

modificación de las actitudes individuales para desarrollar pautas de conducta más eficaces y adecuadas.

- **Solución de Problemas:** se basa en conseguir en el paciente la adquisición de nuevas formas adaptativas orientadas a la tarea o a la defensa, suspendiendo el juicio crítico durante el ejercicio. Después analizan juntos las soluciones anotadas.
- **Relajación muscular progresiva:** técnica de relajación consistente en la identificación de zonas musculares tensas debido a los efectos de la ansiedad y su posterior e inmediata relajación a voluntad de la persona que la aplica.
- **Respiración controlada:** técnica de relajación consistente en que el cliente siga un patrón de respiración abdominal lento de 8 veces por minuto, que reduce la activación fisiológica producida por la ansiedad.
- **Psicoeducación:** las terapias cognitivas han otorgado gran importancia a explicar a los pacientes los principios y reglas de sus terapias y procedimientos, buscando la colaboración activa de los pacientes en ellas. También la necesidad de explicarles a los pacientes y sus allegados el conocimiento actual sobre determinados trastornos mentales y el manejo de ciertos factores para su mejor pronóstico, como el uso-seguimiento adecuado de la medicación, señales de recaída, estilos de comunicación adecuados con el paciente y la resolución de problemas.
- **Terapia de Apoyo:** emplea medidas directas para reducir los síntomas, para mantener, restaurar o mejorar la autoestima, las funciones del ego y/o habilidades adaptativas. La autoestima implica la sensación de eficacia, confianza, esperanza y autorespeto. Se enfoca en el aquí y ahora, la situación presente, se busca establecer una relación terapéutica que ayude al individuo en momentos de transición y le sirva de apoyo para procesos de

tipo adaptativo, aunque también está indicada en trastornos del afecto tales como la depresión, ansiedad y personas a las que por alguna razón no es posible llevar un proceso psicoterapéutico diferente.

Para su aplicación el profesional deberá mantener un esquema mental de pleno conocimiento de estas técnicas.

También será necesario educar a la familia y al cuidador primario del enfermo terminal.

CUARTA ETAPA: Ejecución y Aplicación Técnica.

“Las estrategias anotadas en la planificación se aplican durante el proceso con adaptaciones específicas para cada uno de los casos. También en esta etapa se evidencia una característica de flexibilidad técnica, de acuerdo a las condiciones de personalidad del sujeto, tanto en los recursos sintomáticos como en los relacionados con la personalidad”²³.

²³ Balarezo, Lucio. Psicoterapia. 2006 UNIGRAF. Quito

PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA

PRIMERA SESIÓN

Objetivo: Establecer una óptima relación terapéutica para conseguir una catarsis emocional, recopilación de la información y una aproximación diagnóstica.

Técnica: Establecimiento de la relación terapéutica; Entrevista Psicológica Individual y Familiar.

Modalidad: Individual y Familiar.

Procedimiento: El psicólogo debe propiciar la relación de confianza a través de la comunicación directa con el paciente aumentando así su percepción de control; la escucha activa, esencial en casos de enfermedad terminal ya que son personas con necesidades de ser escuchados y comprendidos, por lo que el profesional deberá ser muy perceptivo al identificar como elementos del sufrimiento la sensación de amenaza y el sentimiento de impotencia que le dan su carácter subjetivo; averiguando qué síntomas concretos biológicos y/o psicosociales percibe el enfermo como amenaza. A través del control de síntomas se atendería a eliminar o atenuar dichos síntomas y potenciar los propios recursos del enfermo, disminuir o eliminar la sensación de impotencia, validando sus sentimientos y necesidades. Además se debe usar el lenguaje no verbal para transmitir calidez, complicidad, capacidad de guardar secretos, o simplemente, transmitir presencia e incondicionalidad.

El Profesional debe ser muy observador para poder identificar sentimientos que no son transmitidos verbalmente.

SEGUNDA SESIÓN

Objetivo: Priorizar la vida del paciente a través de la concienciación de la necesidad del tratamiento y la adherencia a tratamientos paralelos (médico, espiritual, etc.).

Técnica: Psicoeducación y reestructuración cognitiva.

Modalidad: Individual

Procedimiento: Se psicoeducará al paciente en los procesos que conlleva su enfermedad, la necesidad de permanecer bajo tratamiento: médico, psicológico, espiritual; al mismo tiempo que se aplicará técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva para eliminar o modificar pensamientos erróneos acerca de la importancia de su vida y de llevarla lo mejor posible autónomamente y con una buena calidad de sus últimos días.

TERCERA SESIÓN

Objetivo: Encontrar un sentido a la vida para mejorar su situación actual y su estado emocional.

Técnica: El recuerdo como medio terapéutico

Modalidad: Individual

Procedimiento: El recordar el pasado puede ayudar a los pacientes a dar un nuevo sentido al presente. El estimular los recuerdos, pidiéndole que nos refiera los aspectos que ha considerado más importantes en su vida, en ocasiones con el empleo de fotografías, tiene un sinnúmero de beneficios. Generalmente da compañía, ayuda a sobrellevar el problema del aburrimiento, mejora la autoestima y el reconocimiento como individuo. Suele facilitarle encontrar algunas causas de sus actuales reacciones emocionales

(que pueden estar relacionadas con hechos pasados más que con los presentes). Aumenta su autoconfianza recordar que en el pasado pudo resolver dificultades, e integrar la experiencia presente de la enfermedad en el contexto de su vida, porque es necesario tener una idea positiva de la propia existencia para afrontar la muerte en mejores condiciones. Los enfermos aceptan más fácilmente ver llegar el fin de sus vidas cuando pueden concluir que todo ha ido por lo general bien, y que el balance ha sido más bien positivo.

CUARTA SESIÓN

Objetivo: Fomentar el establecimiento de metas razonables.

Técnica: Ensayo Cognitivo

Modalidad: Individual

Procedimiento: Se debe ayudar al paciente al planteamiento de metas a corto y mediano plazo que puedan ser cumplidas, para de esta forma mantener la ilusión y esperanza alcanzables en el periodo de tiempo que posee de vida, con lo que se disminuye la ansiedad y las preocupaciones constantes acerca de la muerte, ya que mantiene su tiempo ocupado.

QUINTA SESIÓN

Objetivo: Ayudar al paciente a la resolución de problemas y motivarlo para trabajar pendientes.

Técnica: Solución de Problemas

Modalidad: Individual

Procedimiento: Los pasos a seguir es ayudar al paciente sino puede valerse por sí mismo a poner por escrito todas sus inquietudes para verlas desde una perspectiva real que le permita resolver los problemas siguiendo una secuencia ordenada. Existen cosas que se pueden resolver pronto, otras que requieren su tiempo y finalmente, ciertas preocupaciones que no se solucionarán.

SEXTA SESIÓN

Objetivo: Ayudar al paciente a la disminución de preocupaciones y mantener un estado de tranquilidad psíquica.

Técnica: Autoregistro de Pensamientos y Autoinstrucciones

Modalidad: Individual

Procedimiento: Se conversa con el paciente y se realiza convenios para establecer unas horas determinadas para preocuparse, esto es, fijar una hora y lugar concretos para ocuparse de sus problemas, y anotar las preocupaciones que les vayan ocurriendo durante el día para tratarlas posteriormente en esa hora, después de lo cual deberán esforzarse en centrar su atención en algo más agradable. Cuando llegue el tiempo dedicado a la preocupación, tendrá nuevamente libertad para introducirse en sus problemas e intentar solucionarlos. Ello puede servir para hacer converger mucha energía mental en una actividad productiva durante un período limitado de tiempo. Estos ejercicios son interesantes para los insomnes del alba y los rumiantes y se basan en la aplicación intensa del principio psicológico denominado de "extinción" a todos los estímulos nocivos o irritantes hasta lograr apagarlos.

SÉPTIMA SESIÓN

Objetivo: Disminuir y/o eliminar síntomas ansiosos.

Técnica: Relajación por medio de Aflojamiento Directo

Modalidad: Individual y/o Grupal

Procedimiento: Se requiere enseñar y entrenar al paciente en la técnica para que la maneje de forma adecuada, lo que le permitirá reducir el dolor, tratar los temores, las angustias y fobias y atenuar las inquietudes de la vida cotidiana, a la vez que romper el círculo de pensamientos reiterativos de carácter negativo.

RELAJACION POR MEDIO DE AFLOJAMIENTO DIRECTO

"Se encuentra usted cómodamente sentado con los ojos cerrados; todas las partes de su cuerpo están apoyadas, de modo que no hay necesidad de que tenga ningún músculo en tensión. Aflójese cuanto le sea posible (pausa de 3 segundos).

Concéntrese en la mano derecha y, deshágase de cualquier tensión que pueda experimentar allí (pausa de 3 segundos). Relájese (pausa de 3 segundos). Relaje todos esos músculos todo lo que pueda (pausa de 3 segundos). Relaje los músculos del antebrazo derecho, aflójese más y más, de una manera cada vez más pronunciada. Relájese (pausa de 3 segundos). Ahora relaje los músculos de la parte superior del brazo derecho, relájelos lo más que pueda.

Siga aflojando más y más todo el brazo derecho, el antebrazo y la mano hasta la punta de los dedos, relájese y aflójese (pausa de 3 segundos). Relájese. Mientras sigue aflojando el brazo y la mano derecha, concentre la atención en la mano izquierda todo lo que pueda (pausa de 3 segundos).

Afloje los músculos del antebrazo izquierdo, relájelos. Más y más relajados (pausa de 3 segundos).

Experimente la relajación que llega ahora a la parte superior del brazo izquierdo; esos músculos están comenzando a relajarse más y más cada vez más (pausa de 3 segundos). Relaje ahora ambos hombros y experimente la suave pesadez, la serena relajación que llega a ambos brazos, manos y dedos, hasta la punta (pausa de 3 segundos). Afloje esos músculos más y más (pausa de 3 segundos).

Ahora concentremos la atención en los músculos de la cara. Suavice la frente, relaje esos músculos (pausa de 3 segundos). Al pensar en la relajación de esos músculos, irá gradualmente volviéndose más capaz de experimentarla. Sus ojos están suave y cómodamente cerrados (pausa de 3 segundos). La relajación se extiende cálidamente por las mejillas, esos músculos están cada vez más y más flojos (pausa de 3 segundos). Sus mandíbulas están relajadas, cada vez más relajadas (pausa de 3 segundos). Experimente la relajación que desciende suavemente por el cuello y el pecho, mientras se distiende más y más (pausa de 3 segundos). Al pensar en aflojarse, de algún modo se vuelve más capaz de hacerlo (pausa de 3 segundos). Está respirando lenta y regularmente y se afloja algo más cada vez que exhala el aire (pausa de 3 segundos). La relajación llega al abdomen, que ahora está más relajada, que se afloja más y más (pausa de 3 segundos). Relájese, relájese. Sienta la relajación de las caderas y de las nalgas mientras descansa pesada y cómodamente. Más y más relajado (pausa de 3 segundos). La relajación se extiende por los muslos que se encuentran cada vez más distendidos (pausa de 3 segundos). Más y más. Siga aflojándose más y más, cada vez más (pausa de 3 segundos). La relajación se extiende ahora por ambas pantorrillas que están cada vez más distendidas (pausa de 3 segundos). La relajación desciende hacia los pies,

que se encuentran cada vez más distendidos. Siga relajándose más y más (pausa de 3 segundos).

Para ayudarle a relajarse más aún, voy a contar hasta diez.

Con cada número procure relajarse algo más. Aunque parezca que es imposible seguir haciéndolo, siempre se puede disfrutar un poco más de serenidad y relajación, si uno continúa aflojándose (pausa de 3 segundos). Uno, se relaja más y, más (pausa de 3 segundos). Dos, más y más relajado (pausa de 3 segundos). Tres, más y más, cada vez más (pausa de 3 segundos). Cuatro, más y más relajado (pausa de 3 segundos). Cinco, relaje el cuerpo entero, cada vez más pesado, flojo y distendido (pausa de 3 segundos). Seis, la relajación es cada vez más y más pronunciada, cada vez más (pausa de 3 segundos). Siete, todo el cuerpo más y más relajado, más pesado, más y más sereno (pausa de 3 segundos). Ocho, más y más, cada vez más relajado (pausa de 3 segundos). Nueve, más y más relajado (pausa de 3 segundos). Y diez, siga relajándose del mismo modo (pausa de 3 segundos). Siga relajándose más y más (pausa de 3 segundos).

Ahora mientras permanece así relajado, piense en la escala de 0 a 100, en la que 0 significa relajación completa y 100, el máximo de tensión. Si cree que se ubica aproximadamente en 30 o por debajo de ese número -en otras palabras si se siente muy relajado- siga escuchando esta cinta. Si hoy no se encuentra tan relajado, recuerde el puntaje que se ha asignado anótelo cuando abra los ojos.

Desconecte el grabador en este momento si no se ubica en 30 o por debajo... (pausa de 10 segundos).

Dentro de unos segundos voy a guardar silencio para que pueda practicar el siguiente ejercicio. Piense claramente en la palabra “calma”, cada vez que

exhale. Me gustaría que se aflojara algo cada vez que exhala y al mismo tiempo que piensa en la palabra "calma".

Esto lo capacitará para asociar en su mente la palabra "calma", con el estado de paz en el que ahora se encuentra. Cada vez que exhale, piense silenciosamente en la palabra calma. Comience y siga hasta que vuelva a hablarle (pausa de 3 minutos). Muy bien. Interrumpa el ejercicio y vuelva a escucharme, por favor. Deseo que estime en qué punto se ubicaría en, la escala, para anotar el número en la hoja de registro cuando se recobre....

Ahora voy a contar de 5 a 1; cuando llegue a 1, abrirá los ojos y estará completamente recobrado. 5...4...3..2...1. Ojos abiertos, recobrado, "desconecte el grabador".

OCTAVA SESIÓN

Objetivo: Mejorar el autoestima del paciente

Técnica: Autoreforzamiento, sugestión directa y psicoeducación

Modalidad: Individual

Procedimiento: Se pueden utilizar varias técnicas como el autoreforzamiento y la sugestión directa, así como mantener y adoptar unas buenas costumbres y hábitos, porque aún en esta etapa terminal siguen siendo importantes, ya que la felicidad surge y se preserva también por aprendizaje, formación y adiestramiento. El paciente necesita saber, por ejemplo, que cultivar la amistad aunque se esté enfermo produce bienestar. Los índices de enfermedad aumentan cuando el hombre se ve privado de la compañía de sus familiares y amigos. La felicidad es fundamentalmente una actitud mental, más que una reacción a los acontecimientos externos.

NOVENA SESIÓN

Objetivo: Disminuir y/o eliminar síntomas depresivos.

Técnica: Terapia de Apoyo y Acompañamiento

Modalidad: Grupal

Procedimiento: Es de vital importancia en este aspecto que el psicólogo propicie el contacto humano, porque ésta es una de las formas más importantes de comunicación no verbal, bien a través del tacto, abrazos y caricias. Estas son formas de recibir y dar amor. No hay un solo día que podamos prescindir de este tipo de terapia, que es una medicina sanadora o confortadora. Se requiere simplemente llenar de calor y afecto a lo que se hace, se dice y se piensa. El acompañamiento es una parte esencial del apoyo espiritual. Antes de amar a los demás con naturalidad y espontaneidad, el hombre debe aprender a amarse a sí mismo, y empezar por concentrar pensamientos de amor hacia su persona.

DÉCIMA SESIÓN

Objetivo: Combatir sentimientos de inutilidad.

Técnica: Terapia Ocupacional

Modalidad: Individual y/o Grupal

Procedimiento: Se utiliza la terapia ocupacional a través de un conjunto de posibilidades que se ofrecen al paciente para emplear mejor el tiempo del que dispone mientras sea capaz, para hacer algo que le entretenga, para vencer el aburrimiento o hastío, que a su vez agrava el malestar que le produce la enfermedad. Los humanos tenemos necesidad de ocuparnos en trabajos cuya realización es un medio natural de restablecer una función.

Los que se aburren también sufren de una buena dosis de estrés, ya que, como respuesta a la frustración, los niveles de adrenalina son el doble de lo habitual.

Tradicionalmente la terapia ocupacional ha estado indicada para pacientes con una capacidad funcional que puede mejorar, pero es también un componente esencial de las atenciones que se ofrecen en los Hospices y en el Cuidado Paliativo.

Posibilidades Terapéuticas de la Terapia Ocupacional
Valoración del enfermo.
Realización de cambios en el medio ambiente.
Provisión de ayudas y adaptaciones.
Entrenamiento en el uso de diversos equipos.
Simplificación del trabajo.
Conservación de la energía.
Mejor empleo del tiempo.
Actividades grupales
Terapia grupal (teatro, desempeño de un papel, psicodrama).
Educación para sobrellevar el cambio.
Actividades terapéuticas (artes, manualidades, poesía, música)
Terapia de recuerdos.

DÉCIMO PRIMERA SESIÓN

Objetivo: Fomentar el cuidado personal, la independencia y autoestima del paciente

Técnica: Motivación, Relajación

Modalidad: Individual

Procedimiento: La pérdida de la independencia y del papel que los enfermos desempeñan en su medio puede dar origen a una muerte social antes que la muerte física. Se motivará al paciente a prestar más atención a la apariencia personal (barbería, manicura, peluquería) y al bienestar personal (técnicas de relajación, meditación, masaje) porque pueden elevar la moral y restaurar el ánimo personal. Esta terapia estimula a los pacientes a dejar el papel pasivo de enfermos (a menudo asociado con sentimientos de desesperanza y pérdida de autocontrol) y a ser más independientes, creativos y productivos. Puede ayudar a una persona a adaptarse a nuevas funciones más apropiadas, a la vez que a mantener su autoestima. Enfatiza el "hacer" antes que el "ser hecho". La meta es mejorar la calidad de vida que permanece a través de la rehabilitación.

Cuando ya no es posible un estilo de vida normal, el aprender nuevas destrezas puede ser una forma de reducir la frustración por la pérdida de las capacidades previas. Los proyectos deberán ser a corto plazo, fáciles de realizar.

DÉCIMO SEGUNDA SESIÓN

Objetivo: Fomentar el bienestar general del paciente

Técnica: Valoración de Dominio y Agrado, Técnica de “Distracción” y de “Estimulación”

Modalidad: Individual

Procedimiento: Se emplean soluciones que se le proponen al paciente como:

- a) acortar el tiempo dedicado a tareas aburridas,
- b) el empleo de la técnica llamada de "distracción", que consiste en identificar los momentos o situaciones tediosas para que el sujeto cambie de actividad y pase de una tarea a otra, y
- c) la técnica de "estimulación", en la que se le anima a fomentar su imaginación.

DÉCIMO TERCERA SESIÓN

Objetivo: Conseguir la aceptación de la muerte.

Técnica: Psicoeducación

Modalidad: Individual

Procedimiento: Se psicoeducará al paciente acerca de la muerte y todas sus implicaciones tanto emocionales como físicas, espirituales, pero sobre todo conseguir en él, la interiorización de nuevos conceptos acerca de “El morir” como un acto normal, fisiológico, esperado y más aun plenamente humano. La muerte, así entendida, es un fenómeno único, irrepetible, e

intransferible, en el que se plasma y desemboca toda la existencia de la persona.

DÉCIMO CUARTA SESIÓN

Objetivo: Propiciar la despedida del paciente y la finiquitación de pendientes

Técnica: Solución de Problemas, Asertividad

Modalidad: Familiar y/o Grupal

Procedimiento: El psicólogo a través de la entrevista con el paciente y la familia puede reconocer algún tipo de pendiente que tenga el paciente, o en algunos casos el mismo paciente le pedirá al profesional su intervención en cuanto a las posibles enemistades, enfados crónicos, etc., o aquellas situaciones que le provoquen ira o resentimiento; para lo cual el psicólogo actuará como mediador para la resolución de las mismas.

DÉCIMO QUINTA SESIÓN

Objetivo: Afianzar los lazos familiares y profesionales a través de la concienciación de las necesidades del paciente.

Técnica: Psicoeducación

Modalidad: Grupal y Familiar

Procedimiento: Educar a las familias en la preparación para la pérdida, exige incluir a los máximos miembros posibles (Novellas 2000). Hay dentro de las familias algunos miembros en situación de más riesgo que otros, por la calidad de la relación, la actitud y participación en los cuidados, o bien por pertenecer a grupos a los que se atribuye menor capacidad de afrontamiento

como pueden ser las personas ancianas, los disminuidos y los niños, que necesitarán de atención por las dificultades específicas que pueden encontrar.

Con actitud preventiva se trabajan con la familia:

- a) Los sentimientos de utilidad, colaborando en la definición de las tareas como cuidadores.
- b) El valor del presente como oportunidad de compartir atenciones con el enfermo.
- c) La expresión y manejo de emociones para facilitar las relaciones dentro de la familia.
- d) Las necesidades de autocuidado, para prevenir el agotamiento del cuidador, animando a compartir responsabilidades, facilitando la implicación de la familia y reorganizando tareas.

A través de distintas etapas en el cuidado del enfermo las relaciones familiares pasarán por distintas vicisitudes, tales como: tensiones, acercamientos, luchas por el poder o el dominio, temores, indecisiones, incertidumbre, cansancio. En este proceso en evolución requerirán intervenciones terapéuticas con distintos objetivos: esclarecimiento, información, facilitación de la organización, elaboración de situaciones penosas y duelos sucesivos, recuperación de recursos saludables (Manrique de Lara y Fisman 1999). Pudiendo surgir desbordamientos emocionales, psicopatologías, y demandas que requieran intervención psicológica específica.

Se trabajará con la familia, equipo multidisciplinar y/o cuidador primario para lograr un acercamiento a la enfermedad y un conocimiento más profundo de la misma a través de Psicoeducación en temas como:

- La enfermedad que padece

- Las Necesidades del Paciente: biológicas, psicológicas, espirituales, necesidades de despedirse, necesidades del paciente inconsciente.
- La importancia de la familia y equipo multidisciplinar y/o cuidador primario en el proceso de Duelo Individual
- La Muerte como un proceso normal de la vida
- La Agonía
- El Duelo

DÉCIMO SEXTA SESIÓN

Objetivo: Disminuir síntomas emocionales en el equipo multidisciplinario que atiende al paciente y/o cuidador primario.

Técnica: Autocontrol

Modalidad: Grupal y Familiar

Procedimiento: Los profesionales que trabajan en cuidados paliativos se encuentran expuestos a distintas fuentes de estrés por la confrontación con el sufrimiento y la muerte del enfermo. Al tiempo que se asumen un alto nivel de demandas por tener como objetivo la calidad de vida, el alivio del sufrimiento del enfermo y la atención a la familia.

El psicólogo debe desempeñar en el equipo un papel como movilizador de una dinámica de trabajo que favorezca la activación de los factores de protección ante el desgaste, atendiendo a fomentar la cohesión, y mantener una comunicación abierta, clara y fluida, así como apoyar en el manejo de conflictos y la dinámica de la relación (Graham, Ramírez, Cull, Finlay, Hoy y Richards, 1996) y a través del entrenamiento en habilidades de autocontrol.

Otras Técnicas Alternativas que pueden ser útiles en casos de terminalidad se describen en las siguientes sesiones:

DÉCIMO SÉPTIMA SESIÓN

Objetivo: Disminuir preocupaciones espirituales

Técnica: Espiritualidad

Modalidad: Individual

Procedimiento: Se recomienda sugerir al paciente recurrir a la oración. Existen pacientes que piden en un momento dado que se les acompañe a orar o que se les enseñe a hacerlo. La oración es una forma de concentrar la energía vital para generar de forma similar a la relajación, un conjunto de influencias positivas para el cuerpo y mente y una comprensión más profunda de las relaciones humanas. A través de este proceso el hombre tiende a desarrollar un sentimiento de obligación moral y humildad intelectual, a la vez que se siente partícipe de una gran familia que es la humanidad, lo que le convierte en un antídoto contra la soledad. Es una fuente profunda de poder y de perfeccionamiento que ha sido dejada a un lado sin desarrollo y es un ejercicio básico del espíritu que debe ser activamente practicado.

El secreto del éxito de la oración "no se encuentra- según Kirpal Singh,- en las palabras que se usen, ni en el tiempo que se dedique, ni en el esfuerzo que se ponga en ella, sino en la concentración de la atención. Si bien no se producen grandes milagros por su utilización, siempre surge un milagro más sencillo y pacífico en los corazones de los hombres y mujeres que descubren que la oración les proporciona un flujo de poder sostenido en sus vidas

diarias y les capacita para ver las cosas desde otra perspectiva, en un nuevo orden.

DÉCIMO OCTAVA SESIÓN

Objetivo: Fomentar el esparcimiento del paciente para mejorar su estado de ánimo.

Técnica: Musicoterapia

Modalidad: Grupal

Procedimiento: El psicólogo se puede valer de métodos como la música la cual ayuda a mantener el bienestar de los pacientes, ya que produce efectos fisiológicos y psicológicos positivos que se aprecian por una normalización de la energía muscular, el pulso, la T.A. y de los cambios del ánimo con mejoría de la autoestima y la expresión.

La utilización terapéutica de la música se basa en que la distracción tiene un efecto significativo sobre la percepción dolorosa y en que el estímulo auditivo suprime el dolor, por lo que el paciente puede ganar un mayor sentido de autocontrol, reenfocar su atención en sensaciones más agradables. A través de la relajación física y emocional que experimenta por este “masaje sónico”, puede reducir los ciclos de ansiedad y temor que acompañan y exacerban el dolor con una menor percepción del mismo. La música evoca imágenes, memorias y sentimientos y puede actuar como un nexo importante en el proceso del autodescubrimiento. Puede crear también una atmósfera de estructura y armonía que ayuda en los estados psicológicos alterados o desequilibrados.

La música es, en principio, un medio para comunicar estados emocionales, espirituales e intelectuales. Después de un adecuado estudio del estado

anímico del paciente, de sus necesidades y su experiencia musical, bien como instrumentista, oyente activo frecuente u ocasional, se seleccionan las composiciones partiendo de aquellas con las que se encuentra más satisfecho e identificado, tras lo cual se le conduce en forma progresiva a que acepte o tolere música más compleja. La programación musical procurará ser exquisitamente pensada y considerada, porque puede evocar recuerdos y sensaciones que no siempre son fácilmente controlables. Un paciente solitario se identificará mejor inicialmente con música de un solo instrumento o que esté apoyado por otros instrumentos, o con piezas de solistas, que expresen sus deseos de contacto y confort, para pasar posteriormente a tríos, cuartetos, o a selecciones sinfónicas.

La música, cuando está bien seleccionada, puede actuar como un catalizador, movilizand o sentimientos y pensamientos diversos. Abre canales para mejorar la comunicación con el ambiente, pareciendo descongelar o romper las fronteras psicológicas y emocionales que se ha puesto el paciente, lo que permite conocer algo más de su conciencia interna, de otro modo inalcanzable a las palabras o al tacto corporal. Los beneficios así obtenidos pueden crear una atmósfera de trabajo más agradable entre el paciente y las personas de su entorno y con el personal sanitario que les atiende.

QUINTA ETAPA: Evaluación del proceso y los resultados

Las estrategias de mantenimiento son esenciales como medios o pautas que permitirán la prevención de recaídas, para que los resultados obtenidos en el tratamiento sean duraderos.

El objetivo básico de cualquier intervención terapéutica es que los cambios que se han producido se mantengan en el tiempo y lleguen a generalizarse a

otras situaciones y a otras personas, de forma que se pongan en juego en los contextos naturales. Por ello es necesario transmitir al paciente la importancia de que se aplique lo aprendido durante la sesión terapéutica en situaciones nuevas y distintas.

Se recomienda también que el profesional mantenga siempre una Hoja de Evolución, en la que conste el nombre del evaluado, la fecha de la cita, conducta observable durante la sesión, técnica empleada, cambios y mejoramiento, tarea enviada, cumplimiento de la tarea, próxima cita.

HOJA DE EVOLUCION							
Nombre	Fecha	Conducta Observable	Técnica Empleada	Evolución	Tarea Enviada	Cumplimiento de la Tarea	Próxima Cita

A su vez es importante la participación activa de la familia y/o cuidadores en el mantenimiento de los resultados, para lo cual será necesario que:

- Los familiares asistan periódicamente a sesión terapéutica, con el fin de mantener a la familia incluida en el proceso terapéutico y con la finalidad de apoyar y psicoeducar a la misma.
- El profesional de Psicología Clínica deberá impartir como parte de este mantenimiento de resultados, charlas, conferencias y seminarios psicoeducativos sobre temas de gran relevancia como: salud mental, familia, afrontación de problemas, derechos y deberes de los enfermos en fase terminal, entre otros, a la familia y cuidadores en quienes se pretenderá concienciar los beneficios de llevar una buena salud mental y cómo hacerlo.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Bayés, R. y Barreto, P. (1992). Las Unidades de Cuidados Paliativos como Ejemplo de Interdisciplinariedad. Clínica y Salud.
2. Montes de Oca, GABRIELA. (2006). Historia de Los Cuidados Paliativos.
3. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
4. Simões, João Carlos. Cuidados Paliativos. Síndrome De Luto
5. Ruiz, ERASMO. Humanización de la Muerte y Cuidados Paliativos
6. DE LILLE, R. "Deontología de la clínica del dolor por cáncer." En: Alivio del Dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer. R. Plancarte, México, Mc Graw Hill, 2004.
7. GUEVARA U. "Evolución de los cuidados paliativos en México." En: Medicina del dolor y paliativa Íntersistemas. U. Guevara, México, 2003.
8. GARCÍA V. "Origen y evolución de la clínica del dolor." Guía diagnóstica y terapéutica Intersistemas. Kassian A Algología. México, 2004.
9. LÍAN E. Historia de la medicina moderna y contemporánea. Barcelona, Prensa Científico Médica, 2000.
10. Poch C, Herrero O. La muerte y el duelo en el contexto educativo. Barcelona: Ediciones Paidós; 2003.
11. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Informe de Salud Pública 2005. Vitoria - Gasteiz: Gobierno Vasco; 2005. p 5-9.
12. Olmeda MS. El duelo y el pensamiento mágico. Madrid: Master Line; 1998.
13. García-García JA, Landa V, Trigueros MC. El proceso de duelo en atención primaria. En: De la Revilla L, ed. Libro del Año de Medicina Familiar y Comunitaria 1995. Madrid: Saned, 1995; 181-207.

14. García-García JA, Landa V, Trigueros MC, Calvo P, Gaminde I. El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18: 475-83.
15. Pangrazzi A. La pérdida de un ser querido. Madrid: Ediciones Paulinas, 1993.
16. Tizón JL. El duelo en atención primaria a la salud (I). *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1996(a); 3: 547-66.
17. Arranz A, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Editorial Ariel, 2005.
18. Manual de Cuidados Paliativos. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer, 1994.
19. Mc Daniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Family-Oriented Primary Care. A Manual for Medical Providers. New York: Springer;1990. [Traducido al español: Orientación familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer Ibérica;1998. p.233-54].
20. De la Revilla L. Atención familiar en el paciente terminal y en el duelo. En: De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma, 1994.
21. Santo-Domingo J. Psicología de la muerte. Madrid: Castellote, 1976.
22. Vargas-Mendoza, J. E. (2009) Asesoría y manejo de la depresión en el enfermo terminal. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. En http://www.conductitlan.net/manejo_depresion_enfermo_terminal.ppt
23. Balarezo, LUCIO, Mancheno, SILVIA, Guía para el Diagnóstico Psicológico Clínico y Neuropsicológico Pag: 12, 13 UNIGRAF-Quito
24. Balarezo, LUCIO, Psicoterapia. Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
25. Almanza, JESÚS, Psico-Oncología. D'vinni 2002

26. Astudillo, WILSON, Mendinueta, CARMEN, Astudillo, EDGAR, Cuidados del Enfermo en Fase Terminal. Editorial Universitaria, Quito, 1995.
27. Flores, LETICIA, Aspectos Psiquiátricos del SIDA.
28. DSM IV. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1996. Versión electrónica. Masson, Barcelona.
29. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), 1992, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Ed. Medito, Madrid.
30. Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja
31. Manual de Psicoterapias Cognitivas. Editorial Paidós. Barcelona, España, 1997. Cap.16; “El Proceso Terapéutico en la Terapia Centrada en Esquemas”

FUENTES MULTIMEDIA

- <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Enfermedades/EnfermedadesDiscapacitantes/A/Accidentes%20Cerebrovasculares/Paginas/descripcion.aspx>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>
- <http://www.infored.com.mx/a/concepto-de-enfermedades-agudas-y-cronicas.html>
- http://www.librosdepsicologia.com/product_details.php?item_id=28
- http://www.alternativaterapeutica.mex.tl/164317_Enfermedades-Agudas-y-Cronicas--.html
- http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=2
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000726.htm>

- <http://www.geosalud.com/Enfermedades%20Cardiovasculares/accidente%20cerebrovascular.htm>
- <http://www.neuroaid.com/es/acv?gclid=COHXp4SW7KwCFVGz7Qod0xZ5LA>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>
- <http://www.avert.org/sida.htm>
- http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/hiv-aids/index_es.htm
- http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000200012&script=sci_arttext
- <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/...>
- <http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=0&sel=269>
- http://kidshealth.org/teen/en_espanol/mente/someone_died_esp.html

XI. ANEXOS

ANEXO # 1

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE, HAD)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en éste cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

<p>A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:</p> <ol style="list-style-type: none">3. Sí, y muy intenso2. Sí, pero no muy intenso1. Sí, pero no me preocupa0. No siento nada de eso
<p>D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:</p> <ol style="list-style-type: none">0. Igual que siempre1. Actualmente, algo menos2. Actualmente, mucho menos3. Actualmente, en absoluto
<p>A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:</p> <ol style="list-style-type: none">3. Casi todo el día2. Gran parte del día1. De vez en cuando0. Nunca
<p>D.3. Me siento alegre:</p> <ol style="list-style-type: none">3. Nunca2. Muy pocas veces1. En algunas ocasiones0. Gran parte del día
<p>A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:</p> <ol style="list-style-type: none">0. Siempre1. A menudo2. Raras veces3. Nunca
<p>D.4. Me siento lento/a y torpe:</p> <ol style="list-style-type: none">3. Gran parte del día2. A menudo1. A veces

0. Nunca
A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago: 0. Nunca 1. Solo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo
D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal: 3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuide como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho
A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. En absoluto
D.6. Espero las cosas con ilusión: 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto
A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca
D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

ANEXO # 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN FIC

NOMBRE DEL OBSERVADO..... EDAD.....

ESTABLECIMIENTO..... FECHA.....

CONTEXTOS	OBSERVACIÓN	COMENTARIO

OBSERVADOR

.....

ANEXO # 3

ENTREVISTA PSICOLÓGICA CLÍNICA

CENTRO:..... **Fecha:**.....

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos: Religión:

Lugar y Fecha de Nacimiento: Nro. Telefónico:.....

Estado Civil: Nro. de Hijos:.....

Instrucción: Analfabeto (); Escolar (gr...); Colegio (curso...); Superior (año..)

Ocupación anterior.....; Título.....

Fecha de Ingreso al Centro..... Domicilio.....

2. CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN:

.....
.....
.....
.....

3. MOTIVO DE CONSULTA:

.....
.....
.....
.....

4. ENFERMEDAD ACTUAL:

.....
.....
.....
.....

5. ENFERMEDAD PASADA:

.....
.....
.....
.....

6. PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA:

Prenatal:.....

.....

Natal:.....

.....

Infancia:.....

.....

Adolescencia:.....

.....

Adultez:.....

.....

.....

7. PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA:

.....
.....
.....
.....
.....

8. HISTORIA SOCIAL:

.....
.....
.....
.....

9. HISTORIA LABORAL

.....
.....
.....
.....
.....

10. HISTORIA PSICOSEXUAL

.....
.....
.....
.....

11. EXAMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS

CONCIENCIA:

ORIENTACIÓN:

Autopsíquica: Alopsíquica:

Somatopsíquica:

ATENCIÓN:

SENSOPERCEPCIONES:

.....

MEMORIA:

Anterógrada:..... Retrógrada:.....

Memoria de Fijación:..... Evocación:.....

Otros:.....

PENSAMIENTO:

Curso:..... Estructura:.....

Contenido:.....

AFECTIVIDAD:

.....

VOLUNTAD:

.....

INSTINTOS:

Alimentación:..... Sueño:.....

Defensa:..... Instinto Sexual:.....

HÁBITOS:

.....

ANEXO # 4

EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO MENTAL

Dr. / Dra.

Fecha de Visita:

Paciente:

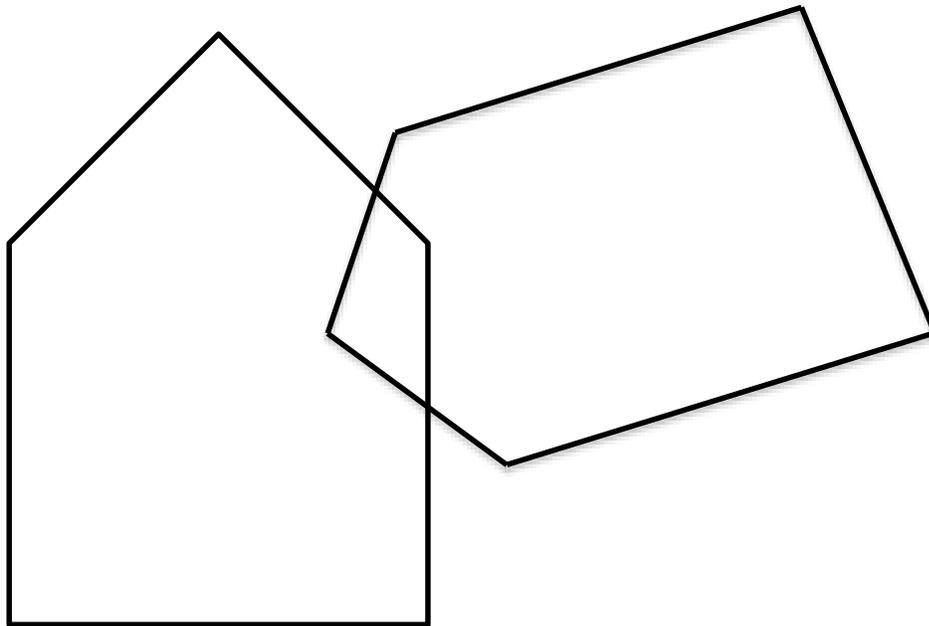
Cada respuesta correcta vale 1 punto		Puntaje	
		Actual	Ideal
Orientación en el Tiempo <small>(no induzca las respuestas)</small>	¿Qué fecha es hoy?		1
	¿Qué día de la semana es hoy?		1
	¿En qué mes estamos?		1
	¿En qué estación del año estamos?		1
	¿En qué año estamos?		1
Orientación en el Espacio	¿Dónde estamos?		1
	¿En qué piso estamos?		1
	¿En qué ciudad estamos?		1
	¿En qué provincia estamos?		1
	¿En qué país estamos?		1
Registro <small>(Enuncie las tres palabras clara y lentamente a un ritmo de una por segundo. Luego de haberlas dicho solicite a su paciente que las repita. La primera repetición determina el puntaje, pero haga que el paciente siga repitiendo hasta que aprenda las tres, hasta seis intentos)</small>	Pelota		1
	Bandera		1
	Árbol		1
Atención y Cálculo	Deletrear MUNDO al revés (1 pto por cada letra correcta: ODNUM)		5

	o bien, ¿Cuánto es $100 - 7$? Hacer 5 restas: (93), (86), (79), (72), (65): 1 pto por cada resta correcta).		
Evocación	Nombre las tres palabras que antes repitió.		3
Lenguaje			
Nominación (solo un intento que vale 1 punto, para cada ítem)	¿Qué es esto? (mostrarle un lápiz)		1
	¿Qué es esto? (mostrarle un reloj)		1
Repetición (solo un intento que vale 1 punto)	Dígale a su paciente la siguiente frase: “El flan tiene frutillas y frambuesas” y pídale que la repita.		1
Orden de tres comandos (cada parte correctamente ejecutada vale 1 punto)	Déle a su paciente un papel y dígame: “Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso”		3
Lectura (Otorgue 1 punto solo si el paciente cierra sus ojos)	Muéstrele la hoja que dice: “Cierre los ojos” y dígame: “Haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta”		1
Escritura (No dicte la oración; esta debe ser espontánea. Debe contener un sujeto y un verbo. No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas).	Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase		1
Copia (Para ser correcto, deben estar presentes todos los ángulos, los lados y las intersecciones. No se toman en cuenta temblor, líneas desparejas o no rectas. La	Dele a su paciente la hoja que dice: “Copie esta figura”, y pídale que copie el dibujo.		1

distribución de las figuras copiadas debe ser igual al original).			
TOTAL MMSE:			30

Cierre los ojos

Copie esta figura



ANEXO # 5

CASO CLÍNICO

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: NN

Lugar y Fecha de Nacimiento: Loja, 5 de Octubre de 1940

Edad: 70 años

Sexo: Femenino

Raza: Mestiza

Religión: Católica

Estado Civil: Viuda

Nro. de Hijos: 5

Instrucción: Secundaria Completa

Profesión: Ninguna

Ocupación: Ama de Casa

Religión: Católica

Dirección Domiciliaria: El Valle

Familiar Responsable: Hija

Fecha de Ingreso: 21 de Septiembre de 2007

2. CONDICIONES DE HOSPITALIZACIÓN:

Médico y enfermera refieren que la paciente acude a la Casa para Enfermos Terminales “Liga de Caridad”, 4 años atrás, acompañada por su hija, de forma involuntaria, se presentó consciente y lúcida.

En la actualidad se muestra con facie psicoexpresiva de tristeza y lúcida.

3. MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente que es ingresada a la Casa para Enfermos Terminales “Liga de Caridad” de la Ciudad de Loja, el día 21 de Septiembre de 2007 debido a un diagnóstico de diabetes descompensada, parkinson y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La paciente es atendida por el Servicio de Psicología por presentar un cuadro de angustia, desesperación, preocupaciones constantes, dificultad para concentrarse, perdida de interés para realizar actividades que antes hacía con facilidad, además palpitations, temor a lo que pueda sucederle, tristeza profunda, llanto fácil y marcada disminución en los instintos básicos como apetito y sueño.

4. ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente refiere que la mayor parte del día se encuentra angustiada, triste, lábil emocionalmente, desesperada, preocupada por su muerte próxima, no puede concentrarse, no disfruta con ninguna actividad, además presenta palpitations, temor a lo que pueda sucederle, y marcada disminución en los instintos básicos como apetito y sueño.

5. HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD:

Paciente refiere que su estado de ánimo era normal hasta que a la edad de 50 años fallece su esposo, razón por la que ella se siente muy triste y desde entonces su estado de ánimo permaneció decaído. Cuando tenía 55 años fue diagnosticada de diabetes, es en este momento cuando empieza a sentirse angustiada, triste, sin embargo estos síntomas no le provocaban malestar significativo. Con el pasar de los años y la decadencia de su enfermedad también su tristeza y angustia se hicieron más marcadas. Recibió tratamiento médico, sin embargo nunca acudió a realizarse tratamiento psicológico.

A la edad de 60 años sus síntomas se exacerbaron debido al nuevo diagnóstico médico de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y Parkinson, por lo que para entonces presentaba sentimientos de preocupación, temor a la muerte, palpitaciones, disminución del apetito y dificultad para conciliar el sueño.

Cuatro años más tarde, el médico en un chequeo de rutina determina el estado terminal de su diabetes (diabetes descompensada), lo cual provoca en la paciente el declive de su estado emocional, sumergiéndose en un estado de tristeza y desesperación que se convirtió en el impedimento para continuar con su vida normal.

A la edad de 66 años, su hija debido a las constantes dificultades en su cuidado, decide internarla en la Casa para Enfermos Terminales “Liga de Caridad”, donde recibió soporte por parte del médico, enfermeras y apoyo espiritual, manteniendo su sintomatología.

A la entrevista psicológica, paciente se presenta con estado anímico deteriorado, ansiedad y llanto fácil.

6. PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA:

Prenatal: no refiere

Natal: no refiere

Infancia: Paciente manifiesta haber tenido una niñez tranquila, desde pequeña creció en un hogar estable rodeado de buenos tratos por parte de sus padres. Desde pequeña fue muy colaboradora y responsable en sus tareas escolares, manifiesta que nunca perdió un año escolar, ni dio problemas a sus padres, mantenía buenas relaciones con sus maestros y compañeros. No presentó enfermedades de importancia.

Adolescencia: Creció como una adolescente sana, sin enfermedades de consideración.

Adulthood: Paciente manifiesta haber mantenido siempre buenas relaciones con todos los miembros de su familia. A la edad de 50 años fallece su esposo, lo cual le provoca un gran sufrimiento, pero no recibe ningún tratamiento.

Cuando tenía 55 años fue diagnosticada de diabetes y 5 años después de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y Parkinson.

A la edad de 66 años, su hija debido a las constantes dificultades en su cuidado, decide internarla en la Casa para Enfermos Terminales "Liga de Caridad".

7. PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA:

Esposo: fallecido, de carácter fuerte, mantuvo una buena relación con la paciente.

Hijo 1: José, de 49 años de edad, casado, mantiene una relación distante con la paciente, debido a su enfermedad.

Hijo 2: Carlos, de 47 años, divorciado, actualmente reside en la ciudad de Quito y no mantiene contacto con la paciente.

Hija 3: Amada, de 44 años, casada, cariñosa, mantiene buena relación con la paciente, misma que la visita esporádicamente.

Hija 4: Julia, de 43 años, casada, no mantiene contacto con la paciente.

Hijo 5: Medardo, de 40 años, soltero, se dedica al comercio por lo que viaja constantemente, razón que argumenta para no visitar a la paciente.

Paciente no refiere antecedentes familiares de enfermedad.

8. HISTORIA SOCIAL:

Según los datos referidos por la paciente, durante su niñez, adolescencia, juventud y edad adulta, mantuvo poco o casi ningún contacto social, siempre fue muy apegada a su hogar.

9. HISTORIA LABORAL

Paciente no tiene historia laboral, ya que dedicó su vida a los quehaceres domésticos y al cuidado de su familia

10. HISTORIA PSICOSEXUAL

Paciente manifiesta nunca haber recibido ningún tipo de información acerca de la sexualidad.

Su vida sexual empezó a la edad de 20 años, cuando contrajo matrimonio con su primer enamorado.

11. EXAMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS

Conciencia: Lúcida

Orientación: Autopsíquica, alopsíquica y somatopsíquica conservadas.

Atención: Presenta atención voluntaria, espontánea y pasiva.

Sensopercepciones: Presenta alucinaciones visuales (ve a la virgen) y auditivas (escucha que la llaman por su nombre).

Memoria: Anterógrada deteriorada y retrógrada conservada parcialmente.

Inteligencia: Aparentemente normal.

Pensamiento: Curso retardado y contenido con elementos obsesivos y de temor.

Afectividad: Angustia, labilidad emocional, distimia, irritabilidad, apatía e ideas fijas.

Voluntad: Hipobulia

Instintos: Apetito y sueño disminuidos.

Hábitos: no refiere.

12. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Con síntomas depresivos

- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica [293.89] Con ansiedad generalizada

13. EXÁMENES PSICOLÓGICOS

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE, HAD)

Ansiedad: 14 puntos = Caso de Ansiedad = Tratamiento Urgente

Depresión: 11 puntos = Caso de Depresión = Tratamiento Urgente

14. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DSM IV TR

Eje I: Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Con síntomas depresivos. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica. Con ansiedad generalizada

Eje II: Personalidad Evitativa

Eje III: Diabetes descompensada, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Parkinson.

Eje IV: Dificultades en el ámbito personal, familiar y social.

Eje V: 30 % EEAG.

15. RECOMENDACIONES

- Continuar con el tratamiento Psicoterapéutico Individual.
- Terapia familiar para fortalecer y mejorar relaciones con la paciente.

ANEXO # 6

FOTOS DURANTE EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN













PROYECTO DE TESIS

TEMA: “LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN ENFERMOS TERMINALES DEL CENTRO “LIGA DE CARIDAD” DE LA CIUDAD DE LOJA. PERIODO JUNIO-NOVIEMBRE DE 2011.”

PROBLEMÁTICA

El cáncer como una de las principales enfermedades de tipo terminal constituye hoy un verdadero problema de salud pública mundial de primer orden, representando la segunda causa de muerte en los países desarrollados detrás de las enfermedades cardiovasculares, cuya incidencia va en franco aumento. Se le responsabiliza del 22% de la mortalidad global y se estima que en España fallecen unas 80.000 personas al año, con una incidencia anual de 240 casos por 100.000 habitantes.

En la actualidad, hay aproximadamente 20 millones de personas vivas que sufren algún tipo de cáncer; para el año 2020 probablemente habrá más de 30 millones.

El cáncer no respeta ninguna edad en el momento de su presentación, siendo más frecuente en la década de los 60-70 años

Cada año aproximadamente 9 millones de personas enferman de cáncer en el mundo y un 70% de ellos fallecen por la enfermedad.

Por otra parte, dos tercios de los casos ocurren en los países en vías de desarrollo, que solo cuentan con el 5% de los recursos totales para el control del cáncer.

En los países desarrollados la tasa de supervivencia general es 5 años, es casi un 50%. En los países en desarrollo esa cifra es de menos de un 30%. En Latinoamérica y el Caribe, esta cifra se estima en cerca de un 40%. En todo el mundo, la mayoría de los cánceres se diagnostican cuando ya están en etapas avanzadas e incurables.

Para el año 2020 se espera que ocurran 840.000 defunciones por cáncer en América Latina y el Caribe. Uno de los aspectos más descuidados en la atención de las personas con cáncer son los cuidados paliativos, los que deberían comenzar en el momento mismo del diagnóstico.

Para millones de personas, el acceso a los cuidados paliativos será una necesidad básica esencial.

El dolor en los enfermos de cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, afectando frecuentemente su calidad de vida. Su prevalencia e intensidad varía según el sitio de origen del tumor, el estadio de la enfermedad, la evaluación del dolor y la prescripción de analgésicos, junto a algunas variables sociodemográficas.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, expresa que los 20 millones de personas que hoy están viviendo con cáncer de acuerdo a la incidencia del dolor por cáncer en todas las etapas de la enfermedad, en el mundo habría 18 millones que sufren dolor por cáncer.

Aunque hay menos defunciones por SIDA y otras enfermedades crónicas, muchas de estas requieren también de control del dolor y manejo de síntomas relacionados con el progreso de la enfermedad y los tratamientos.

En nuestro país no existen datos exactos acerca de la incidencia de enfermedades terminales, sin embargo se conoce que existe un alto índice de envejecimiento de la población y un claro aumento de enfermos sin tratamiento, dato que es confirmado por la gran demanda que tienen los Centros de Cuidados Paliativos, a pesar de que aún no se encuentra bien establecido un tratamiento integral en dichos Centros.

Loja es una ciudad con alto índice y prevalencia de enfermedades terminales para lo cual cuenta con un Centro para Enfermos Terminales, la Casa “Liga de Caridad”, la cual brinda un refugio para quienes se encuentran en la etapa terminal de su enfermedad y para quienes han sido desahuciados; la cual ofrece servicios de enfermería y apoyo espiritual a través de un acercamiento con Dios; sin embargo carece de Atención Psicológica para los usuarios de la misma.

La consecuencia inevitable de todo lo anterior en el campo asistencial, es el aumento del consumo de recursos sanitarios y sociales, abarcando a todas las ramas e incluyendo también a la Psicología Paliativa. Este hecho se traduce en los siguientes puntos concretos:

1. Mayor incidencia de enfermedad, con frecuente coincidencia de varias patologías en un mismo individuo.
2. Mayor tendencia a la cronicidad de las mismas.
3. Mayor prevalencia de situaciones de incapacidad.
4. Mayor utilización de la Atención Primaria y de la Especializada de Salud.
5. Mayor consumo de fármacos.
6. Mayor ocupación de camas hospitalarias.
7. Mayor necesidad de cuidados continuados.
8. Mayor necesidad de Atención Psicológica permanente.

9. Mayor utilización de recursos sociales, tanto institucionales como comunitarios.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) apoya a los países a aumentar la disponibilidad de drogas de bajo precio para el manejo del dolor, impulsa programas comunitarios que incorporan los cuidados paliativos en la atención primaria y capacita al personal de salud para brindar un sistema de soporte que incluya los cuidados paliativos como componente del tratamiento.

América Latina y el Caribe no escapan a esta situación, se estima que en los próximos años cerca de 1 millón de personas necesitarán cuidados paliativos en la región. El aumento en la incidencia de enfermedades terminales se explica por una variedad de factores:

- El envejecimiento de la población
- La incidencia de las patologías oncológicas (el 88% de los usuarios son afectados de cáncer y el resto presenta cuadros polipatológicos, demencias y complicaciones neurológicas) y,
- La buena acogida del servicio por parte de los propios beneficiarios y sus familias favorecen año tras año este aumento.

La mayoría de los pacientes oncológicos, en nuestros países, fallecen en condiciones deplorables: sin la analgesia adecuada y sin los cuidados que la situación de una enfermedad terminal requiere. Es frente a esta situación que ya hace más de treinta años surge el Movimiento Hospice primero y los cuidados paliativos después. Así la OMS ha tomado estas iniciativas como propias y propone difundir los cuidados paliativos a nivel mundial.

JUSTIFICACIÓN

La investigadora, siguiendo los lineamientos metodológicos del Sistema Académico Modular por Objetos de Transformación implantado en la Universidad Nacional de Loja desde 1990, el cual prioriza la investigación científica, y, tomando en cuenta el cumplimiento de uno de los requerimientos para la graduación como Psicóloga Clínica y considerando que en la Ciudad de Loja, el envejecimiento de la población, la alta morbimortalidad del cáncer y otras enfermedades en su fase terminal, el importante consumo de recursos hospitalarios, principalmente los de perfil socio-sanitario, por parte del paciente en sus fases finales y, la falta de estudios específicos al respecto, encuentro de gran interés teórico y práctico, profundizar en el conocimiento de las características propias del paciente con enfermedad en fase terminal, así como el estudio de la utilización por esta tipología de paciente, de los Cuidados Paliativos Hospitalarios de perfil socio-sanitario; y debido a que en nuestro país se ha incrementado el número de padecimientos de Enfermedades Crónicas y Degenerativas, especialmente en nuestra ciudad, estimo de vital importancia el Tema: La Atención Psicológica en Enfermos Terminales de la Casa “Liga de Caridad” de la Ciudad de Loja; ya que a pesar de contar con un Centro que se dedica al acogimiento de personas con enfermedades en fase terminal, el mismo carece aún de un Programa de Cuidados Paliativos Psicológicos, indispensable en personas con este tipo de problema.

El perfil epidemiológico actual de las enfermedades terminales en todas las extensiones del mundo, confirma la importancia del aumento de este tipo de padecimientos como un problema de salud pública y él refuerza la necesidad de insertar los cuidados paliativos. Los servicios de salud, en estos casos no deben buscar la cura, pero si una mejor calidad de vida a través de las intervenciones, eso debe considerar no solamente los aspectos biológicos, sino también psicológicos, familiares, sociales y espirituales del paciente.

Además de también buscar la dignidad y la autonomía hasta el momento de la muerte.

Por otra parte, la preocupación por el tema de la muerte acompaña al hombre desde su existencia, sin embargo esta preocupación no es existencial sino más bien práctica, esto es, lo que nos preocupa no es la existencia de la muerte, sino el proceso de morir.

Mirando a nuestro alrededor, leyendo la prensa diaria y los textos especializados, viendo la televisión, escuchando a los amigos y vecinos, dándonos una vuelta por los hospitales, lo que encontramos es que morimos solos y morimos mal. Aislados, silenciados, negados en la condición de moribundos, con miedo y sufrimiento.

El panorama es desolador y no hace más que acentuar la dimensión trágica de la muerte en nuestra cultura. Lejos de considerarla como un proceso natural ligado a nuestra condición de seres orgánicos, morir es una tragedia para la existencia humana.

Además uno de los objetivos de la Salud Humana es conseguir que las personas podamos morir con dignidad independientemente de cuales sean las circunstancias en que se produzca nuestra muerte y la enfermedad o lo que nos lleve a ella.

Lo importante radica en la consideración del morir como aceptación de lo inevitable, algo que nos va a afectar en algún momento a todos.

Así que plantear el morir en paz y lograr que los últimos días de vida sean aprovechados satisfactoriamente sin frustración, como interés prioritario, significa reconocer la necesidad de investigar y de tratar de paliar el sufrimiento que acompaña al proceso de morir y a la pérdida de un ser querido.

El desarrollo de cuidados paliativos, tratando, no la muerte, alargando o acortando la vida, sino el proceso de morir de alguien ayudándole a mejorar la calidad de vida, controlando el dolor, paliando el sufrimiento del enfermo y familia, constituye la vertiente asistencial y clínica de respuesta a este proceso, sin duda imprescindible.

Considero muy importante la necesidad de investigar sobre este proceso del que apenas se conoce algo más que lo indispensable.

¿Cómo mueren las personas?, ¿Cómo desean morir?, ¿Qué clase de atención reciben?, ¿Es posible aceptar la propia muerte?, ¿Es posible acompañar a alguien que muere?, ¿Morir significa lo mismo para todos los seres humanos? ¿Es siempre un sufrimiento?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Elaborar un modelo de Intervención Psicológica aplicable en pacientes con enfermedad en etapa terminal en busca de una mejora en la calidad de vida y de la dignidad y autonomía hasta el momento de la muerte.

Objetivos Específicos

- 1) Identificar los tipos de enfermedades terminales más frecuentes en la Ciudad de Loja.
- 2) Describir y analizar en el paciente con enfermedad en fase terminal: las características geriátricas, la presencia de síntomas psicológicos y, los aspectos psicosociales.
- 3) Elaborar un modelo de intervención psicológica aplicable en pacientes con enfermedad en etapa terminal.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL

1. Definición de Enfermedad Crónica

Se llama enfermedad crónica a aquellas enfermedades de larga duración, cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. Toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica²⁴.

2. Definición de Enfermedad Terminal

Se denomina enfermedad terminal a aquella enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva²⁵.

En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica.

Los elementos fundamentales son:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.

²⁴ Sola Valdés B. Enfermedades crónicas

²⁵ http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=2

- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que debemos responder adecuadamente.

3. Enfermedades Terminales Más Comunes

3.1. CÁNCER

3.1.1. Definición

(Del latín, cancer. cangrejo). Nombre dado a todos los tumores malignos que se extienden rápidamente y que tienden a generalizarse. Se admite que el cáncer se desarrolla cuando se rompe el equilibrio entre los mecanismos de defensa del organismo y las fuerzas que provocan la anarquía celular.

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales, (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis). La metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis. Estas propiedades diferencian a los tumores malignos de los benignos, que son limitados y no invaden ni producen metástasis. La mayoría de los cánceres forman tumores pero algunos no (como la leucemia).

El cáncer puede afectar a todas las edades, incluso a fetos, pero el riesgo de sufrir los más comunes se incrementa con la edad.

El cáncer es causado por anormalidades en el material genético de las células. Estas anormalidades pueden ser provocadas por agentes carcinógenos, como la radiación (ionizante, ultravioleta, etc), de productos químicos (procedentes de la industria, del humo del tabaco y de la contaminación en general, etc) o de agentes infecciosos. Otras anormalidades genéticas cancerígenas son adquiridas durante la replicación normal del ADN, al no corregirse los errores que se producen durante la misma, o bien son heredadas y, por consiguiente, se presentan en todas las células desde el nacimiento (causando una mayor probabilidad de desencadenar la enfermedad).

El cáncer es generalmente clasificado según el tejido a partir del cual las células cancerosas se originan. Muchos cánceres pueden ser tratados y algunos curados, dependiendo del tipo, la localización y la etapa o estado en el que se encuentre. Una vez detectado, se trata con la combinación apropiada de cirugía, quimioterapia y radioterapia. Según investigaciones, los tratamientos se especifican según el tipo de cáncer y, recientemente, también del propio paciente.

3.1.2. Neoplasia

El término *neoplasia*: significa de acuerdo a sus raíces etimológicas: "tejido de nueva formación".

"Neoplasia" se aplica generalmente a los tumores malignos (proliferaciones de células con comportamiento rebelde); aunque puede emplearse de manera genérica, donde significará simplemente "tumor".

Las enfermedades o lesiones cuyos nombres tienen el sufijo *oma* indican neoplasia, como por ejemplo adenoma, osteosarcoma, leiomioma, lipoma, melanoma, etc.

Existen, dos tipos de neoplasias, que son las benignas o tumores benignos y las malignas o cáncer (neoplasias rebeldes).

3.1.3. Tumor

Inicialmente, el término tumor, se aplicó a la tumefacción, hinchazón, "bulto" o aumento localizado de tamaño, en un órgano o tejido. En la actualidad el término es el equivalente o sinónimo de neoplasia.

3.1.4. Cáncer

La palabra cáncer deriva del latín, y como la derivada del griego *karkinos* (καρκίνοϛ), significa "cangrejo". Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada, con ramificaciones, que se adhiere a todo lo que agarra, con la obstinación y forma similar a la de un cangrejo marino, y de ahí deriva su nombre. Se considera a veces sinónimo de los términos 'neoplasia' y 'tumor'; sin embargo, el cáncer siempre es una neoplasia o tumor maligno.

3.1.5. Oncología

El término oncología proviene del griego "onkos", tumor. Es la parte de la medicina que estudia los tumores o neoplasias, sobre todo malignos.

3.1.6. Nomenclatura

Todos los tumores, benignos y malignos, tienen dos componentes básicos en su estructura:

1. Las células neoplásicas proliferantes, es decir, las células que forman el tumor propiamente dicho, que constituyen el parénquima.
2. Su estroma de sostén, constituido por tejido conectivo y vasos sanguíneos. Se trata de tejidos no tumorales cuya formación ha sido inducida por el propio tumor.

La nomenclatura oncológica se basa en el componente parenquimatoso. Se usan dos criterios de clasificación: en primer lugar su carácter benigno o maligno, y en segundo lugar el tejido en el que se forman.

Según el comportamiento de los tumores:

1. *Tumores benignos*: Su nombre acaba en el sufijo *-oma*; simplemente, y según el origen del tejido del que procedan los tumores benignos, pueden ser: fibroma (tejido conjuntivo fibroso), mixoma (tejido conjuntivo laxo), lipoma (tejido adiposo), condroma (tejido cartilaginoso), osteoma (tejido óseo), hemangioma (vasos sanguíneos), linfangioma (vasos linfáticos), meningioma (meninges), tumor glómico (tejido nervioso de sostén), leiomioma (tejido muscular liso), rabdomioma (tejido muscular estriado), papiloma (tejido epitelial formando papilas), adenoma (tejido glandular), teratoma (células totipotenciales), nevus (melanocitos)

2. *Tumores malignos o cáncer*:

- Los cánceres que derivan de los tejidos mesenquimatosos o mesodermo se denominan sarcomas (del griego *sarcos*, "carnoso"); por ejemplo: fibrosarcoma, mixosarcoma, liposarcoma, condrosarcoma, osteosarcoma, angiosarcoma,

lifangiosarcoma, sinoviosarcoma, leiomiosarcoma, rabdomiosarcoma.

- Las neoplasias malignas de origen epitelial, derivadas de cualquiera de las tres capas germinales del embrión, se denominan carcinomas; por ejemplo: carcinoma epidermoide o escamoso, carcinoma basocelular, adenocarcinoma, cistoadenocarcinoma, coriocarcinoma, carcinoma de pene.
- Los tumores que proceden del tejido nervioso son los gliomas (realmente no se trata de un tumor derivado de células nerviosas, sino de uno de los tipos celulares encargados de su sostén, las células gliales, el tejido "conectivo" del cerebro).
- Los cánceres hematológicos son los linfomas y las leucemias, siempre malignos (derivados del tejido linfoide y el mieloide respectivamente).
- Los tumores malignos que no cumplen las reglas anteriores y acaban en -oma, son: el melanoma, el hepatoma, el seminoma. También están los mesoteliomas, que se originan en las membranas serosas (pleura, pericardio, peritoneo), y que pueden tener componente epitelial o mesenquimatoso.

3.1.7. Epidemiología

- **Frecuencia:** El cáncer es la segunda causa principal de muerte, detrás de las enfermedades cardíacas. Sin embargo, las muertes por enfermedades cardiovasculares están disminuyendo, mientras que las muertes por cáncer están aumentando. Se estima que a lo largo del siglo XXI, el cáncer será la principal causa de muerte en los países desarrollados. A pesar de esto, se ha producido un aumento en la supervivencia de los pacientes con cáncer.

- **Causa del cáncer:** Es desconocida pero se conocen muchos factores de riesgo que lo precipitan. El principal factor de riesgo es la edad o el envejecimiento, ya que dos terceras partes de todos los cánceres ocurren a cualquier edad. El segundo factor de riesgo es el tabaquismo, y le siguen la dieta, el sedentarismo, la exposición solar y otros estilos de vida. Sea como fuera, no podemos pensar en el cáncer como una enfermedad de causa única, sino más bien como el resultado final de una interacción de múltiples factores, entre los que se incluyen el ambiente, los hábitos dietéticos, la herencia genética, etc.

3.1.7.1. Morfología del Cáncer

Las células tumorales tienen una morfología alterada que depende de la diferenciación y de la anaplasia.

- La diferenciación celular de un tumor es el grado en el que las células cancerosas se asemejan a las células normales de las que proceden, tanto morfológica como funcionalmente.
- La anaplasia es la ausencia de diferenciación que conlleva a una falta de especialización o de función celular y, generalmente, cuanto más indiferenciado sea un cáncer, más alta es su velocidad de crecimiento.

Por otro lado, cabe destacar que la característica que hace mortales a los cánceres malignos, comparativamente con los benignos (no mortales), es la mencionada capacidad de invasión de tejidos, en donde las células tumorales, generalmente cuando se alojan en el parénquima de un órgano, destruyen la arquitectura del mismo, siendo, a su vez, sus residuos metabólicos tóxicos para las células sanas adyacentes, causando la eliminación de este tipo celular. Una capacidad interesante propia de células cancerosas invasivas es la producción de vasos sanguíneos (angiogénesis)

para nutrirse, los cuales son los responsables de la densa red vascular que poseen los tumores (los tumores secretan hormonas responsables de la formación de extensas redes de capilares y vasos sanguíneos nuevos). Esta característica le permite al parénquima tumoral tener un gran aporte de oxígeno y nutrientes, lo cual favorecerá su crecimiento y proliferación a mayor velocidad y distancia. Esta capacidad se encuentra generalmente ausente en neoplasias benignas, no generando típicamente estos factores angiogénicos y en las que además sus células no poseen la capacidad de trasvasarse, por lo cual es de esperar que crezcan hasta un determinado tamaño compatible con la cantidad de nutrientes de que disponen.

3.1.7.2. Crecimiento Tumoral

El crecimiento tumoral tiene las siguientes características:

- Acelerado por un aumento de la división celular que hace que las células tumorales se encuentran en continuo ciclo celular con un exceso de proliferación celular.
- Descontrolado, debido a que no se deja influir por los factores de crecimiento ni otros estímulos externos.

3.1.7.3. Invasión Local

La invasión es la capacidad que tienen las células tumorales de infiltrar o penetrar en los tejidos normales y en los vasos sanguíneos, y de ahí empezar la metástasis. La invasión es debida a:

- Angiogénesis o neovascularización: Es la capacidad de formar nuevos vasos sanguíneos por medio de la secreción de factores de crecimiento, como el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF). Los nuevos vasos son indispensables para la nutrición de las células tumorales y de las metástasis.

- Adherencia celular: Es el anclaje de la célula tumoral por medio de la adquisición de receptores específicos a la membrana basal y a la matriz extracelular. Estos receptores son para integrinas, MAC y caderinas.
- Proteolisis: Es la destrucción de la membrana basal y de la matriz celular mediante la secreción de enzimas, y así poder abrirse camino entre estas estructuras.
- Movilidad: Es la migración o locomoción de las células malignas a través de la matriz celular para llegar a un vaso sanguíneo o linfático, intravasarse, ser transportadas por la corriente sanguínea hasta lechos capilares distantes, extravasarse, y migrar una cierta distancia para iniciar la formación de una nueva colonia (metástasis, es decir, implantes tumorales malignos con las mismas características).

3.1.8. Diagnóstico

3.1.8.1. Biopsia

El diagnóstico del cáncer se basa en la biopsia del tumor para un estudio histológico, con grado de diferenciación y de invasión, y para un estudio molecular que determine sus marcadores biológicos y genéticos.

3.1.8.2. Estadificación del Cáncer

Determina la extensión de la enfermedad basada en que el cáncer se extiende en tres niveles que son el local, regional y a distancia. Existen dos tipos de estadificación:

- La *estadificación clínica* basada en la exploración física, las radiografías, el TAC, la RMN, la gammagrafía y otras técnicas de imagen.
- La *estadificación anatomopatológica o quirúrgica* que consiste en el análisis histológico de todos los tejidos extirpados durante la cirugía, durante la extirpación definitiva del tumor primitivo, o como un procedimiento aparte de estadiaje.

3.1.9. Tratamiento

El tratamiento del cáncer se fundamenta en tres pilares: cirugía, quimioterapia y radioterapia. Existe un cuarto pilar llamado *terapia biológica* que incluiría la hormonoterapia, inmunoterapia, y nuevas dianas terapéuticas no citotóxicas. El tratamiento del cáncer es *multidisciplinar* donde la cooperación entre los distintos profesionales que intervienen (cirujanos, oncólogos médicos y oncólogos radioterápicos), es de máxima importancia para la planificación del mismo; sin olvidar el consentimiento informado del paciente. En todo momento, el apoyo emocional es fundamental y la búsqueda de los posibles detonantes psicoemocionales o psicobiológicos.

A veces, dada la incapacidad actual de la ciencia para curar los tipos de cáncer más agresivos en estados avanzados de evolución, es preferible renunciar al tratamiento curativo y aplicar un tratamiento paliativo que proporcione el menor grado posible de malestar y conduzca a una muerte digna. En estos casos el apoyo emocional cobra una importancia primordial.

En el plan de tratamiento hay que definir si la intención es curativa o paliativa.

La respuesta al tratamiento puede ser:

- **Completa:** Si se ha producido la desaparición de todos los signos y síntomas de la enfermedad.
- **Parcial:** Si existe una disminución mayor del 50% en la suma de los productos de los diámetros perpendiculares de todas las lesiones mensurables.
- **Objetiva:** Es la respuesta completa o parcial.
- **Progresión:** Si aparece cualquier lesión nueva o existe un aumento mayor del 25% en la suma de los productos de los diámetros perpendiculares de todas las lesiones mensurables.
- **Estable:** Si existe crecimiento o reducción del tumor que no cumple ninguno de los criterios anteriores.

Cuando no es posible la medida de las lesiones, los marcadores tumorales son útiles para valorar la respuesta al tratamiento.

3.1.9.1. Aspectos emocionales

La búsqueda de los aspectos psicoemocionales o psicobiológicos que han podido generar la alteración cerebral que originó la formación del cáncer, es prioritario. Si se desconoce esto, lamentablemente, es frecuente que cuando diagnostican a una persona con cáncer, puede sufrir estrés y otras reacciones por su efecto nocivo, que van a agravar el cuadro clínico, debilitando su sistema inmunitario, y generando efectos iatrogénicos.

El impacto del diagnóstico y tratamiento del cáncer provoca una serie de respuestas psiconeuroinmunológicas, psicobiológicas y psicosociales que afectan a la calidad de vida del paciente.

El tratamiento de los pacientes se escoge entre el paciente (cada paciente es distinto) y la eficacia de ese tratamiento.

3.1.10. Pronóstico

Ningún médico puede estar completamente seguro de que el paciente que atiende se vaya a curar. Las posibilidades de una persona dependen primordialmente, de lo temprano que se haya descubierto la enfermedad, pero también del tipo de cáncer, pues algunos son más agresivos que otros. Otro factor que interviene es la condición física del paciente; es muy importante que su forma física sea buena, y la disposición hacia su enfermedad, ya que debe afrontarla y ayudar con su estado de ánimo a curarla.

A partir de la década de 1990 y con las técnicas terapéuticas disponibles, el cáncer es curable en aproximadamente el 50% de los pacientes diagnosticados. El pronóstico del cáncer depende sobre todo de:

- La localización del tumor primario.
- El tipo histológico con su grado de diferenciación celular, sus características biológicas y citogenéticas.
- El estado del cáncer o extensión de la enfermedad.
- La edad del paciente.
- El estado funcional o la reserva fisiológica del paciente.

Recientemente, estudios en psiconeuroinmunología apuntan igualmente a la influencia de los factores emocionales en el curso de la enfermedad.

3.2. DIABETES

3.2.1. Tipos de Diabetes

Actualmente existen dos clasificaciones principales. La primera, correspondiente a la OMS, en la que sólo reconoce tres tipos de diabetes

(tipo 1, tipo 2 y gestacional) y la segunda, propuesta por la Asociación Americana de Diabetes (ADA) en 1997. Según el Comité de expertos de la ADA, los diferentes tipos de DM se clasifican en 4 grupos:

- a) *tipo 1.*
- b) *tipo 2*
- c) *gestacional*
- d) *Otros tipos*

- **Diabetes mellitus tipo 1 autoinmune**

Este tipo de diabetes corresponde a la llamada antiguamente *Diabetes Insulino dependiente* o *Diabetes de comienzo juvenil*. Se presenta jóvenes, en adultos también pero con menos frecuencia, no se observa producción de insulina debida a la destrucción autoinmune de las células β de los Islotes de Langerhans del páncreas esto regulado por células T. el diagnóstico es alrededor de los 25 años de edad.

- **Diabetes mellitus tipo 2**

Es un mecanismo complejo fisiológico, aquí no hay producción de insulina y la glucosa no está bien distribuida en el organismo (resistencia a la insulina), esto quiere decir que el receptor de insulina de las células que se encargan de facilitar la entrada de la glucosa a la propia célula están dañados. Se observa en adultos, y se relaciona con la obesidad; anteriormente llamada *diabetes del adulto* o *diabetes relacionada con la obesidad*. Esta diabetes se relaciona con corticoides, por hemocromatosis.

- **Diabetes mellitus gestacional**

Aparece en el periodo de gestación en una de cada 10 embarazadas, y casi siempre. Después del parto muy pocas veces se presenta y se relaciona a trastornos en la madre y fallecimiento del feto o macrosomía, producto con

tamaño anormal grande causado por incremento de glucosa , Puede sufrir daños al momento del parto.

El embarazo es un cambio en el metabolismo del organismo, puesto que el producto utiliza la energía de la madre para alimentarse, oxígeno entre otros. Lo que conlleva a tener disminuida la insulina, provocando esta enfermedad.

- **Otros tipos de diabetes mellitus**

Otros tipos de diabetes mellitus menores (< 5% de todos los casos diagnosticados):

Tipo 3A

Tipo 3B

Tipo 3C

Tipo 3D

Tipo 3E

3.2.2. Etimología

Proviene del latín *diabētes*, y éste del griego διαβήτης, (*diabētes*, “correr a través” con δια o “dia”, “a través”, y βήτης o “betes”, “correr”, de διαβαίνειν (*diabaínein*, “atravesar”). Como término para referirse a la enfermedad caracterizada por la eliminación de grandes cantidades de orina (poliuria).

La palabra Mellitus (griego mel, "miel") se agregó en 1675 por Thomas Willis cuando notó que la orina de un paciente diabético tenía sabor dulce.

3.2.3. Descripción General

Las células metabolizan la glucosa para convertirla en una forma de energía útil; por ello el organismo necesita recibir glucosa (a través de los alimentos),

absorberla (durante la digestión) para que circule en la sangre y se distribuya por todo el cuerpo, y que finalmente, de la sangre entre al interior de las células para que pueda ser utilizada. Esto último sólo ocurre bajo los efectos de la insulina, una hormona secretada por el páncreas.

En la DM (diabetes mellitus) el páncreas no produce o produce muy poca insulina (DM Tipo I) o las células del cuerpo no responden normalmente a la insulina que se produce (DM Tipo II).

Esto evita o dificulta la entrada de glucosa en la célula, aumentando sus niveles en la sangre (hiperglucemia). La hiperglucemia crónica que se produce en la diabetes mellitus tiene un efecto tóxico que deteriora los diferentes órganos y sistemas y puede llevar al coma y la muerte.

3.2.4. Diagnóstico

Se basa en la medición única o continua (hasta 2 veces) de la concentración de glucosa en plasma. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció los siguientes criterios en 1999 para establecer con precisión el diagnóstico:

- Síntomas clásicos de la enfermedad (Poliuria, Polidipsia, Polifagia y Pérdida de peso inexplicable) más una toma sanguínea casual o al azar con cifras mayores o iguales de 200mg/dl (11.1 mmol/L)
- Medición de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126mg/dl (7.0 mmol/L).
- La prueba de tolerancia a la glucosa oral (curva de tolerancia a la glucosa). La medición en plasma se hace dos horas posteriores a la ingesta de 75g de glucosa en 375 ml de agua; la prueba es positiva con cifras mayores o iguales a 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

3.2.5. Tratamiento

Tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2, como en la gestacional, el objetivo del tratamiento es restaurar los niveles glucémicos normales, entre 70 y 105 mg/dl. En la diabetes tipo 1 y en la diabetes gestacional se aplica un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos de la insulina. En la diabetes tipo 2 puede aplicarse un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos, o bien, un tratamiento con antidiabéticos orales.

Para determinar si el tratamiento está dando resultados adecuados se realiza una prueba llamada hemoglobina glucosilada (HbA1c ó A1c). Una persona No-diabética tiene una HbA1c < 6 %. El tratamiento debería acercar los resultados de la A1c lo máximo posible a estos valores.

Un amplio estudio denominado DDCT demostró que buenos resultados en la A1c durante años reducen o incluso eliminan la aparición de complicaciones tradicionalmente asociadas a la diabetes: insuficiencia renal crónica, retinopatía diabética, neuropatía periférica, etc.

3.2.5.1. Intervenciones Orientadas al Estilo de Vida

Los principales factores ambientales que incrementan el riesgo de diabetes tipo 2 son la nutrición excesiva y una forma de vida sedentaria, con el consiguiente sobrepeso y obesidad.

Una pérdida de peso mínima, incluso de 4 kg, con frecuencia mejora la hiperglucemia. En la prevención de la enfermedad, una pérdida similar reduce hasta en un 60% el riesgo.

Un tratamiento completo de la diabetes debe de incluir no solo una dieta sana (como, por ejemplo, la dieta mediterránea) y ejercicio físico moderado y habitual sino también un control médico constante. Asimismo conviene eliminar otros factores de riesgo cuando aparecen al mismo tiempo como la hipercolesterolemia.

3.2.5.2. Medicamentos

- **Biguanidas.** Como la metformina. Aumentan la sensibilidad de los tejidos periféricos a la insulina, actuando como normoglicemiante.
- **Sulfonilureas.** Como la clorpropamida y glibenclamida. Reducen la glucemia intensificando la secreción de insulina. En ocasiones se utilizan en combinación con Metformina.
- **Meglitinidas.** Como la repaglinida y nateglinida. Estimulan la secreción de insulina.
- **Inhibidores de α -glucosidasa.** Como la acarbosa. Reducen el índice de digestión de los polisacáridos en el intestino delgado proximal, disminuyendo principalmente los niveles de glucosa posprandial.
- **Tiazolidinediona.** Como la pioglitazona. Incrementan la sensibilidad del músculo, la grasa y el hígado a la insulina.
- **Insulina.** Es el medicamento más efectivo para reducir la glucemia aunque presenta hipoglucemia como complicación frecuente.
- **Agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1).** Como la exenatida. El GLP-1 es un péptido de origen natural producido por las células L del intestino delgado, potencia la secreción de insulina estimulada por la glucosa.
- **Agonistas de amilina.** Como la pramlintida. Retarda el vaciamiento gástrico, inhibe la producción de glucagón de una manera dependiente de la glucosa.

- **Inhibidores de la Di-Peptidil-Peptidasa-IV.** Como la sitagliptina. Intensifican los efectos de GLP-1.

Para conseguir un buen control de la Diabetes Mellitus, en todos los tipos de ésta, es imprescindible la Educación Terapéutica en Diabetes que, impartida por profesionales sanitarios específicamente formados en Educación Terapéutica en Diabetes (médicos o enfermeros/as-Educadores Terapéuticos en Diabetes-), persigue el adiestramiento de la persona con Diabetes y de las personas cercanas a ella, para conseguir un buen control de su enfermedad, modificando los hábitos que fuesen necesarios, para el buen seguimiento del tratamiento (Dieta + Ejercicio Físico + Tratamiento medicamentoso-si precisa-).

3.2.5.3. Dieta y Ejercicio

Mantener una dieta sana es una de las mejores maneras que se puede tratar la diabetes. La persona debe cuidar la cantidad de gramos de carbohidratos que come durante el día, adaptándola a las necesidades de su organismo y evitando los alimentos con índice glucémico alto. Lo que esto significa es que la persona no puede comer muchas comidas con contenido de harina blanca. Elegir panes y pastas hechas de harina integral es no solo mucho más saludable sino que también va a ayudar a la persona controlar mejor la insulina que el cuerpo produce. También hay muchos productos en el mercado que están hechos para los diabéticos.

El ejercicio es otra cosa muy importante en el tratamiento de la diabetes. Primero que todo, es importante porque en la mayoría de casos de diabetes, la persona debe bajar un poco de kilos y el ejercicio es muy importante en este procedimiento. El ejercicio también afecta los niveles de insulina que produce el cuerpo.

3.3. ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

Descripción

El cerebro contiene miles de millones de células que se interconectan para formar una compleja red de comunicación. Contiene diferentes tipos de células, siendo las más importantes las neuronas; su organización en el cerebro y la comunicación entre ellas conducen al pensamiento, la memoria, la actividad cognitiva y la toma de conciencia. Hay otro tipo de células llamadas Glía, que proporcionan sustento y apoyo a las neuronas, protegiéndolas contra la infección, las toxinas y los traumas. Las glías forman la barrera sanguínea cerebral entre los vasos sanguíneos y la sustancia del cerebro.

El accidente cerebrovascular agudo (ACVA) se produce cuando se interrumpe repentinamente el suministro de sangre a una parte del cerebro o cuando se rompe un vaso sanguíneo en el cerebro. Las células cerebrales, cuando dejan de recibir oxígeno o nutrientes de la sangre (isquemia), mueren. Esta isquemia conduce finalmente al infarto, a la muerte de las células cerebrales, que son sustituidas por una cavidad llena de fluido. No todas las células del territorio afectado mueren inmediatamente, sino que hay una parte que están en "riesgo de morir", y con el tratamiento adecuado pueden salvarse. La evolución dependerá de la intensidad y localización de la isquemia y de la capacidad del cerebro para recuperarse.

Existen dos formas:

- **Accidente Cerebral Isquémico:** cuando hay un bloqueo de un vaso sanguíneo que suministra sangre al cerebro. Constituyen el 80% de los casos.
- **Accidente Cerebral Hemorrágico:** cuando se rompe un vaso sanguíneo en el cerebro.

Existe un cuadro que comienza exactamente igual que el accidente cerebrovascular, pero luego se resuelve sin dejar síntomas o déficit importante, es el llamado "Ataque Isquémico Transitorio" y es una aviso de que la persona está sometida a riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular grave.

Causas

Accidente Cerebral Isquémico

La causa más frecuente son los coágulos de sangre. Cuando los coágulos de sangre se forman en un lugar incorrecto dentro de la arteria, ocasionan una lesión que interfiere con el flujo normal de la sangre. Según avanza la edad, son más frecuentes los problemas de coagulación.

Los coágulos ocasionan isquemia e infarto de dos maneras diferentes:

- Un coágulo en alguna parte del cuerpo se traslada a través de los vasos sanguíneos quedando atrapado en una arteria cerebral; el coágulo libre se denomina émbolo: accidente cerebrovascular embólico.
- Se forma un coágulo de sangre en una de las arterias cerebrales, permaneciendo fijo en la pared, hasta que aumenta lo suficiente de tamaño como para bloquear el flujo de sangre al cerebro: accidente cerebrovascular trombótico.

Otro mecanismo por el cual se puede ocasionar un accidente cerebrovascular isquémico es por estrechamiento de una arteria pequeña o grande (estenosis) por acumulación de placa (mezcla de sustancias grasas, como el colesterol y otros lípidos). La forma más común es la Arterioesclerosis, en la que se acumulan depósitos de placa a lo largo de las paredes interiores de las arterias medianas y grandes. Este acúmulo provoca

un aumento del espesor, endurecimiento y pérdida de elasticidad, con reducción en el flujo sanguíneo.

Accidente cerebral hemorrágico

Las neuronas, en condiciones normales, no entran en contacto con la sangre, ya que la separa una estructura llamada Glia que forma una barrera que rodea a los vasos sanguíneos y capilares para controlar qué elementos de la sangre pueden pasar.

Cuando se rompe una arteria en el cerebro, no sólo se altera el suministro de sangre, sino el equilibrio químico necesario que requieren las neuronas para funcionar correctamente.

La hemorragia puede ocurrir de varias formas:

- **Aneurisma sangrante:** hay un lugar débil en la pared arterial que se dilata o se hincha bajo una presión arterial elevada, pudiendo romperse y derramar sangre en el espacio que rodea a las células cerebrales.
- **Rotura de la pared arterial.** Si hay una placa incrustada en la pared arterial, esta pierde su elasticidad, volviéndose quebradiza y con tendencia a romperse en el caso de hipertensión.
- **Malformación arteriovenosa:** conglomerado de vasos sanguíneos y capilares defectuosos que tienen las paredes delgadas y con tendencia a romperse.

Lesiones en la cabeza y el cuello

Las lesiones en la cabeza y cuello pueden dañar el sistema cerebrovascular ocasionando un pequeño número de accidentes: pueden ocasionar

hemorragias, tensión en las arterias vertebrales y carótidas, conduciendo posiblemente a un accidente cerebrovascular isquémico.

Factores de riesgo

Hay algunas personas con mayor riesgo de sufrir un ACVA:

Factores de riesgo no modificables

- **Edad.** Aunque se puede dar en cualquier grupo de edad, las personas mayores tienen mayor riesgo. Por cada década por encima de los 55 años, el riesgo de accidente cerebrovascular se duplica y el 65% se da en mayores de 65 años.
- **Género.** Los hombres tienen mayor riesgo de sufrir un ACVA, pero en las mujeres hay mayor mortalidad, ya que por lo general son más mayores cuando le ocurren.
- **Raza.** El medioambiente y el estilo de vida son factores que desempeñan un papel importante en el riesgo de accidente cerebrovascular.
- **Historial de antecedentes familiares de accidentes cerebrovasculares.** Los miembros de una familia pudieran tener una tendencia genética a factores de riesgo del accidente cerebrovascular, tales como una predisposición heredada a la hipertensión o a la diabetes. La influencia de un estilo de vida común entre los miembros de la familia pudiera contribuir también al accidente cerebrovascular familiar.

Factores de riesgo modificables

- **Tensión arterial.** La hipertensión arterial es el factor de riesgo más poderoso que existe; el hipertenso tiene de 4 a 5 veces más probabilidad de padecer un ACVA que el normotenso. La HTA

representa la primera causa de complicación cerebrovascular, de forma que el 50% de los pacientes que hacen un ACVA son hipertensos, y un 20% de los hipertensos severos desarrollan un ACVA.

- **Enfermedad cardíaca.** Fundamentalmente la fibrilación auricular, en la que se produce un flujo irregular de la sangre y mayor posibilidad de formación de coágulos que se pueden trasladar al cerebro. El riesgo aumenta considerablemente con la edad. También las malformaciones de las válvulas del corazón suponen un mayor riesgo. Existe una malformación del corazón, llamada Foramen Ovale (abertura que comunica las dos aurículas) que supone un mayor riesgo;
- **Tabaco.** Es el factor de riesgo modificable más potente. El consumo de cigarrillo casi duplica la probabilidad de padecer un ACVA, independientemente de otros factores de riesgo. El riesgo relativo de accidentes cerebrovasculares disminuye inmediatamente después de dejar de fumar, observándose una reducción importante del riesgo después de 2 a 4 años. El consumo de cigarrillos promueve la Arterioesclerosis y aumenta los niveles de factores de coagulación de la sangre.
- **Niveles de colesterol.** El colesterol es una sustancia vital para nuestro organismo ya que contribuye a la producción de hormonas y de vitamina D, además de ser un componente integral de las membranas celulares. La producción natural de colesterol por parte del hígado no supone un factor de riesgo, pero el proveniente de una dieta con elevados niveles de colesterol sí. Los alimentos con elevado contenido en grasas saturadas y colesterol pueden aumentar los niveles de colesterol total de manera alarmante, contribuyendo al riesgo de Arterioesclerosis y el aumento de espesor de las arterias.

- **Diabetes.** Los diabéticos tienen 3 veces más riesgo de padecer un ACVA, alcanzando el punto más elevado entre los cincuenta y los sesenta años, disminuyendo a partir de esta edad. También se une que la prevalencia de hipertensión es un 40% más elevada en la población diabética.
- **Consumo excesivo de alcohol.** El consumo de cantidades excesivas de alcohol puede producir un efecto rebote una vez que el alcohol se ha eliminado del cuerpo: aumenta de manera importante la viscosidad de la sangre y los niveles de plaquetas, con lo que aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico.
- **Consumo de drogas.** La cocaína puede actuar sobre otros factores de riesgo como la hipertensión, la enfermedad cardíaca y la enfermedad vascular; también reduce el flujo de sangre cerebrovascular hasta en un 30%, conduciendo a un estrechamiento de las arterias. Afecta al corazón produciendo arritmias y acelera el ritmo cardíaco que puede conducir a la formación de coágulos de sangre. Otras drogas como las anfetaminas, la heroína y los esteroides anabolizantes aumentan el riesgo de sufrir un ACVA, ya que pueden hacer que los vasos sanguíneos se estrechen y aumente la presión de la sangre.

Factores de riesgo relacionados con las mujeres

El embarazo y el parto pueden poner a la mujer en un mayor riesgo de padecer un ACVA, aunque en las mujeres jóvenes el riesgo es pequeño. Aproximadamente un 25% de los ACVA acaecidos durante el embarazo terminan en muerte y constituyen la primera causa de muerte materna en los Estados Unidos. Se desconoce la causa, pero el mayor riesgo se da en la etapa de postparto.

Igual que durante el embarazo y el parto, los cambios hormonales al final de los años reproductivos pueden aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular. La terapia de sustitución hormonal puede reducir algunos de los efectos de la menopausia y disminuir el riesgo de accidente cerebrovascular. El mecanismo mediante el cual el estrógeno puede resultar beneficioso para las mujeres posmenopáusicas podría ser su papel en el control del colesterol.

Accidente cerebrovascular en niños

Existen una serie de complicaciones médicas que pueden conducir a accidentes cerebrovasculares en los niños:

- Infección intracraneal.
- Lesión cerebral.
- Malformaciones vasculares:
 - Enfermedad vascular oclusiva
 - Trastornos genéticos: anemia falciforme, esclerosis tuberosa y Síndrome de Marfan.

El ACVA en los niños tiene características especiales. Puede tener convulsiones, pérdida repentina del habla, del lenguaje expresivo, debilidad de un lado del cuerpo (hemiparesia), parálisis en un lado del cuerpo (hemiplejia), impedimento del habla (disartria), dolor de cabeza o fiebre.

La mayoría de los niños se recuperan mejor que los adultos, debido, en gran parte a la plasticidad del cerebro inmaduro y a la capacidad de los niños a adaptarse a los déficits.

Epidemiología

El ACVA constituye la tercera causa de muerte en nuestro país; aunque puede aparecer a cualquier edad, el 70% de los casos se da en los mayores de 65 años y es más probable en los hombres.

Constituye la segunda causa de discapacidad y enfermedad crónica y como las secuelas son muy variables dependiendo de la localización y amplitud de la isquemia, el grado de discapacidad también es muy variable.

Síntomas

Los síntomas aparecen de manera repentina y se dan más de un síntoma al mismo tiempo, por lo que puede distinguirse fácilmente de un mareo o de un dolor de cabeza.

Los síntomas más característicos son:

- Entumecimiento o debilidad repentina, sobre todo de una parte del cuerpo.
- Confusión repentina o problemas con el habla o la comprensión.
- Problemas repentinos con la vista en uno o en ambos ojos.
- Problemas repentinos para andar, mareos o pérdida de equilibrio o coordinación.
- Dolor de cabeza repentino, severo, sin causa conocida.

Incapacidades resultantes

Algunas de las incapacidades que pueden resultar de un accidente cerebrovascular son:

- **Parálisis.** Es muy frecuente que se produzca parálisis en un lado del cuerpo, llamada hemiplejia. También se puede producir debilidad de un lado del cuerpo, llamada hemiparesia. La parálisis o debilidad puede afectar sólo a la cara, una extremidad o puede afectar a todo un lado del cuerpo. El lado que se afecta es el contrario al hemisferio cerebral que ha sufrido el accidente.
- **Déficit cognitivo.** Se pueden producir problemas de raciocinio, conciencia, atención, juicio y memoria. Puede no tener conciencia de un lado de su cuerpo o un lado de su campo visual y no es consciente de su déficit. Puede estar inconsciente de lo que le rodea o puede no tener conciencia de déficits mentales resultantes del ACVA.
- **Déficit del lenguaje.** Problemas para comprender (afasia) o construir frases (disartria). Suelen ser consecuencia de daño a los lóbulos temporales y parietales del cerebro.
- **Déficit emocional.** Puede haber problemas para controlar sus emociones o expresar emociones inapropiadas. Un problema muy frecuente es la depresión, que puede dificultar la recuperación y la rehabilitación e, incluso, conducir al suicidio.
- **Dolor.** Se puede dar un tipo de dolor llamado central, debido al daño en un área del cerebro llamada tálamo. Es una mezcla de sensaciones, como calor y frío, ardor, hormigueo, falta de sensibilidad, punzadas agudas y dolor intenso.

Diagnóstico

Los pasos son los siguientes:

- Examen neurológico
- Análisis de sangre.
- Electrocardiograma.

- Tomografía computarizada. Se crean una serie de imágenes transversales de la cabeza y del cerebro. Descarta rápidamente una hemorragia, puede mostrar un tumor e incluso puede presentar evidencia de un infarto precoz.
- Resonancia magnética: utiliza campos magnéticos para detectar cambios en el tejido cerebral. Con esta técnica se pueden detectar mejor los pequeños infartos inmediatamente después de la aparición del accidente cerebrovascular
- Otras:
 - Angiografía de Resonancia Magnética.
 - Resonancia Magnética Funcional.
 - Ultrasonido Doppler. Se envían al cuello ondas sonoras, los ecos rebotan de la sangre en movimiento y del tejido en la arteria y pueden convertirse en una imagen. Es un método rápido, indoloro, libre de riesgo y relativamente poco costoso, pero no es tan exacto como la arteriografía
 - Arteriografía. Es una radiografía de la arteria carótida tomada cuando se inyecta en la arteria un tinte especial. Este procedimiento lleva su propio pequeño riesgo de ocasionar un accidente cerebrovascular y es costoso de realizar.

Se utilizan diferentes escalas para valorar el daño neurológico, pidiéndole que responda a diferentes preguntas y realice diferentes pruebas físicas y mentales.

Pronóstico

Aproximadamente un 25% de las personas que se recuperan de un ACVA tienen otro dentro de 5 años: accidente cerebrovascular recurrente, que es un importante elemento que contribuye a la incapacitación y a la muerte. El riesgo es mayor inmediatamente después de sufrir un episodio y disminuye

con el paso del tiempo; un 3% de los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular tendrá otro accidente dentro de 30 días de sufrir el primero y una tercera parte ocurrirá dentro de los primeros 2 años de ocurrir el primero.

- ***Factores de mal pronóstico***

- Incontinencia vesical y/o intestinal
- Afectación importante de medio lado del cuerpo
- Déficit de percepción
- Alteraciones cognitivas graves
- ACVA previo
- Problemas médicos complejos asociados
- Afasia global

Tratamiento

La terapia que reciba el paciente dependerá de la etapa de la enfermedad.

Normalmente hay tres etapas en el tratamiento:

- Prevención del accidente cerebrovascular
- Terapia inmediata.
- Rehabilitación

Tratamiento medicamentoso

Los fármacos más comúnmente utilizados son:

- Agentes antitrombóticos (agentes contra las plaquetas y anticoagulantes)
- Agentes trombolíticos.
- Neuroprotectores

Agentes antitrombóticos

Evitan la formación de coágulos de sangre reduciendo la actividad de las plaquetas, que son las células sanguíneas que contribuyen a la propiedad coagulante de la sangre. Los agentes antitrombóticos son utilizados normalmente con fines de prevención.

Los agentes más utilizados son:

- Aspirina.
- Clopidogrel.
- Ticlopidina.

Los anticoagulantes reducen la propiedad de coagulación de la sangre y los más utilizados son la warfarina y la heparina.

Agentes trombolíticos

Se utilizan para el tratamiento del accidente cerebrovascular agudo mientras éste se está produciendo. Disuelven el coágulo que está bloqueando el flujo de sangre al cerebro. Sólo deben utilizarse después de una evaluación cuidadosa del paciente.

Neuroprotectores

Protegen al cerebro contra una lesión secundaria ocasionada por un ACVA. Hay diferentes tipos: antagonistas del calcio, como la nimodipina, los antioxidantes, los inhibidores de la apoptosis, etc.

Cirugía

Se puede utilizar como prevención, tratamiento de un accidente agudo o para reparar el daño vascular. Los dos tipos fundamentales son:

- **Endarterectomía carótida:** se eliminan depósitos grasos del interior de una arteria carótida, que son las principales proveedoras de sangre al cerebro.
- **Derivación extracraneal /intracraneal.** Se restaura el flujo sanguíneo a una zona del cerebro privada de sangre mediante la derivación de una arteria saludable en el cuero cabelludo a la zona del tejido cerebral afectada. No es una técnica muy utilizada por su dudosa utilidad.
- **Clipping.**
- **Técnica de bucle desmontable.**

Medidas Preventivas

Las medidas para prevenir un primer accidente o evitar accidentes recurrentes se basan en el tratamiento de los factores de riesgo:

- Hipertensión arterial.
- Fibrilación auricular.
- Diabetes.
- Prevenir la formación generalizada de coágulos.

Rehabilitación

El objetivo de la rehabilitación es ayudar a la persona a superar las incapacidades que resultan del daño producido por el accidente cerebrovascular.

La rehabilitación consiste principalmente en:

- **Terapia física.** Técnicas para volver a aprender a caminar, sentarse, cambiar de postura, etc. mediante ejercicios y manipulación física del paciente para restaurar el movimiento, el equilibrio y la coordinación.

- **Terapia ocupacional.** Técnicas para volver a aprender a comer, beber, vestirse, bañarse, leer, escribir, etc. Se tiene que conseguir que la persona vuelva a ser independiente o alcanzar el mayor grado de autonomía posible.
- **Terapia del habla.** Los problemas del habla se dan cuando se produce daño cerebral en los centros del lenguaje del cerebro. Como el cerebro tiene una gran capacidad de cambio, otras áreas pueden adaptarse para asumir las funciones perdidas. Se utiliza en los pacientes que no tienen déficit cognitivo o del pensamiento, pero tienen problemas para comprender las palabras habladas o escritas o problemas para formar frases. Se intenta mejorar las destrezas del lenguaje, encontrar otras formas posibles de comunicación y adquirir otras aptitudes para hacer frente a la frustración que supone no ser capaz de comunicarse plenamente.
- **Terapia psicológica/psiquiatra.** Ayuda sobre problemas mentales y/o emocionales relacionados. Los problemas de depresión y ansiedad son habituales tras un episodio de ACVA. En ocasiones también es beneficioso que los familiares del paciente reciban ayuda psicológica para hacer frente al padecimiento.

3.4. SIDA

Causas

Los hechos importantes acerca de la propagación del SIDA abarcan:

- El SIDA es la sexta causa importante de muerte en personas entre 25 y 44 años de edad en los Estados Unidos, pero en 1995 ocupaba el número uno.

- La Organización Mundial de la Salud estima que más de 25 millones de personas en todo el mundo han muerto a causa de esta infección desde el comienzo de la epidemia.
- En el 2008, había alrededor de 33.4 millones de personas alrededor del mundo viviendo con VIH/SIDA, incluyendo 2.1 millones de niños menores de 15 años.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa el SIDA. Este virus ataca al sistema inmunitario y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de infecciones y cánceres potencialmente mortales.

Las bacterias comunes, los hongos levaduriformes, los parásitos y los virus que generalmente no provocan enfermedades serias en personas con sistema inmunitario sano pueden provocar enfermedades mortales en las personas con SIDA.

Se ha encontrado el VIH en saliva, lágrimas, tejido del sistema nervioso, líquido cefalorraquídeo, sangre, semen (incluido el líquido preseminal, que es el líquido que sale antes de la eyaculación), flujo vaginal y leche materna. Sin embargo, se ha demostrado que sólo la sangre, el semen, los flujos vaginales y la leche materna le transmiten la infección a otras personas.

El virus se puede diseminar (transmitir):

- A través del contacto sexual: incluyendo sexo oral, vaginal y anal.
- A través de la sangre: vía transfusiones de sangre o por compartir agujas.
- De la madre al hijo: una mujer embarazada puede transmitirle el virus a su feto a través de la circulación sanguínea compartida o una madre lactante puede pasárselo a su bebé por medio de la leche materna.

Otros métodos de propagación del virus son infrecuentes y abarcan lesión accidental con una aguja, inseminación artificial con semen donado infectado y trasplantes de órganos infectados.

La infección por VIH no se propaga por:

- Contacto casual como un abrazo
- Mosquitos
- Participación en deportes
- Tocar cosas que han sido tocadas con anterioridad por una persona infectada con el virus

El SIDA y la donación de sangre u órganos:

- El SIDA no se transmite a una persona que DONA sangre u órganos. Las personas que donan órganos nunca entran en contacto directo con los que los reciben. De la misma manera, alguien que dona sangre nunca tiene contacto con el que la recibe. En todos estos procedimientos se utilizan agujas e instrumentos estériles.
- Sin embargo, el VIH se puede transmitir a la persona que RECIBE sangre u órganos de un donante infectado. Para reducir este riesgo, los bancos de sangre y los programas de donación de órganos hacen exámenes minuciosos a los donantes, la sangre y los tejidos.

Entre las personas con mayor riesgo de contraer el VIH están:

- Drogadictos que comparten agujas para inyectarse drogas.
- Bebés nacidos de madres con VIH que no recibieron tratamiento contra el VIH durante el embarazo.
- Personas involucradas en relaciones sexuales sin precauciones, especialmente con individuos que tengan otros comportamientos de alto riesgo, que sean VIH positivos o que tengan SIDA.

- Personas que recibieron transfusiones sanguíneas o productos para la coagulación entre 1977 y 1985 (antes de que las pruebas de detección para el virus se volvieran una práctica estándar).
- Los compañeros sexuales de personas que participan en actividades de alto riesgo (como el uso de drogas inyectadas o el sexo anal).

Síntomas

El SIDA comienza con una infección por VIH. Es posible que las personas infectadas con el VIH no presenten síntomas durante 10 años o más, pero le pueden transmitir la infección a otros durante este período asintomático. Si la infección no se detecta y no se inicia el tratamiento, el sistema inmunitario se debilita gradualmente y se desarrolla el SIDA.

La infección aguda por VIH progresa con el tiempo (generalmente de unas pocas semanas a meses) a una infección por VIH asintomática (sin síntomas) y luego a infección sintomática temprana por VIH. Posteriormente, progresa a SIDA (infección por VIH avanzada con conteo de células T CD4 por debajo de 200 células/mm³).

Casi todas las personas infectadas con el VIH, de no recibir tratamiento, contraerán SIDA. Hay un pequeño grupo de pacientes en los que el SIDA se desarrolla muy lentamente o que nunca aparece. A estos individuos se los llama pacientes sin progresión de la enfermedad y muchos parecen tener una diferencia genética que impide que el virus le cause daño a su sistema inmunitario.

Los síntomas del SIDA son principalmente el resultado de infecciones que normalmente no se desarrollan en personas con un sistema inmunitario sano. Éstas se llaman infecciones oportunistas.

En las personas con SIDA, el VIH ha dañado el sistema inmunitario, por lo que son muy susceptibles a dichas infecciones oportunistas. Los síntomas comunes son:

- Escalofríos
- Fiebre
- Sudores (particularmente en la noche)
- Ganglios linfáticos inflamados
- Debilidad
- Pérdida de peso

Pruebas y exámenes

Las CD4 son un tipo de células T, las cuales son células del sistema inmunitario. También se llaman "linfocitos T cooperadores."

Anteriormente, tener SIDA se definía como tener infección por VIH y contraer una de estas otras enfermedades. Hoy en día, de acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention*), a una persona también se le puede diagnosticar SIDA si es VIH positiva y tiene un conteo de células CD4 por debajo de 200 células/mm³, incluso si no tiene una infección oportunista.

El SIDA también se puede diagnosticar si una persona presenta una de las infecciones oportunistas y cánceres que ocurren más comúnmente en personas con infección por VIH. Estas infecciones son poco frecuentes en personas con un sistema inmunitario sano.

Además del conteo de CD4, se puede emplear un examen llamado nivel de ARN del VIH (o carga viral) para monitorear a los pacientes. Las pruebas de detección básica de laboratorio y las citologías vaginales regulares son importantes para vigilar la infección por VIH, debido al aumento del riesgo de

cáncer cervical en mujeres inmunocomprometidas. Las citologías anales para detectar cánceres potenciales también pueden ser importantes tanto para hombres como para mujeres infectados con VIH.

Tratamiento

En este momento, no existe cura para el SIDA. Sin embargo, se encuentran disponibles varios tratamientos que pueden ayudar a mantener los síntomas a raya y mejorar la calidad de vida de aquellas personas que ya han presentado síntomas.

La terapia antirretroviral inhibe la replicación del virus VIH en el organismo. Una combinación de varias drogas antirretrovirales, conocida como terapia antirretroviral de alta actividad (TAAA), ha sido muy efectiva en la reducción del número de partículas de VIH en el torrente sanguíneo. Esto se mide por medio de la carga viral (qué tanta cantidad de virus libre se encuentra en la sangre). Impedir que el virus se replique puede mejorar los conteos de células T y ayudar al sistema inmunitario a recuperarse de la infección por VIH.

La TAAA no es una cura para el VIH, pero ha sido muy efectiva durante los últimos 12 años. Las personas tratadas con terapia antirretroviral de alta actividad y con niveles reducidos de VIH aún pueden transmitir el virus a los demás a través de las relaciones sexuales o el uso compartido de agujas. Hay buena evidencia de que si los niveles de VIH permanecen inhibidos y el conteo de CD4 permanece alto (por encima de 200 células/mm³), la vida se puede prolongar y mejorar significativamente.

Sin embargo, el VIH puede volverse resistente a una combinación de TAAA, especialmente en pacientes que no toman sus medicamentos en el horario debido cada día. Actualmente, hay disponibilidad de pruebas genéticas para

determinar si una cepa de VIH es resistente a un fármaco en particular. Esta información puede servir para determinar la mejor combinación de fármacos para cada persona y para ajustar el régimen farmacológico si éste comienza a fallar. Estas pruebas se deben llevar a cabo en cualquier momento en que una estrategia de tratamiento comience a fallar y antes de empezar la terapia.

Cuando el VIH se vuelve resistente a la terapia antirretroviral altamente activa, se tienen que emplear otras combinaciones de drogas para tratar de inhibir la cepa del VIH resistente. Existe una variedad de nuevas drogas en el mercado para el tratamiento del VIH farmacoresistente.

El tratamiento con terapia antirretroviral altamente activa tiene complicaciones, ya que es una combinación de diferentes medicamentos y cada uno con sus propios efectos secundarios. Algunos de estos efectos secundarios comunes son:

- Acumulación de grasa en la espalda ("joroba de búfalo") y el abdomen
- Sensación general de indisposición (malestar)
- Dolor de cabeza
- Náuseas
- Debilidad

Cuando se utilizan por mucho tiempo, estos medicamentos aumentan el riesgo de ataque cardíaco, quizá incrementando los niveles de colesterol y glucosa (azúcar) en la sangre.

Cualquier médico que prescriba la terapia antirretroviral altamente activa debe hacerle un seguimiento cuidadoso al paciente por los posibles efectos secundarios. Además, cada 3 meses, deben hacerse exámenes de sangre para medir los conteos de CD4 y la carga viral del VIH. El objetivo es

alcanzar un conteo de CD4 tan cercano a lo normal como sea posible y reducir la cantidad del virus del VIH en la sangre hasta un nivel que no se pueda detectar.

Se están investigando otros antivirales. Además, los factores de crecimiento que estimulan el crecimiento celular, como eritropoyetina (Epogen, Procrit y Recomon) y filgrastim (G-CSF o Neupogen), se utilizan algunas veces para tratar la anemia y los conteos bajos de glóbulos blancos asociados con el SIDA.

También se utilizan medicamentos para prevenir las infecciones oportunistas (como la neumonía por *Pneumocystis jiroveci*) si el conteo de CD4 está muy bajo. Esto mantiene a los pacientes con SIDA más sanos durante períodos de tiempo más largos. Las infecciones oportunistas se tratan cuando se presentan.

Pronóstico

Actualmente no existe una cura para el SIDA y siempre es mortal sin tratamiento. La mayoría de los pacientes sobrevive muchos años después del diagnóstico debido a la disponibilidad de la terapia antirretroviral de alta actividad (TAAA).

Las investigaciones continúan en las áreas de tratamientos farmacológicos y desarrollo de una vacuna.

Posibles complicaciones

Cuando un paciente se infecta con el VIH, el virus comienza a destruir lentamente su sistema inmunitario, pero la velocidad de este proceso difiere en cada individuo. El tratamiento con terapia antirretroviral de alta actividad

puede ayudar a retardar o detener la destrucción de dicho sistema inmunitario.

Una vez que el sistema inmunitario está seriamente dañado, esa persona tiene SIDA y en ese momento es susceptible a infecciones y cánceres que la mayoría de los adultos sanos no adquirirían. Sin embargo, el tratamiento antirretroviral aún puede ser muy efectivo, incluso en esa etapa de la enfermedad.

CAPÍTULO II

PSICOLOGIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

1. Definición de Cuidados Paliativos

La OMS los define de la siguiente manera: “Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La Medicina Paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia”.

2. Historia de los Cuidados Paliativos

En el siglo IV antes de Cristo no se consideraba ético tratar al enfermo durante su proceso de muerte. Los médicos tenían miedo de hacerlo por el riesgo de ser castigados y perder sus bienes por desafiar a las leyes de la naturaleza. A partir de la propagación de la doctrina cristiana se establece la necesidad de ayudar al enfermo que se enfrenta con una muerte próxima. Sin embargo, el potencial curador de la medicina, tal y como lo entendemos actualmente, es un hecho reciente en la historia de la humanidad. De hecho, tanto el sanador prehistórico, como el médico, hasta bien entrado el siglo XX, debían dedicar la mayoría de sus esfuerzos a aliviar los sufrimientos de sus pacientes, dejando la curación más en manos de la naturaleza y la fortuna, que basada en sus restringidos conocimientos y recursos. Por lo tanto, la paliación no constituye una actividad intrínsecamente nueva en medicina; la novedad, si así puede denominarse, estriba en la reorganización y

profesionalización del proceso paliativo ante ingentes cambios sanitarios y socio-culturales acaecidos en el último tercio de este siglo.

Diferentes autores, Jaime San Ortiz, Josep Porta, Marcos Gómez, coinciden en que la fundación del St. Christopher's Hospice con la figura de Cicely Saunders (enfermera, asistente social y después médico), constituye el antes y el después en la historia de los Cuidados Paliativos y con ello de las Unidades de Cuidados Paliativos Hospitalarias.

2.1. Etapa General

En esta etapa previa a la aparición del St. Christopher's Hospice, la historia nos remonta a la época del emperador romano Julián el Apostata, donde aparece la figura de la matrona Fabiola, que en el año 380 d.C., fundó en Ostia lo que se ha considerado la primera institución -hospitum- dedicada a dar cobijo, aliento y confortar a los peregrinos, pobres, enfermos y moribundos.

La labor iniciada por Fabiola fue seguida en los oscuros tiempos de la Edad Media por los Caballeros Hospitalarios (siglo XI) y por múltiples instituciones desparramadas por los caminos de Europa, que, con el devenir de los siglos, se transformaron en hospitales, conventos, albergues, hosterías o simplemente desaparecieron. Los conventos y hospitales que siguen el Camino de Santiago en España, son una muestra de ello. Es precisamente en esta época cuando San Bernardo usa la palabra Hospice, voz francesa, para designar el lugar destinado a albergar los peregrinos. Lamerton y Hobson coinciden en que, etimológicamente, "hospice" deriva del latín "hospes" (huésped, invitado) y con la misma raíz, las palabras "hospitalis" (hospitalidad) y "hospitium" (donde se recibe a los huéspedes).

En el siglo XVII, San Vicente de Paúl, fundador de los Lazaristas (1625) y de las Hermanas de la Caridad (1633), abre en París y en el resto de Francia numerosos hospices, destinados a la atención de huérfanos, pobres,

enfermos y moribundos. Tal y como lo hace posteriormente Jeanne Granier (1842) en Lyon, Francia. Un siglo más tarde, el Barón Von Stein de Prusia, impresionado por la labor de las Hermanas de la Caridad, encarga al Pastor Flinder la fundación de Kaiserweth, siendo éste considerado el primer hospice protestante.

Es en 1879 cuando la Madre Mary Aikenhead, fundadora de las Hermanas Irlandesas de la Caridad, abre el Our Lady's Hospice en Dublín. La madre Aikenhead utiliza, al igual que Jeanne Granier, la palabra hospice en el sentido actual y lo hace inspirada en el sentido primitivo de la palabra: “dar acogida y refugio a los que considera unos nuevos peregrinos, los moribundos, que van de esta vida a la eterna”.

En este mismo periodo de tiempo aparecieron en Inglaterra diferentes instituciones de carácter religioso, destinadas a la atención de pacientes terminales de cáncer o tuberculosis. Se pueden señalar como los más relevantes: The Friendensheim Home of Rest (1885), The Hostel of God (1872), actualmente Trinity Hospice y St. Luke's Home (1893), hoy hospital. Las mismas hermanas Irlandesas de la Caridad fundaron en 1902 el St. Joseph's Hospice.

2.2. St. Christopher's Hospice

La aparición en Inglaterra de los establecimientos antes mencionados, sin duda creó el ambiente y la tradición en que Cicely Saunders, que es por aquel entonces enfermera y asistente social, adquiere conciencia de las necesidades de los enfermos terminales. Es aconsejada para que estudie medicina, si realmente desea ayudar a los pacientes terminales. En palabras del Dr. Barrett, fundador del St. Luke's: “Go and read medicine. It's the doctors who desert the dying” (“Ve y estudia medicina. Son los médicos los que abandonan a los moribundos”). Con la experiencia adquirida como enfermera, asistente social y médico, primero en el St. Luke's y luego en el

St. Joseph's, Cicely Saunders puede, en 1967, abrir las puertas del St. Cristhoper's.

Si bien hasta el momento la función de los hospices había quedado relegada al acompañamiento caritativo de los pacientes terminales, la figura de la Dra. Saunders constituye el motor de lo que se ha convenido en llamar el hospice moderno: Mejora el sistema de atención, racionaliza el uso de analgésicos y de otros fármacos e incorpora como elementos indispensables en la vida del hospice la investigación y la docencia.

Con todo ello se produce un progreso espectacular en el campo del control del dolor y otros síntomas, un mejor conocimiento de las necesidades de los pacientes y familias y, por lo tanto, cómo poder ayudarles. El éxito conseguido, incidiendo en el momento social adecuado, junto con una producción bibliográfica ingente, se han sugerido como las causas de la rápida expansión de los hospices, en Gran Bretaña y en todo el mundo. La etapa iniciada por el St. Cristhoper's Hospice, promueve la aparición de hospices y su posterior desarrollo en Estados Unidos de América, África, Asia, Australia, Canadá, Holanda, Suecia, etc.

La dinámica propia de la nueva idea hace que pronto aparezcan nuevas perspectivas en el enfoque asistencial; éstas también tienen su origen en el St. Cristhoper's Hospice, cuando la Dra. Mary Baines y Barbara McNulty ponen en marcha, en 1969, la atención domiciliaria y ambulatoria del propio St. Cristhoper's Hospice.

En Estados Unidos de América podemos encontrar antecedentes en cuanto al interés por los pacientes terminales, hacia principios de siglo, en la figura de Rose Hawthorne Lathrop o del Dr. Worcester, pero no es hasta los años setenta cuando comienzan a aparecer hospices: The Connecticut Hospice (1974), Hospice of Marin, California (1978), Riverside Hospice, New Jersey (1977), por citar los primeros, aunque en 1981 ya existían unos 700 hospices. De cualquier forma, la aportación más valiosa del nuevo mundo la constituye el hecho de aplicar la concepción del hospice dentro de los

hospitales, apareciendo en 1974 el Palliative Care Unit en el Royal Victoria Hospital de Montreal o el Symptom Control Team en el St. Luke's Hospital de Nueva York (1975). Simultáneamente o posteriormente, estos sistemas empiezan a implantarse en Gran Bretaña, destacando: The Horder Ward en el Royal Marsden Hospital (1974) y el Support Team en el St. Thoma's Hospital (1978), ambos en Londres.

A parte del Reino Unido, donde hay un gran y heterogéneo crecimiento de los Cuidados Paliativos, el desarrollo de los cuidados paliativos en el continente europeo ha sido fulgurante, existiendo en casi todos los países programas de cuidados paliativos, aunque el grado de implantación es desigual. Reflejo de ello es el interés del Consejo de Europa, a través de su Comité de Salud Pública, de alentar y proporcionar a sus Estados Miembros las directrices adecuadas para el progreso armónico de los cuidados paliativos.

Asimismo, otro punto relevante es el reconocimiento de los cuidados paliativos en Gran Bretaña, como especialidad médica en 1987, denominándose Medicina Paliativa. La cual se define como el estudio y manejo de los pacientes con enfermedades activas, progresivas y avanzadas, para los que el pronóstico es limitado, siendo el objetivo de la atención la calidad de vida. Se entiende que la Medicina Paliativa es la especialidad practicada por los médicos, y cuando se refiera a todo el equipo, se prefiere hablar de Cuidados Paliativos.

A pesar de las dificultades propias de los países de la América Latina, sintetizadas en: pobreza, escasa disponibilidad de fármacos, falta de formación y de modelos autóctonos y la actitud general frente a la muerte, se están implementando programas de cuidados paliativos, especialmente en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, México, República Dominicana y Uruguay.

2.3. Terminología

Belfor Mount, el artífice del Palliative Care Unit en el Royal Victoria Hospital de Montreal, acuña el término de Cuidados Paliativos, frente al de Hospice Care o el de Terminal Care. El término de cuidados paliativos ha ido ganando adeptos en todo el mundo, ya que supera las limitaciones impuestas por Hospice Care y Terminal Care. Así pues, Hospice Care sólo adquiere sentido en la cultura anglosajona, donde hospice tiene la connotación de lugar donde se atienden pacientes en situación terminal. Al hacer la traducción al castellano como hospicio, el sentido es diferente; así, el Diccionario de la Lengua Española la define como: “casa para albergar y recibir peregrinos y pobres. Asilo en que se da mantenimiento y educación a niños pobres, expósitos o huérfanos”. Esta diferencia entre la concepción del hospicio latino y el hospice anglosajón, ya queda patente en las actitudes asistenciales, de mediados del siglo XVIII.

Con respecto a “Terminal Care”, es decir, cuidados terminales, éstos se identifican más con los cuidados propios de las etapas inminentemente previas a la muerte, y con aspectos relacionados más con la tanatología que con esa actitud viva y de reto que se mantiene aún en las fases más avanzadas de la enfermedad, y que constituyen la esencia de los cuidados paliativos. En otras palabras, los cuidados paliativos se concentran más en la vida que en la muerte, la cual es observada como un proceso natural que, al fin y al cabo, constituye la culminación de una biografía y no un fracaso de la vida ni de la medicina. La paliación no es una cuestión exclusiva del final, sino de un proceso, que tendría que iniciarse en el momento del diagnóstico de la enfermedad incurable.

3. Geriátría y Cuidados Paliativos

En los últimos diez años, los cuidados paliativos han experimentado un gran desarrollo en España, especialmente en la patología oncológica terminal. Sin

embargo, la evolución de la medicina paliativa en el paciente geriátrico con o sin enfermedad oncológica ha sido más lenta. La aparición de recientes experiencias en la literatura y la inclusión del paciente geriátrico en los foros de discusión de las Sociedades Internacionales de Cuidados Paliativos, demuestran una seria implicación entre la Geriátrica y la Medicina Paliativa.

La Organización Mundial de la Salud propone ya a finales de los años 80 que los cuidados paliativos constituyan un elemento inherente a toda política sanitaria racional, recomendando ampliar sus beneficios a pacientes no oncológicos.

El anciano presenta con frecuencia patología tumoral avanzada. Las personas mayores de 65 años suman el 13% de la población total, y padecen el 55% de todos los tumores diagnosticados y el 67% de las muertes por cáncer. Los ancianos reciben menos indicaciones de técnicas preventivas o de detección precoz de tumores, y por otra parte suelen ser diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad, no siendo subsidiarios de tratamiento curativo coexistiendo junto con su patología tumoral, problemas específicos de la población anciana.

Existen también en el anciano otras enfermedades no oncológicas de larga duración, que en algún momento de su evolución llegan a un estadio final, con ausencia de tratamiento específico, síntomas múltiples y cambiantes, con gran impacto emocional para el paciente y su familia, pudiendo incluirse en programas de cuidados paliativos. Algunos ejemplos los tenemos en enfermedades crónicas respiratorias (EPOC, enfermedades neuromusculares, patología restrictiva), enfermedades neurológicas (demencia, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, accidentes cerebrovasculares extensos con incapacidad residual no rehabilitable), insuficiencia avanzada de órganos básicos (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal terminal, cirrosis hepática) y otras patologías.

Los modelos de atención a pacientes subsidiarios de cuidados paliativos son diferentes en los países de nuestro entorno. Así, el modelo Hospice

anglosajón se basa en centros de ingreso para pacientes con enfermedad en fase terminal (solo oncológicos), mientras que el modelo americano, NHO (National Hospice Organization), presta su servicio mayoritariamente en el domicilio, intentando ampliarlo al paciente con enfermedad en fase terminal no oncológica. En este sentido ha desarrollado unas normas orientativas (cuidados paliativos en enfermos no oncológicos) para ayudar a definir a los pacientes con patología no oncológica que pueden ser incluidos en programas específicos de cuidados paliativos.

En España, la organización de los cuidados paliativos no es homogénea, y cuenta con varios modelos de asistencia, en la que mayoritariamente participa la Sanidad Pública, seguida de Organizaciones no Gubernamentales y otras iniciativas privadas. Según datos del Directorio de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos de 1997, más de la mitad de los programas de cuidados paliativos en España se realizan en unidades hospitalarias, de las cuales la mayoría corresponden a hospitales de crónicos o centros sociosanitarios. Un 46% de los programas lo forman equipos de asistencia domiciliaria, con modelos diferentes según la entidad que los organiza. Todos estos programas se centran en su mayoría en el paciente con patología oncológica terminal, aunque recientemente están surgiendo iniciativas para incluir al paciente geriátrico no oncológico (parte del programa “Vida a los años” establecido en Cataluña).

En todos los programas que contemplan inclusión de pacientes ancianos con enfermedad oncológica o no oncológica en fase terminal, la Geriátrica aporta:

- Conocimientos específicos del manejo y evolución de las fases terminales de determinadas enfermedades irreversibles en estadio avanzado como son, además de las enfermedades tumorales, las previamente citadas, que a su vez constituyen la mayor parte de las demandas de seguimiento y manejo en los programas a domicilio, pudiendo colaborar activamente en la elaboración de criterios de

ingreso y cuidados a realizar en el paciente anciano con patología terminal.

- Experiencia de la asistencia domiciliaria que forma parte de la formación en la especialidad de Geriátría así como la fluidez en la relación con los profesionales de atención primaria.
- Coordinación y nexo entre los distintos niveles asistenciales. Aunque muchos equipos de Cuidados Paliativos o de Soporte Domiciliario se desarrollen desde la Atención Primaria no hay que olvidar que el Hospital es una fuente importante de captación de los pacientes que van a ser incluidos en estos programas, y que durante el seguimiento va a ser necesaria en muchos casos la intervención de distintos especialistas o el ingreso de pacientes para procedimientos concretos.
- Visión integral del enfermo con trabajo inter y multidisciplinar con los diferentes profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales), con experiencia de relación con otros niveles no estrictamente sanitarios, pero fundamentales en el manejo de los pacientes a los que nos estamos refiriendo: experiencia en la participación en comisiones sociosanitarias, formación y soporte de los cuidadores.

Por todo lo expuesto, la Geriátría y la Medicina Paliativa tienen muchos puntos de encuentro y de aportaciones mutuas, que deben de utilizarse para un mayor beneficio del paciente geriátrico subsidiario de cuidados paliativos.

4. Fundamentos de los Cuidados Paliativos

Los principios de los cuidados paliativos han demostrado ser útiles para la atención de gran número de condiciones distintas, y son aplicables desde fases iniciales de la evolución de la enfermedad hasta el proceso de morir. Los cuidados paliativos promueven la participación activa de la familia

durante el proceso de morir y establecen medidas de atención del duelo; representan, a su vez, una activa participación de la sociedad y de los cuidadores informales.

4.1. Objetivos Generales

- Mantener al paciente cómodo y tan libre de síntomas como sea posible, aun cuando no pueda expresarlo. Esta confortabilidad incluirá el esfuerzo por mejorar su apariencia personal para que se sienta digno y presentable para los diversos procedimientos y exámenes, así como para recibir a sus familiares.
- Establecer metas realistas de tratamiento, dependiendo de la causa del síntoma y su posibilidad de reversión. Los pacientes con enfermedades localizadas o recurrentes regionales serán tratados inicialmente con medidas específicas locales como la radioterapia paliativa que es frecuentemente de ayuda para controlar el dolor metastásico, la ulceración o el sangrado. Los agentes eficaces tanto contra las enfermedades sistémicas y locales (radio y quimioterapia combinadas, por ejemplo) se reservarán mejor para enfermedades locales refractarias o las metastásicas distantes.
- Todo lo que se haga deberá ser apropiado para el paciente, no para preservarle la vida sino para hacerla más confortable y llena de significado, por lo que se evitarán los procedimientos innecesarios que creen ansiedad, a pesar de la aceptación médica, o razones de investigación, si así lo desea el paciente. La resucitación cardiaca, respiración artificial, infusiones intravenosas, sonda nasogástrica y antibióticos, son medidas de apoyo primariamente utilizadas en las enfermedades agudas o crónicas. Su uso, sin una cuidadosa consideración del propósito es una pobre práctica médica en terapia

paliativa. En general, un tratamiento paliativo que es peor que la enfermedad no es digno de hacerse ni de ofrecerse.

- Proporcionar el cuidado médico como parte de un todo que va desde la curación en un extremo, al cuidado terminal en el otro, de modo que el paciente y la familia no sientan una ruptura en esta continuidad. Cuando ya no es posible la curación, el énfasis del equipo se dirigirá al control de los síntomas como un objetivo en sí mismo. Este plan de cuidados deberá ser documentado de manera que otros puedan proseguir con el mismo cuando sea necesario.
- Ofrecer a los pacientes una oportunidad para dialogar, si lo desean, sobre su enfermedad y ser informados de su diagnóstico, tratamiento, pronósticos alternativos, las inmediatas y futuras implicaciones de la familia, incluso costos, en términos que puedan comprender. Como todos los individuos, tienen el derecho de participar en lo que sucede alrededor. Si el paciente no es informado por razones médicas y otras circunstancias, el responsable más cercano deberá recibir esta información. Es de suma importancia guardar su privacidad, así como la confidencialidad de todas las conversaciones y registros.
- Satisfacer en la medida que sea posible, las necesidades espirituales, emocionales y psicológicas de los pacientes y aceptar sus respuestas sin reaccionar ante éstas en una forma que interprete como un rechazo.
- Apoyar a la familia y a los seres queridos del paciente para que mejoren su relación entre sí y se reduzca la sobrecarga que representa la enfermedad.

4.2. Necesidades de los Pacientes en Fase Terminal

El enfermo con cáncer avanzado es un ser muy necesitado de ayudas de diverso tipo, a causa de sus múltiples necesidades biológicas, psicológicas,

espirituales (de carácter ético y religioso) y familiares. Requiere una atención integral para poder aceptar el padecimiento en caso de terminalidad y vivir la vida que le queda con la mayor dignidad posible.

4.2.1. Necesidades Biológicas

El enfermo precisa una atención médica y de enfermería minuciosa en relación con todos los aspectos biológicos: sueño, alimentación, higiene, eliminación, y sobre todo de síntomas de la enfermedad (dolor, vómitos, tos, hipo, disnea, etc). Es muy importante tranquilizarle asegurándole que se hará todo lo posible para aliviar los síntomas que le afligen.

Con frecuencia es necesario proceder paso a paso, en lugar de buscar un alivio inmediato y total.

Un buen control biológico (médico y de enfermería) produce un aumento del bienestar de los enfermos, mientras que cualquier defecto del mismo lo deteriora no permitiendo satisfacer el resto de necesidades.

4.2.2. Necesidades Psicológicas

La enfermedad provoca una convulsión en el mundo interior de quien la padece, que se encuentra de repente ante algo que no puede dominar y que tampoco, a su parecer, dominan plenamente los médicos. Con ella se derrumban muchos muros que con frecuencia se establecen en tiempos de salud y que parecían indestructibles. Si es particularmente grave, el paciente se interioriza y empieza a plantearse interrogantes sobre el sentido de la vida, del dolor, y de la muerte, etc. a los que pretende buscar solución.

Las necesidades psicológicas del enfermo con cáncer avanzado son numerosas. Muchos de ellos no sacarán a la luz sus preocupaciones si no se les pregunta específicamente por las mismas y, a menos que éstas sean reconocidas y atendidas, será por lo general imposible lograr un adecuado

tratamiento del dolor y de otros síntomas molestos. El personal sanitario deberá considerar siempre que está tratando a una persona, más allá de un organismo biológico, para darle en todo momento un trato cortés y afectivo en la conversación, atenciones y en las explicaciones sobre lo que le sucede, el tratamiento que recibe y el porqué de sus síntomas.

4.2.3. Búsqueda de un sentido y necesidades espirituales

La falta de una finalidad para vivir produce desesperanza y depresión. El enfermo mantiene la esperanza cuando tiene una meta. Frecuentemente, es de ayuda procurar encontrarle unas pocas metas realizables, que pueden cambiar conforme la muerte se acerca. Si el objetivo final puede alcanzarse mediante el logro de una serie de objetivos menores, tanto el paciente como el equipo asistencial podrán mantener viva la esperanza. La mayoría de los pacientes se adaptan mejor a la muerte cuando experimentan que existe un interés profundo amistoso, sincero y sostenido.

En algunos casos, el médico puede contribuir para que el paciente pueda dejar un mejor recuerdo, y a preparar a los familiares ante el futuro. Una buena manera de ayudarle al enfermo es interesarse por su vida pasada, por los eventos más importantes y recalcar todo lo bueno que ha hecho o los intentos que ha realizado para conseguirlos. El paciente necesita sentirse confortado de conocer que sus esfuerzos han dado su fruto. Los hijos aprenden también de la disposición e intentos, no sólo de las cosas que se les deja. Una persona totalmente dependiente todavía puede seguir siendo importante en una comunidad y servir de ayuda y estímulo para otros al agradecer las atenciones recibidas con una palabra amable o un gesto cariñoso.

El sufrimiento tiene su origen en los retos que amenazan a la integridad de la persona como compleja entidad social y psicológica. La persona que se adapta mejor es aquella que permanece realista y esperanzada en toda

situación. Asignar un significado a la afección nociva reduce frecuentemente o incluso resuelve el sufrimiento asociado con ella.

Algunos pacientes derivarán de sus creencias religiosas la fuerza necesaria para seguir gracias a su fe en que existe un mundo espiritual más allá del físico. A veces no es conveniente introducirse en las respuestas que el moribundo encuentra por sí mismo. Ciertamente, ven y tocan un grado más profundo de la realidad que nosotros.

Aunque el tema no quiero que abarque por su extensión toda la profundidad que se merecen las necesidades espirituales, es importante recordar que esta parte de la vida aglutina diferentes aspectos físicos, psicológicos y sociales de las personas. Está relacionado con la búsqueda íntima del significado y el propósito de la vida, de la verdad y del conocimiento y con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales así como el perdón, la reconciliación y la afirmación de valores particulares y comunes.

El apoyo religioso puede ser especialmente importante para el creyente por lo que las preguntas sobre el tema espiritual deberán hacerse muy delicadamente, con amabilidad y pleno respeto hacia el derecho del paciente a tener sus propios valores y creencias, y a permanecer en silencio ante dichas preguntas. Es posible conseguir información acerca del concepto que el enfermo tiene de Dios, preguntándole si Dios o la religión son significativos para él y si el hecho de estar enfermo ha cambiado sus creencias, o su manera de practicar la religión. Si la respuesta es afirmativa, se le puede pedir que describa sus sentimientos en palabras sencillas. El paciente tiene derecho a esperar que sus creencias espirituales sean respetadas y escuchadas con atención. Si hay respeto y confianza mutuas y el ambiente es apropiado, el paciente comparte generalmente sus experiencias y anhelos espirituales, lo que le genera un notable bienestar. Nuestro deber como equipo de apoyo es facilitarle, si así lo desea, la participación en las actividades religiosas, privadas o comunitarias, y darle la necesaria intimidad y el oportuno acceso a los consejos espirituales.

4.2.4. Necesidades de despedirse

El paciente suele desear despedirse, poder dar las últimas instrucciones y hacer la paz con aquellos que tuvo diferencias, hechos estos que toman su tiempo y que no pueden ser satisfactoriamente realizados si se retrasan demasiado, porque hacia el final el paciente puede estar muy débil, haberse deteriorado mentalmente, o estar muy sedado. Las personas encuentran más difícil despedirse de aquellos con los que tuvieron una relación altamente conflictiva. Es como si quisieran aclarar las cosas primero para luego poder decirse adiós. Estos problemas deberán ser confrontados con la familia y el paciente para que puedan ser resueltos de modo oportuno y se procurará ayudarle para que tengan una comunicación más abierta entre sí. Suele ser muy duro para el médico despedirse de un paciente. Es normal sentir congoja en estos momentos finales porque, si bien pudo haber sido corto el tiempo de tratarle, se puede haber llegado a establecer un nivel de amistad muy intenso por la gran sinceridad que llena esos últimos días. Un paciente nos abandona pero la vida continúa y no se detiene. Nos debemos sentir satisfechos de haber ayudado a que su muerte haya sido más pacífica, sin sufrimientos.

4.2.5. Necesidades del Paciente Inconsciente

En la proximidad del fallecimiento, muchos pacientes parecen entrar en un estado crepuscular entre la vida y la muerte. Cuando el paciente pierde la conciencia, particularmente si el nivel es ligero, parece continuar siendo consciente del sonido y el tacto, y de otros sentidos en un menor grado, siendo posible que perciba a veces la presencia de otra gente a pesar de encontrarse aparentemente en la inconsciencia más profunda. Esto se demuestra al observar cómo el paciente se torna molesto e intranquilo si se le deja solo, mientras que se vuelve apacible cuando alguien se sienta con

él. Aún en las etapas finales puede haber cosas importantes que los miembros de la familia necesiten decir al paciente, por lo que es siempre sorprendente las veces que se escuchan sus respuestas. Es nuestro deber asegurarles privacidad porque a pesar de que no pueda responder verbalmente, es posible que aún pueda escuchar.

Existen igualmente otras ocasiones en que el enfermo desea abstenerse de toda comunicación aún con sus seres queridos, y cualquier molestia que se le ocasiona le irrita intensamente. Puede ser una forma de evitar el dolor de la partida y prepararse para la muerte. Entonces, aunque esté consciente, el paciente mantiene sus ojos cerrados casi todo el tiempo y rehúsa comer o beber. Este es un tiempo pacífico y la transición a la inconsciencia es a menudo imperceptible.

Es muy importante manejarle delicadamente en todo momento, como si se tratase de un paciente consciente, llegando aún a explicarle las cosas que se le van a hacer como los procedimientos de cateterización, cambios posicionales o ponerle inyecciones. Se le indicará que el dolor será mantenido bajo control, que no está solo, informándole sobre quién ha llegado, la hora del día, etc., porque ello puede contribuir a dar paz a su mente. Respetar de esta forma su dignidad, no solo ayuda a la familia sino también le sirve de recuerdo al equipo de que está cuidando a esa persona.

Muchos familiares están preocupados cuando el paciente es incapaz de tomar la comida o el agua. Puede serles de ayuda una explicación del motivo por el que ya no son beneficiosos. El deseo de ofrecer alimento es un instinto natural poderoso, pero en este caso, deberá ser balanceado con las necesidades de comodidad del paciente. La hidratación intravenosa puede ser molesta en un moribundo mientras que un cierto grado de deshidratación puede darle realmente comodidad al reducirle las secreciones bronquiales. Una boca seca será tratada con medidas locales, se usarán lágrimas artificiales, se pasará a la medicación subcutánea para asegurarse un buen

control de síntomas y una muerte tranquila al menos desde el punto de vista biológico.

4.2.6. Necesidades de la Familia

Muchos familiares demandan que alguien escuche sus aflicciones y su ansiedad personal, sus sentimientos de culpa y de frustración. La familia deberá ser informada puntualmente de la evolución de la enfermedad, sobre cómo se manejan los síntomas molestos y la forma como será la etapa final. Muchas familias atraviesan las mismas etapas de adaptación a la enfermedad y muerte que los enfermos, y requieren una especial comprensión si se han detenido en algunas de ellas. Agradecerán que el equipo de atención y el médico sean también sensibles a sus preocupaciones, que se les ayude a mejorar la comunicación, a vencer especialmente la conspiración de silencio, si ésta existe, y que si desean, se les involucre en el cuidado del enfermo, proporcionándoles la ayuda que en las etapas finales puedan requerir. Estos elementos influyen de modo significativo en el periodo de duelo, fase en la cual también el médico dejará una ventana abierta para la comunicación posterior con la familia, debido a que en esta etapa, suelen ser necesarias, quizá más que nunca, unas manos amigables. Puede ser preciso un seguimiento durante varios meses, o a veces por más tiempo, especialmente si los deudos tiene un escaso apoyo social. Todo programa de asistencia en el duelo debe tener objetivos bien definidos y emplear un método de seguimiento uniforme como también concentrarse en ayudar a las personas que sufren mayores riesgos.

CAPITULO III

EL DUELO

1. Definición

El duelo humano se define como una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido. El duelo no es una enfermedad, aunque resulta ser un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que tarde o temprano hemos de afrontar, casi todos, los seres humanos. La muerte del hijo/a y la del cónyuge, son consideradas las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona.

2. Elaboración del Duelo

Por elaboración del duelo se entiende el transcurso del proceso desde que la pérdida se produce hasta que se supera. Esta elaboración puede comenzar antes de la pérdida en el caso de que ésta se pueda prever con cierta antelación.

Relacionado con la elaboración previa o duelo anticipatorio estaría el *preduelo*, si bien son conceptos diferentes.

2.1. Determinantes en la Elaboración del Duelo

Algunos determinantes que influyen en la elaboración del duelo en caso de muerte son los siguientes:

- Tipo de relación afectiva con el fallecido.

- Duración de la enfermedad mortal y la agonía, en caso de existir.
- Grado de parentesco.
- Carácter de la muerte.
- Aspecto del cadáver.
- Grado de dependencia.
- Sexo del superviviente.
- Soporte social, redes sociales.
- Fe religiosa o planteamiento filosófico vital.
- Presencia o no de otras experiencias de duelo.

A esto habría que añadir el factor cultural y social, que puede hacer que la elaboración del duelo difiera mucho, si bien no deja de ser fundamental el tipo de vínculo y el apego que el deudo tenía con el ser fallecido. Otro factor a considerar es la presencia de terceros a los que la pérdida les afecte, con lo que se puede dar un *duelo solidario*.

2.2. Ayuda Profesional

En los casos en los que cueste superar la elaboración del duelo, este puede convertirse en un problema e incluso en un *duelo patológico*. Si esto sucede o antes de que suceda, conviene acudir a un profesional (psicólogo).

3. Manifestaciones Externas del Duelo

La manifestación externa del duelo sería el luto, que es su expresión más o menos formalizada y cultural. El duelo psicológico tiene en el luto su correlato más social.

El duelo también se puede exteriorizar con llantos, rabia, ataques violentos y un buen número de reacciones, todas ellas normales en esos momentos.

Hay que tener en cuenta que los especialistas reconocen que para una buena elaboración y superación del duelo no es aconsejable querer huir de esas sensaciones de dolor, pues no se pueden enfrentar si no se sienten, lo contrario sería la negación de la pérdida, lo que llevaría a comportamientos desadaptativos.

4. Cronología del Duelo

La enorme variabilidad del duelo depende de las características de la persona en duelo, su situación personal y antecedentes, de “quien” es la persona fallecida para el doliente, de las causas y circunstancias de su fallecimiento, de las relaciones sociofamiliares, y de las costumbres sociales, religiosas, etc. de la sociedad en la que vive. A pesar de toda esta enorme variabilidad se puede describir a grandes rasgos la evolución del duelo a lo largo del tiempo, para ello fragmentamos artificialmente el proceso de duelo en fases o períodos que reúnen unas características y nos ayudan a entender lo que sucede en la mente del doliente:

- a) Duelo anticipado** (pre-muerte). Es un tiempo caracterizado por el shock inicial ante el diagnóstico y la negación de la muerte próxima, mantenida en mayor o menor grado hasta el final; también por la ansiedad, el miedo y el centrarse en el cuidado del enfermo. Este período es una oportunidad para prepararse psicológicamente para la pérdida y deja profundas huellas en la memoria.
- b) Duelo agudo** (muerte y peri-muerte). Son momentos intensísimos y excepcionales, de verdadera catástrofe psicológica, caracterizados por el bloqueo emocional, la parálisis psicológica, y una sensación de aturdimiento e incredulidad ante lo que se está viviendo. Es una situación de auténtica despersonalización.

- c) Duelo temprano.** Desde semanas hasta unos tres meses después de la muerte. Es un tiempo de negación, de búsqueda del fallecido, de estallidos de rabia, y de intensas oleadas de dolor y llanto, de profundo sufrimiento. La persona no se da cuenta todavía de la realidad de la muerte.
- d) Duelo intermedio.** Desde meses hasta años después de la muerte. Es un tiempo entre el duelo temprano y el tardío, en el que no se tiene la protección de la negación del principio, ni el alivio del paso de los años. Es un periodo de tormentas emocionales y vivencias contradictorias, de búsqueda, presencias, culpas y autorreproches, donde continúan las punzadas de dolor intenso que llegan en oleadas. Con el reinicio de lo cotidiano se comienza a percibir progresivamente la realidad de la pérdida, apareciendo múltiples duelos cíclicos en el primer año (aniversarios, fiestas, vacaciones) y la pérdida de los roles desarrollados por el difunto (confidente, amante, compañero, etc.). Es también un tiempo de soledad y aislamiento, de pensamientos obsesivos. A veces es la primera experiencia de vivir sólo, y es frecuente no volver a tener contacto físico íntimo ni manifestaciones afectivas con otra persona. Se va descubriendo la necesidad de descartar patrones de conducta previos que no sirven (cambio de estatus social) y se establecen unos nuevos que tengan en cuenta la situación actual de pérdida. Este proceso es tan penoso como decisivo, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida. Finalmente los periodos de normalidad son cada vez mayores. Se reanuda la actividad social y se disfruta cada vez más de situaciones que antes eran gratas, sin experimentar sentimientos de culpa. El recuerdo es cada vez menos doloroso y se asume el seguir viviendo. Varios autores sitúan en el sexto mes el comienzo de la recuperación, pero este periodo puede durar entre uno y cuatro años.

- e) **Duelo tardío.** Transcurridos entre 1 y 4 años, el doliente puede haber establecido un nuevo modo de vida, basado en nuevos patrones de pensamiento, sentimiento y conducta que puede ser tan grato como antes, pero sentimientos como el de soledad, pueden permanecer para siempre, aunque ya no son tan invalidantes como al principio. Se empieza a vivir pensando en el futuro, no en el pasado.
- f) **Duelo latente** (con el tiempo...) A pesar de todo, nada vuelve a ser como antes, no se recobra la mente pre-duelo, aunque sí parece llegarse, con el tiempo, a un duelo latente, más suave y menos doloroso, que se puede reactivar en cualquier momento ante estímulos que recuerden.

5. Etapas del Duelo Individual

Se describen 3 fases (Lindenmann, Brown, Schulz):

5.1. Fase inicial o de evitación: Reacción normal y terapéutica, surge como defensa y perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe. Shock e incredulidad, incluso negación que dura horas, semanas o meses. Sentimiento arrollador de tristeza, el cual se expresa con llanto frecuente. Inicia el proceso de duelo el poder ver el cuerpo y lo que oficializa la realidad de la muerte es el entierro o funeral, que cumple varias funciones, entre ellas la de separar al muerto de los vivos.

5.2. Fase aguda de duelo: Dolor por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso pseudo-alucinaciones, la rabia emerge suscitando angustia. Trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con la persona o animal amados y reconocer la ambivalencia de toda relación; todas las actividades del doliente pierden

significado en esta fase. Va disminuyendo con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios y puede durar 6 meses o más.

5.3. Resolución del duelo: Fase final, gradual reconexión con vida diaria, estabilización de altibajos de etapa anterior. Los recuerdos de la persona desaparecida traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar del dolor agudo y la nostalgia.

Se describen 4 tareas para completar el duelo:

- Aceptar la realidad de la pérdida.
- Experimentar la realidad de la pérdida.
- Sentir el dolor y todas sus emociones.
- Adaptarse a un ambiente en el cual falta el ser que murió, aprender a vivir sin esa persona o animal, tomar decisiones en soledad, retirar la energía emocional y reinvertirla en nuevas relaciones.

También se pueden encontrar otras fases del duelo pues por discrepancia de autores se tiene entre 3 o 4 fases.

6. Tipología del Duelo

El duelo no es una enfermedad en sí mismo, aunque puede convertirse en una si su elaboración no es correcta. Diferentes autores han dado diferentes tipologías de duelo, si bien se carece de una tipología comúnmente aceptada por todos.

6.1. Duelo bloqueado: Ocurre una negación a la realidad de la pérdida, donde hay una evitación del trabajo de duelo, y un bloqueo emocional-

cognitivo que se manifiesta a través de conductas, percepciones ilusorias, síntomas somáticos o mentales o relacionales.

6.2. Duelo complicado: Síntomas o conductas de riesgo sostenidas en el tiempo y de intensidad riesgosas para la salud dentro de un contexto de pérdida.

6.3. Duelo patológico: La persistencia o intensidad de los síntomas ha llevado a alguno o varios de los miembros de la familia a detener la vida laboral, social, académica, orgánica.

METODOLOGÍA

En el presente trabajo se desarrollará un estudio investigativo confiable, ya que será coherente con la información que se recolectará, de tipo descriptivo porque se analizará la presencia o ausencia de trastornos psicológicos como: depresión, ansiedad o baja autoestima; transversal debido a que se circunscribirá a un momento puntual en el cual se examinará un determinado grupo, en un determinado tiempo y cualitativo debido a que se basará en la descripción de rasgos característicos además que irá orientado hacia el ser humano integral y encaminado hacia una mejoría en la calidad de vida.

La finalidad del presente estudio será pura ya que con el mismo pretendo aportar teóricamente al plantear un Modelo de Intervención Psicológica en Enfermedades Terminales; además el diseño de esta investigación será Cuasi Experimental porque se trabajará con muestreo pero los elementos de la muestra ya están predeterminados.

Se trabajará con un universo que integran toda la población de enfermos en Etapa Terminal de la Ciudad de Loja y se tomará como muestra la población de la Casa “Liga de Caridad” que es fluctuante entre 11 a 20 pacientes, en el periodo comprendido entre Junio-Noviembre de 2011.

Se utilizará algunos instrumentos que permitirán obtener información, los mismos que se adjuntarán en los anexos (Guía de Observación FIC, Entrevista al Paciente, Entrevista a la Familia, Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, HAD). Serán evaluados además los expedientes clínicos con el objetivo de obtener información adicional. Las variables que se tomarán serán las siguientes:

1. Parámetros Vitales
2. Apoyo Psicológico a pacientes y familiares.
3. Cuidados con la Higiene.

4. Alivio del Dolor.
5. Confort y Seguridad.

RECURSOS

Recursos Humanos:

- ✓ Diana Elizabeth Luzuriaga Carrión
- ✓ Director de Tesis
- ✓ Pacientes de la Fundación “Liga de Caridad”
- ✓ Familia de los Pacientes
- ✓ Equipo de Atención de la Fundación “Liga de Caridad”

Recursos Institucionales:

- ✓ Área de la Salud Humana
- ✓ Biblioteca del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja
- ✓ Biblioteca del Área de la Educación, el Arte y la Comunicación de la Universidad Nacional de Loja
- ✓ Casa para Enfermos Terminales “Liga de Caridad”

Recursos Materiales:

- ✓ Libros
- ✓ Reactivos Psicológicos
- ✓ Impresiones
- ✓ Copias
- ✓ Anillado
- ✓ Internet
- ✓ Transporte

PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	COSTO
Elaboración de Tesis	\$ 5,000
Materiales	\$ 900
Varios	\$ 700
TOTAL	\$ 6,600

FINANCIAMIENTO

El 100% del Financiamiento será cubierto por la Autora.

BIBLIOGRAFÍA

- Bayés, R. y Barreto, P. (1992). Las Unidades de Cuidados Paliativos como Ejemplo de Interdisciplinariedad. Clínica y Salud.
- Montes de Oca, GABRIELA. (2006). Historia de Los Cuidados Paliativos.
- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos.1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
- Simões, João Carlos. Cuidados Paliativos. Síndrome De Luto
- Ruiz, ERASMO. Humanización de la Muerte y Cuidados Paliativos
- DE LILLE, R. “Deontología de la clínica del dolor por cáncer.” En: Alivio del Dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer. R. Plancarte, México, Mc Graw Hill, 2004.
- GUEVARA U. “Evolución de los cuidados paliativos en México.” En: Medicina del dolor y paliativa Íntersistemas. U. Guevara, México, 2003.
- GARCÍA V. “Origen y evolución de la clínica del dolor.” Guía diagnóstica y terapéutica Intersistemas. Kassian A Algologia. México, 2004.
- LÍAN E. Historia de la medicina moderna y contemporánea. Barcelona, Prensa Científico Médica, 2000.

FUENTES MULTIMEDIA

- <http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Enfermedades/EnfermedadesDiscapitantes/A/Accidentes%20Cerebrovasculares/Paginas/descripcion.aspx>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>

- <http://www.infored.com.mx/a/concepto-de-enfermedades-agudas-y-cronicas.html>
- http://www.librosdepsicologia.com/product_details.php?item_id=28
- http://www.alternativaterapeutica.mex.tl/164317_Enfermedades-Agudas-y-Cronicas--.html
- http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=2
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000726.htm>
- <http://www.geosalud.com/Enfermedades%20Cardiovasculares/accidente%20cerebrovascular.htm>
- <http://www.neuroaid.com/es/acv?gclid=COHXp4SW7KwCFVGz7Qod0xZ5LA>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000594.htm>
- <http://www.avert.org/sida.htm>
- http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/hiv-aids/index_es.htm
- http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000200012&script=sci_arttext
- <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/...>
- <http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=0&sel=269>

http://kidshealth.org/teen/en_espanol/mente/someone_died_esp.html