

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TEMA:

“PLAN PSICOTERAPEUTICO PARA ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGIA DEL AREA CLINICA EN EL MANEJO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES TERMINALES DE LAS UNIDADES DE SALUD DEL AREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR.”

PRESENTADO POR:

MARIA JOSE MARTINEZ DUEÑAS	MD03004
GRISELDA GUADALUPE GONGORA DIAZ	GD03012
VERONICA GUADALUPE MARTINEZ MARTINEZ	MM02164

DOCENTE DIRECTOR:

LIC .ISRAEL RIVAS

COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADO:

LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES

COORDINADOR ADJUNTO:

LIC. CARLOS ARMANDO ZELAYA ESPAÑA

CIUDAD UNIVERSITARIA, JULIO DE 2010



AUTORIDADES CENTRALES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

MSC. RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ

VICE-RECTOR ACADÉMICO

MÀSTER MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

MÁSTER OSCAR NOÉ NAVARRETE

SECRETARÍA GENERAL

LIC. DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ



**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS Y HUMANIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

DECANO

LIC. JOSÉ RAYMUNDO CALDERÓN MORÁN

VICEDECANO

DR. CARLOS ROBERTO PAZ MANZANO

SECRETARIO

LIC. JULIO CESAR GRANDE RIVERA



**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

JEFE DEL DEPARTAMENTO

LIC. BENJAMÍN MORENO LANDAVERDE

COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADO

LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES

COORDINADOR ADJUNTO

LIC. CARLOS ARMANDO ZELAYA ESPAÑA

DOCENTE DIRECTOR

LIC .ISRAEL RIVAS



AGRADECIMIENTOS

Como punto de partida en estos agradecimientos y como ser más importante en la consecución del mismo a Dios todopoderoso y nuestra madre María por su guía y protección a lo largo de mi vida.

Agradezco a mi familia, mis padres M^a Teresa y Alfredo, por haberme dado el privilegio de la educación desde mi infancia, enseñándome que esto era el mejor tesoro que podemos tener para desarrollarnos en nuestras vidas. A mis sobrinos Steven y Michelle por estar en mi vida.

De igual manera agradezco a mi nueva familia formada por mi esposo Jaime y mi angelita preciosa Fernanda mi hija, por haberse sumado a este sueño, por darme el complemento que mi vida necesitaba, y por ser mi nido y refugio. Los amo

A mi hermano Edgardo por ser siempre un amigo, un apoyo, mi ejemplo de lucha, por estar ahí cuando siempre lo necesite, gracias hermano.

Así como a todos aquellos amigos, demás familia que formaron parte de todo este recorrido profesional.

A nuestro asesor Lic. Israel Rivas por sus guías y orientaciones.

A mis compañeras de tesis Vero y María José, por haber luchado juntas y alcanzar el triunfo profesional

A todos y cada uno gracias por haber formado parte de este sueño que ahora ha culminado satisfactoriamente.

Griselda Góngora



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme permitido llegar al final de este sueño, de esta lucha y haber sido mi compañero de batalla ante todas las adversidades que a lo largo de estos años he enfrentado. A mi mamita María Auxiliadora que ha sido mi guía, mi luz y mi protección desde pequeña hasta ahora.

A mis abuelos Regina y Miguel por haberme dado el mejor regalo de mi vida que fue mi formación profesional, gracias abuelitos por haberme brindado su apoyo y su ayuda a lo largo de todos estos años, los amo y los extraño.

A mis padres Miriam y Hernán por haber sido mis pilares , mis amigos, mis protectores, por todos los sacrificios que han hecho por darme lo mejor a lo largo de mi vida, por cuidarme a pesar del paso de los años, y darme principios y valores que son y serán mis cimientos en la vida. Los amo papi y mami.

A mis hermanos Barnet e Irving por ser mis amigos, mis protectores, porque siempre me han cuidado como la hermana menor que soy pero me han respetado mis opiniones y decisiones como un igual a pesar que nuestras edades son tan distantes. Gracias por siempre estar ahí, por ser mis “guardaespaldas”

A mis cuñadas Montse y Karla, por sus consejos y por ser parte de mis apoyos. A mis sobrinos Pedro, Valeria y Adriana (mis princesas mágicas), gracias por llenar mi existencia con sus risas, bromas, cariño y por haber dado a mi vida la alegría que le faltaba. Los adoro.

A nuestro asesor Lic. Rivas por todo su apoyo y guía a lo largo de este proyecto.

A mis compañeras de tesis Vero y Gris (y Fernandita), gracias por haber perseverado juntas y creer en nuestro proyecto, haberlo hecho propio cada día y esforzarnos como equipo para verlo culminado, y a ti bebita hermosa “Fer” por haber estado con nosotras en el vientre de tu mami y dejarnos defender este sueño. Te adoro princesa.



Y a todas las demás personas que formaron parte de todo este camino, jefes, compañeros, a mis queridos amigos en especial a Candy y Alvaro, por ser mi apoyo emocional y porque siempre han estado cuando más los he necesitado infinitas gracias.

No menos importante a mis ángeles mis seres queridos que se han adelantado gracias por protegerme. Los extraño a todos en especial a mi abuela Fina.

A todos los demás miembros de mi familia, tíos, tías, primas. Gracias por siempre apoyarme en todo.

A todos y cada uno no me alcanzará la vida para agradecerles su apoyo en todo este camino de formación profesional, que ha pasado ya de ser un sueño a ser una meta culminada y una realidad.

María José



AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme permitido llegar hasta aquí, brindándome la fortaleza que he necesitado para seguir adelante.

A mis Padres que los Amo y que gracias a sus consejos me hicieron comprender lo importante que es la educación, velando siempre por mi bienestar a lo largo del tiempo, alentándome a no rendirme ante los obstáculos, por todos sus esfuerzos y sacrificios gracias, se que sin ustedes a mi lado no hubiera podido culminar esta meta.

A mi hermana que ha sido siempre un buen ejemplo en mi vida, y una guía para seguir adelante.

A todos las personas que de una u otra manera colaboraron para el cumplimiento de esta meta: amigos, jefes, compañeros, los recuerdo con cariño.

Al Lic. Israel Rivas por asesorarme a lo largo de la tesis y acompañarme en este camino que hoy culmina en el presente proyecto, por compartir su conocimiento conmigo.

A mi equipo de tesis, Griselda y María José, sin olvidar el cuarto elemento Fernanda, que si bien no fue parte del grupo legalmente, estuvo con nosotros siempre, gracias por haber alcanzado juntas esta meta, que ahora es una realidad.

Verónica Martínez



INDICE DE CONTENIDO

<u>Contenido</u>	<u>N° Páginas</u>
• Introducción.....	i
• Justificación.....	ii
• Objetivos.....	iii
 <u>Capítulo I</u>	
Planteamiento del problema.....	16
 <u>Capítulo II</u>	
Marco de referencia.....	17
 <u>Capítulo III</u>	
Marco teórico	
3.1 Antecedentes históricos.....	20
3.2 Enfermedades terminales.....	22
3.3 La comunicación del diagnóstico.....	23
3.4 Cuidados paliativos.....	24
3.5 Efectos de las enfermedades terminales en los pacientes.....	27
3.6 La comunicación de los diagnósticos clínicos.....	29
3.7 Motivos para informar.....	30
3.8 Papel de la familia.....	31
3.9 El impacto psicológico de la enfermedad y hospitalización en el paciente y familia.....	32



PLAN PSICOTERAPÉUTICO ENFERMEDADES TERMINALES

3.10 Sintomatología Psicológica reflejada

en familiares y pacientes con enfermedades terminales.....34

Capítulo IV

Metodología.....38

Capítulo V

Presentación y análisis de resultados

Resultados guía de entrevista médicos.....47

Resultado guía de entrevista familiares.....67

Resultado guía de observación.....87

Resultado guía de entrevista pacientes.....98

Capítulo VI

Conclusiones y recomendaciones

a) Conclusiones.....114

b) Recomendaciones.....117

- Fuentes Consultada

Libros, revistas, sitios de internet.....119

- Anexos.....122

“Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales.”



INTRODUCCION

El presente trabajo de Grado está dirigido a los estudiantes de quinto año de la licenciatura en psicología del área clínica para que pueda ser utilizado en el trabajo con pacientes que han sido diagnósticos con enfermedades terminales y a la vez con familiares de los mismos.

En el capítulo I Planteamiento del problema, se presenta la delimitación del tema, estableciendo a quienes está dirigida la investigación, así como el porqué de la necesidad de haberlo realizado.

En el capítulo II Marco de Referencia, se expone el motivo en el cual se enmarca el problema o necesidad de la cual surgió esta investigación y la posterior elaboración del plan de intervención.

En el capítulo III Marco Teórico, se encuentran las diversas teorías y estudios a partir de las cuales se realizó, analizó y planteó la investigación, estas teorías fueron contrastadas con los resultados obtenidos, formulando así los elementos básicos que componen el plan psicoterapéutico realizado.

En el capítulo IV Metodología, muestra el procedimiento realizado en cada una de las fases que componen la investigación, el tipo de estudio, la muestra entrevistada, los instrumentos, etc.

En el capítulo V Presentación y Análisis de Resultados, se encuentra el análisis cualitativo y cuantitativo de los datos obtenidos a partir de la muestra, así como su correspondiente representación grafica.

En el capítulo VI Conclusiones y Recomendaciones, se encuentran formuladas las reflexiones finales a partir de la realización de dicha investigación, así como también las sugerencias a cada uno de los sectores involucrados en este proceso.



El tema de las enfermedades terminales tiene un amplio impacto psicológico dentro de la estructura de las familias, ya que la noticia como tal causa daño psicológico en sus estados de ánimo, y la comunicación de las mismas tanto al paciente como a la familia, es una pieza clave en el desarrollo del tratamiento paliativo a aplicar.

Este tipo de enfermedades genera en los pacientes y familia daño psicológico en sus emociones, sentimientos, estados de ánimo y cogniciones, debido a las complicaciones propias de las enfermedades, como al margen de vida que los médicos determinan, lo que daña más a la familia que a los pacientes, ya que en muchos casos los parientes toman la decisión de ocultar la realidad, pero la evidencian más en su actuar, lo que genera más daño a los pacientes debido al factor denominado hermetismo compasivo, de igual forma se ven afectados los pacientes debido a los procedimientos médicos utilizados para la comunicación de los diagnósticos y la información pertinentes de estas enfermedades consideradas terminales.

Dicha investigación se realizó pensando en el beneficio para la familia y los pacientes, de igual manera para el estudiante del área clínica de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador.

En la labor que desarrollan los estudiantes de este nivel se presentan diversas dificultades en su ejecución y específicamente en la comunicación de estos diagnósticos, pues en muchas ocasiones los médicos no saben cómo manejar esta situación, o simplemente los comunican obviando la sensibilidad necesaria en estos casos, remitiendo a las personas ya afectadas al servicio psicológico para que se le “ayude” en la asimilación de la misma, lo cual resulta muy complicado pues no se cuenta hasta el momento con un instrumento de técnicas y procedimientos que ayuden a la realización de una labor profesional óptima y ética en este tipo de situaciones.



JUSTIFICACION

Se elaboró el presente plan psicoterapéutico, como respuesta a la importancia y necesidad que poseen los psicólogos que se desarrollan en el área clínica de contar con estrategias para el abordaje de las complicaciones e implicaciones que con lleva un diagnostico de enfermedades terminales.

Existen múltiples enfermedades que por su proceso de evolución deberían ser controlables, pero por el contrario en El Salvador son causas de muerte en la población, debido a que no existe una cultura de consulta preventiva, por lo cual se examinan y reciben dichos diagnósticos cuando las enfermedades han avanzado hasta el grado terminal, este diagnostico genera en el paciente un impacto psicológico debido al nivel de afectación en la salud física, lo cual pudo haber sido detectado y controlado si hubiera existido una revisión médica con antelación.

El diagnostico de dichas enfermedades suele ser comunicado por los especialistas de una forma fría e impersonal, lo cual hace de esta noticia, un suceso traumático que genera diversos efectos psicológicos adjuntos, razón por la cual algunos médicos solicitan la intervención del profesional en la salud mental para la comunicación de dicho diagnostico.

El presente trabajo se dirigió a los estudiantes de licenciatura en psicología del área clínica de la Universidad de El Salvador, para que estos cuenten con un “Plan Psicoterapéutico en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales” en el que se encuentran orientaciones teóricas y metodológicas así como guías prácticas para el manejo adecuado de pacientes y familiares que se encuentran ante diagnósticos de enfermedades terminales. Debido a que en la práctica clínica el estudiante se enfrenta a diversos vacios de conocimiento, así como a la falta de instrumentos para el abordaje de este tipo de



situaciones emocionalmente complicadas y que generan diversas barreras emocionales para la aceptación de las mismas.

El impacto psicológico inicial de las enfermedades terminales genera tanto en pacientes como en familiares diversos síntomas psicológicos como es el estrés debido a las dudas e incertidumbres de las afectaciones físicas, ansiedad ante el futuro de la muerte, enojo frustración debido al nivel de avance y las nulas esperanzas de vida, así como el plazo existente hasta la muerte, situaciones que conducen a un aceleramiento de la muerte en el paciente y un estado depresivo en la familia, o en ocasiones conduce a consecuencias más drásticas ya sea del paciente o de los familiares más cercanos como lo es la decisión de acabar con su sufrimiento físico y emocional por medio del suicidio.

Los síntomas anteriormente mencionados así como sus consecuencias, se convierten y significan una de las tantas labores y obligaciones que los estudiantes de psicología del área clínica deben saber cómo manejar, solventar y contrarrestar, pero que en muchos de los casos no cuentan con las herramientas necesarias o las instrucciones necesarias.



OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

A continuación se presentan los objetivos que se dirigieron la presente investigación

General.

Realizar un diagnóstico y un plan psicoterapéutico dirigido a los estudiantes de la licenciatura en psicología que se desempeñan en el área clínica para la intervención de pacientes con enfermedades terminales y sus familias.

Objetivos Específicos:

1. Señalar las implicaciones físicas, emocionales y psicológicas acerca de las enfermedades terminales.
2. Conocer las distintas reacciones emocionales y psicológicas como resultado de los diagnósticos de enfermedades terminales en los pacientes.
3. Evaluar las distintas reacciones y barreras psicológicas que surgen en las familias de los pacientes.
4. Identificar cuáles son las principales dificultades que enfrentan los médicos en la comunicación de los diagnósticos de enfermedades terminales.
5. Elaborar un plan psicoterapéutico de orientación práctica para los profesionales de psicología en práctica clínica para el manejo de este tipo de diagnósticos.



CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Situación del problema

La práctica psicológica de los estudiantes de Quinto año de la licenciatura en psicología desarrollada en las unidades de salud de la ciudad de San Salvador, exige de sus ejecutantes un amplio conocimiento teórico de diversos temas psicológicos, encontrando así en este nivel de la formación profesional, vacíos de conocimiento que es necesario cubrir para poder cumplir a cabalidad las labores asignadas.

Ante estas exigencias, el estudiante se ve obligado a improvisar y adaptar técnicas psicoterapéuticas, brindando así una atención limitada en alcance y logros con los pacientes.

En particular el tema de las enfermedades terminales, no cuenta hasta el momento con un material en la formación del psicólogo, que ofrezca orientaciones y técnicas especializadas en las áreas que estas personas necesitan ser atendidas, ni con un diseño de aplicación ordenado en prioridades de atención.

Es a partir de esa necesidad profesional que el grupo investigador ve como necesaria la creación de un instrumento que sea de utilidad práctica y solvente, de esta manera los vacíos de formación del psicólogo en el área clínica se ven señalados.



CAPITULO II. MARCO DE REFERENCIA

La comunicación de Diagnósticos de enfermedades terminales es una labor de los médicos, a la que se enfrentan a diario en su trabajo profesional, razón por la cual caen en una desensibilización ante el impacto psicológico que dichas noticias generan tanto en paciente como en la familia, además en ocasiones brindan poca o nula información al respecto lo que causa estrés, ansiedad, temor y frustración a los involucrados, sin que exista una atención especializada para dichas reacciones sobre todo en los nosocomios que componen el sistema de salud pública.

En la red de salud nacional, existen proyectos investigativos y planes de trabajo sobre las complicaciones de diversas enfermedades, que hasta el momento la ciencia médica considera incurables o que en su máximo nivel de avance se categoriza como terminales, dichos proyectos o planes de acción están únicamente orientados en la atención medico hospitalaria de mantenimiento y alivio del dolor físico que dichas enfermedades terminales comprenden.

Obviando de estos tratamientos la mejoría y mantenimiento de un estado emocional de aceptación, asimilación y cuidados psicológicos necesarios para la última etapa de la vida de los pacientes , así como la aceptación de la inminente noticia de la muerte por parte de sus familias, que en su mayoría pasa a ser responsabilidad de los profesionales de la salud mental del área clínica sin que existan estatutos, directrices o guías para dicha labor, más allá de la calidad empática que como psicólogos se debe poseer, así como algunas técnicas de descarga emocional que deben adaptarse o improvisarse para solventar los daños emocionales de dichos diagnósticos que complican los casos y dan paso a un avance acelerado a la muerte del tiempo establecido o en muchos casos conduce a suicidios por temor a enfrentar al periodo de transición hasta la muerte.



Esta necesidad se fundamentó en una de las múltiples labores que se le asignan al psicólogo clínico o al estudiante de psicología clínica dentro de las Unidades de salud en las que se desempeñan; en los cuales se atiende a pacientes con dificultades de carácter psicológico si no también se brinda atención a personas con dificultades físicas, conductuales y cognitivas.

De acuerdo a datos experienciales en el área clínica de la licenciatura en psicología de la Universidad El Salvador, en la cual durante muchos años se ha dado la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos en unidades de salud y hospitales, no se cuenta con una capacitación adecuada para sobrellevar este tipo de situaciones, pues se poseen vacíos de conocimientos en los años de formación, así como la falta de experiencia aúnan complicaciones en el manejo adecuado que el profesional debe poseer de este tipo de situaciones.

La desensibilización que algunos médicos poseen al comunicar diagnósticos de enfermedades terminales afectan en mayor medida a los pacientes, debido a la forma en que brindan la información sobre el padecimiento y sus complicaciones así como sus tratamientos, motivo por el cual solicitan la intervención del profesional de psicología, en la mayoría de los casos estos diagnósticos son de enfermedades como el VIH, o cáncer en fase terminal entre los que se encuentran: de mama, de útero, pulmón, de estomago, etc.

Los padecimientos anteriormente mencionados son motivos de atención medica hospitalaria que año con año aumenta los datos estadísticos, de acuerdo a estudios realizados en el ISSS en el año 2007 en el cual el número de consultas en especialidad de Oncológica refleja a 62,442 pacientes en toda la red solo del Seguro Social, lo cual muestra la necesidad de atención integral para dicha ¹ población consultante que en su mayoría de veces no conoce la información básica sobre sus padecimientos, o no cuentan con apoyo emocional adecuado

¹ Anuario estadístico, 2009 ISSS, cuadro asistencial medico Hospitalario, pág. 41.



que reduzca el nivel de impacto psicológico y que de paso a la aceptación del diagnóstico y las demás fases que tendrán que vivir tanto ellos como sus familias.

Dicha investigación servirá como una guía a los estudiantes del área clínica los cuales se enfrentan a su labor con limitados recursos técnicos para abordar este tipo de complicaciones, contará con indicaciones empáticas iniciales y principalmente con estrategias que disminuyan el impacto emocional del diagnóstico, así como técnicas y orientaciones de cuidados psicológicos para los cuidadores y familia de los pacientes.



CAPITULO III. MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

Siempre hubo, a lo largo de la historia alguna enfermedad cuyas connotaciones eran mágicas. Primero fue la lepra, y el propio Cristo nos recuerda que curarla era ciertamente un milagro. Luego fue la sífilis, enfermedad que existió aparentemente desde tiempos casi prehistóricos, disfrazada de formas diferentes. En la edad media la sífilis pareció convertirse en la enfermedad por excelencia, aunque la viruela también hizo lo suyo. A comienzos de siglo le tocó el turno a la tuberculosis.

Después vino el cáncer, enfermedad incurable por excelencia, cuyas connotaciones pueden variar entre sagradas, demoníacas o mágicas. Y el SIDA, que aparece como la última equivalencia de la muerte. Entre unas y otras epidemias anduvo el cólera, el mal de chagas, el paludismo, la lechina, el polio, los accidentes de tráfico, el suicidio o los trastornos cardiovasculares, cada una de ellas expresables en tasas de mortalidad variables.

Cualquiera sea la connotación asignable, una vez que la gente sabe que padece una enfermedad (y muy especialmente si la enfermedad es crónica) se produce una serie de cambios que afectan la percepción de sí mismos y de sus vidas. Eso significa alteración en sus planes a corto y largo plazo, que suelen evaporarse a partir del diagnóstico. La razón es bastante simple: ser una persona sana, bien capacitada y dueña de una psiquis normal es esencial en la construcción y evaluación de la autoimagen. Lo contrario representa un choque muy serio que no solamente inhabilita sino que también amenaza la visión normal que tenemos de nosotros mismos y nos hace sumamente vulnerables.

De modo que ajustarnos a una enfermedad que potencialmente nos amenaza con la muerte, en realidad es un proceso que, encima de que nos incapacita, también nos llena de incertidumbre y requiere de nosotros enormes esfuerzos de



adaptación (Cohen y Lazarus 1979). El proceso de ajuste también va a depender de las características de la enfermedad, algunas de las cuales generan cambios en el aspecto y el funcionamiento corporal que resultan vergonzosos. Hay enfermos que deben usar ayudas exteriores muy visibles para la excreción fecal o urinaria y ello crea exageradas impresiones sobre el impacto social que tales ayudas producen. Suelen también ocurrir desajustes debidos a las restricciones que la enfermedad impone, a causa del temor desencadenado por los procedimientos médicos aplicados o las consecuencias a largo plazo del tratamiento que se sigue o también, por efecto de la separación de la familia.

Es obvio que la aproximación del desenlace final no se experimenta hoy del mismo modo que en tiempos pasados. La idea de la muerte ciertamente ha cambiado y ha cambiado también el modo de morir. Hace unas cuantas décadas, cuando el enfermo sabía que se aproximaba el final, se le veía en su casa generalmente rodeado de sus familiares, más interesados los unos en asuntos 'prácticos' como el reparto de los bienes, y los otros a la espera de los últimos consejos, pero todos convencidos de que nada o muy poco podían hacerse. La visita de un sacerdote acompañado de un monaguillo era algo inevitable, y el acto de la extremaunción de algún modo indicaba que el asunto había pasado a las manos de Dios. El impacto emocional de semejante acto sobre el enfermo y sobre la familia simplemente sugería la presencia explícita de la muerte.²

² Cohen. Wiley. F, Lazarus RS. 1979. Coping with the stresses of illness. En: Stone GC et al. (Eds.). Health Psychology -A handbook. Jossey-Bass. San Francisco. USA.



3.2 ENFERMEDADES TERMINALES

Se utiliza este término para referirse a las enfermedades incurables para las que se carece de solución. Suelen implicar una corta esperanza de vida. En muchos casos son enfermedades degenerativas.

Entre las enfermedades terminales están algún tipo de cáncer. En muchos casos en el hecho de que una enfermedad sea terminal influye el haber recibido tratamiento a tiempo como ocurre en el caso del sida o de la detección de algunos tumores.

Es importante precisar el concepto de enfermo terminal, ya que, pese a parecer intuitivo, la práctica demuestra una gran disparidad de criterios a la hora de su aplicación a pacientes concretos. El diagnóstico de síndrome terminal de enfermedad se produce cuando concurren las siguientes circunstancias:

- ❖ Enfermedad de evolución progresiva
- ❖ Pronóstico de supervivencia inferior a un mes
- ❖ Ineficacia comprobada de los tratamientos
- ❖ Pérdida de la esperanza de recuperación.

Las entidades patológicas que con mayor frecuencia conducen al síndrome terminal de enfermedad son las afecciones crónicas del sistema cardiovascular, enfermedades pulmonares, el cáncer, VIH, y la cirrosis hepática.

El pronóstico de supervivencia no siempre es fácil de precisar. El estado general (v. g. índice de Karnofsky) y la entidad de la/s insuficiencia/s orgánicas presentes ayudan a delimitarlo. En cualquier caso ha de ser corto ante la atribución del ³ carácter de terminal a un enfermo, de modo que las decisiones a tomar en tal

³ El Psicólogo ante el enfermo en situación terminal", Pilar Barreto, Ramón Boyés, Barcelona 1990, Pág.: 3-12



situación no puedan lesionar sus legítimos intereses por una catalogación equivocada.

Los tratamientos conocidos y de aplicación generalizada han de ser probadamente ineficaces antes de establecer el carácter de terminal de un paciente. En algunos casos puede plantearse la posibilidad de administrar tratamientos experimentales.

3.3 LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNOSTICO

El paciente tiene derecho a conocer su diagnóstico y pronóstico, aunque no sean favorables.

Establecer una comunicación abierta con el paciente terminal es para los profesionales de la salud un asunto difícil de salvar en la práctica diaria. La muerte y el proceso de morir evocan en médicos y enfermeras reacciones psicológicas que conducen, directa o indirectamente, a evitar la comunicación sobre la materia con el paciente y su familia. Nuestra sociedad vive de espaldas a la muerte. Por otro lado, cuando las personas están muriendo, la etapa de negación de la muerte crea una barrera entre ellos y el resto de la sociedad, que los aísla cuando más ayuda necesita. La información entregada al paciente terminal deberá combinar la prudencia necesaria para no dañar las posibilidades de adaptación del enfermo a la verdad. Si bien las circunstancias sociales y culturales van cambiando, en las sociedades latinoamericanas el médico y la familia suelen tender a creer que el ideal es que el paciente muera sin conciencia de su situación.

La información sobre la enfermedad ha de tener en cuenta las particularidades individuales de cada paciente. El respeto a sus derechos dicta que sea clara, completa y asumible. Debe saber qué le pasa, de manera que conociendo la situación esté en condiciones de tomar con libertad decisiones que no podría tomar sin conocimiento de causa. Debe saber todo aquello que razonablemente pueda asumir, aunque no sea agradable, procurando evitar brusquedades que empeoren su trato con la gente que le rodea. Ha de percibir una proporcionalidad entre lo que



conoce sobre su enfermedad y el tratamiento propuesto; si no es así se genera desconfianza hacia el equipo asistencial y hacia la familia, derivada del sentimiento de engaño.

En la relación del paciente terminal con su familia cualquier forma de expresión (silencios, gestos, palabras), adquiere matices y significados distintos a los que tendría en un contexto normal, generando ansiedad en ambas direcciones. Durante la conversación surgen interrogantes sobre el futuro, no siempre fáciles de responder, y que obligan a los demás a cuestionarse tarde o temprano sobre el propio destino. Situaciones como la hospitalización prolongada o la falta habitual de compañía familiar se asumen peor desde la óptica de un desenlace próximo que si espera la curación a un plazo más o menos largo.

3.4 CUIDADOS PALIATIVOS

El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida y la máxima autonomía del paciente y su familia. Precisamente la carencia en la atención de los aspectos emocionales y espirituales, junto con el alivio del dolor, dará origen a la filosofía sobre la que se basan los cuidados paliativos.

Los instrumentos básicos con los que cuenta la disciplina de cuidados paliativos son: el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación, contar con una organización flexible y un equipo interdisciplinar que pueda conseguir los objetivos de atención para el paciente en estado terminal y su familia.

El objetivo primero del médico ante un paciente es la curación de su dolencia, pero hay situaciones en las que no está a su alcance. La Medicina Paliativa, desde la perspectiva del respeto absoluto debido a toda persona y ante los límites terapéuticos de la propia medicina, pasa a controlar entonces los síntomas de la enfermedad, especialmente la presencia de dolor, acompañando al enfermo hasta



la muerte. Estos cuidados son proporcionados en la actualidad por equipos multidisciplinares de profesionales cualificados.

En los últimos años se está hablando con frecuencia de calidad de vida, sin y se habla poco de calidad de muerte, se está viviendo un cambio en la forma y lugar escogido por las personas para morir. Mientras que hace unos años la gente moría habitualmente es las casas, rodeado de sus familiares y amigos, consciente de lo que estaba sucediendo, participando de forma activa en el suceso y en la tranquilidad de su hogar, actualmente la muerte se suele afrontar en los hospitales, aislado de los amigos y en ocasiones de la propia familia, muchas veces sin darse cuenta de lo que sucede y con frecuencia sin poder opinar ni participar en las decisiones que se toman sobre su enfermedad, compartiendo habitación con otro u otros enfermos y sus acompañantes, sin la familia y sin la intimidad que requiere este suceso.

⁴Ante el diagnóstico de una enfermedad terminal, tanto el paciente como la familia se ven sometidos a un gran impacto emocional. Se inicia un periodo altamente estresante, en el que la certeza de una muerte próxima, desestabiliza y provoca profundos cambios en la vida de todos los miembros de la unidad familiar.

Por lo que el objetivo primordial es proporcionar el máximo bienestar y alivio. Esto se logra en gran medida asegurando una prestación de cuidados integrales, en los que tengamos claro que el bienestar es algo subjetivo para cada individuo, y lo vive de forma personal y diferente con respecto a los demás, en cuidados paliativos los intereses fundamentales es el control de los síntomas, que darán cobertura a todo el abanico de necesidades; no sólo físicas, sino emocionales y

⁴ "Aproximación al enfermo terminal y la muerte", Dr. Manuel Saucedo, oncólogo, Cuidados paliativos Pág.: 4-5.



espirituales, que son inherentes a todo proceso terminal, y cuyo abordaje se encamina a conseguir ese bienestar deseado, tanto para el paciente como para la familia, promoviendo la autonomía, uso de recursos propios y toma de decisiones de lo que sin duda les pertenece: el afrontamiento de la situación, en este sentido creo que es de suma importancia y necesidad la existencia de una buena comunicación.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en su introducción a la historia de los Cuidados Paliativos y del movimiento Hospice los define como “un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Los cuidados paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere”.

“Los cuidados paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. No prolongan la vida ni tampoco aceleran la muerte. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal y en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos. La atención después del fallecimiento es fundamental para los miembros de la familia y algunos amigos. Los voluntarios juegan un rol importante en el soporte de la familia.”⁵

⁵ “Aproximación al enfermo terminal y la muerte”, Dr. Manuel Saucedo, oncólogo, capítulo 1: “El profesional ante el enfermo terminal” pág.: 1-3, capítulo 2: “La comunicación del Diagnóstico” Pág.:4, capítulo 3: “Cuidados paliativos” Pág.: 4-5.



3.5 EFECTOS DE LAS ENFERMEDADES TERMINALES EN LOS PACIENTES

A NIVEL SOCIAL:

- ❖ Escaso apoyo social en el ambiente. (poca presencia de la familia, médicos muy fríos, comentarios que la deprimen, actitudes desalentadoras de personas allegadas a ella).

- ❖ Disfunción a nivel Personal, Laboral, Familiar o Social
- ❖ Las familias no saben como reaccionar ante el resultado dado, ya que es un shock que reciben.
- ❖ El paciente entra en crisis, al observar a las personas alrededor encuentran angustiadas y sin saber que hacer entrando en un estado temporal de trastorno y desorganización que se caracteriza por la incapacidad de aceptación del individuo para abordar o manejar dicha situación.
- ❖ Sufren estrés tanto familiares, amigos, y allegados al paciente.

- ❖ Existe una distancia psíquica con el enfermo

- ❖ En ocasiones la relación de pareja no puede resistir los cambios provocados por el proceso de cáncer y las tensiones que se dan en la fase de postratamiento. En otras, el cáncer hace de detonante en los conflictos previos de la pareja.

- ❖ También en el área socio-laboral se experimentan duelos; para alguna de las personas que han atravesado un proceso de cáncer y como consecuencia del mismo, se ha visto interrumpida su trayectoria profesional

- ❖ Pérdida económica y las repercusiones que conlleva la misma a nivel personal y familiar.



- ❖ Solicitar incapacidad laboral en ocasiones es vivenciado como una representación de sí mismo como incapaz e impotente, sintiéndose fuera del espacio social reservado
- ❖ Las pérdidas del estilo de vida previo traen consigo un alejamiento de la vida social
- ❖ Sentimientos de abandono o de no suficiente apoyo social tras pasar el tiempo de los tratamientos médicos.

A NIVEL PSICOLOGICO:

Como forma inicial podemos observar que el paciente vive fuertemente un estadio de estrés, ira, culpa, soledad, abandono y negación en el periodo transcurrido entre el hallazgo clínico y el diagnóstico unido a otros sentimientos y emociones que surgen de este mal son:

- ❖ El temor al tratamiento debido al deterioro físico que este provoca.
- ❖ El miedo al dolor que producen los diferentes tratamientos.
- ❖ Trastornos del estado del animo
- ❖ El desamparo y la angustia
- ❖ Ansiedad debido a las creencias amenazantes de los diversos padecimientos
- ❖ Ataque de Pánico
- ❖ Cuadro Depresivo
- ❖ Vulnerabilidad- Irritabilidad
- ❖ Sentimientos de culpabilidad.



3.6 LA COMUNICACIÓN DE LOS DIAGNOSTICOS CLINICOS

Es difícil buscar una definición que refleje todas las situaciones que puedan implicar una mala noticia. Generalmente, los profesionales de la salud suelen dar importancia a lo que es importante para nosotros y no dársela a lo que consideramos banal. Pero, parece lógico, que quien debe decidir si es o no una mala noticia debe ser la persona sobre quien recae el problema, la persona a la que afecta esa información. Este argumento lleno de sentido común en el terreno de lo teórico es frecuentemente olvidado en nuestra práctica.

En nuestra opinión, la categoría de malas noticias debe ser otorgada fundamentalmente por quien la sufre.

El diagnóstico de una enfermedad crónica, por ejemplo diabetes, afecta a toda la vida del paciente, a sus hábitos alimenticios más interiorizados, a su vida de relación e incluso puede afectar a su situación laboral. Por tanto, decir a un paciente "tiene diabetes", es una mala noticia porque le obliga a cambiar determinados aspectos cotidianos de su vida y le resitúa socialmente como enfermo.

Las malas noticias por excelencia, aquellas que relacionamos con un pronóstico vital corto y que son generalmente las que mayor carga emocional conllevan tanto para los pacientes como para su entorno y para los profesionales. Según la psiquiatra Kubler-Ross, experta en final de la vida, los profesionales sanitarios se distancian de sus pacientes moribundos por su propio miedo a morir y para protegerse de la frustración y de la impotencia. De esta manera el verdadero



fantasma, el terror de los moribundos por encima del dolor y de la propia muerte, es la soledad.⁶

En cualquier caso, teniendo en cuenta la gran diferencia de situaciones que hemos descrito y muchas más que podemos imaginar, la mayoría de los autores parece aceptar la definición de malas noticias como aquella que afecta negativamente a las expectativas de la persona, bien por ser ella la directamente afectada por la enfermedad o por ser alguna persona de su entorno la afectada, por ejemplo padres de un joven fallecido de forma inesperada y a quienes tenemos que informar del hecho.

3.7 MOTIVOS PARA INFORMAR

1. Una persona no informada no puede tomar decisiones y cada vez es mayor y más agresiva la tecnología diagnóstica y terapéutica de las neoplasias. Si el enfermo conoce su enfermedad y su pronóstico podrá decidir.
2. Además de decisiones respecto al proceso podrá, si lo desea y/o lo necesita, organizar temas laborales, familiares, etc.
3. El último y, quizá más importante motivo para informar, es el acompañamiento: si el enfermo y su entorno conocen el diagnóstico y pronóstico pueden compartir el sufrimiento y vivir este periodo del final de la vida de forma más o menos significativa. Aunque no informemos, el paciente siempre se entera de que se muere, pero en este caso llega a la muerte en soledad.
4. Hay dos situaciones en las que no estamos obligados a informar de un diagnóstico nuevo:

⁶ “Aproximación al enfermo terminal y la muerte”, Dr. Manuel Saucedo, oncólogo, capítulo 1: “El profesional ante el enfermo terminal” pág.: 1-3, capítulo 2: “La comunicación del Diagnóstico” Pág.:4, capítulo 3: “Cuidados paliativos” Pág.: 4-5.



Cuando el paciente expresa el deseo de no ser informado y no se trata de una negación de la realidad, como más adelante veremos que puede suceder. - En la llamada situación de privilegio terapéutico, que es cuando consideramos que la información le va a producir un daño psicológico muy grave. Es el caso, por ejemplo, de enfermedades psiquiátricas severas previas al diagnóstico de cáncer.⁷

3.8 PAPEL DE LA FAMILIA

La familia (padres, pareja, hijos...) va a ser el principal soporte emocional y físico del paciente, por lo tanto deberemos darle el protagonismo que ese papel de cuidador principal le confiere, intentar que sea nuestra aliada en lugar de una barrera para la comunicación con el paciente

La familia, así como el paciente, atraviesa pasando por diferentes fases y después del primer impacto emocional va a expresar sus propias necesidades, sus miedos y sus inseguridades respecto a la evolución del paciente, cuidados, etc.

Identificar los miedos de la familia y se alivian, y explicar la evolución más probable, las posibilidades de tratamiento, etc., en definitiva, si apoyamos a la familia estamos apoyando indirectamente al paciente. Si la familia desea proteger al enfermo de la información podemos preguntar "¿por qué crees que es mejor que no lo sepa?". Si insisten en no informar les podemos preguntar qué harán cuando el enfermo empeore y pregunte por su situación. Finalmente, si insisten en no informar, podemos ofrecerles nuestro silencio informativo salvo que el paciente nos pregunte qué le ocurre y pedirles que el familiar más próximo al enfermo nos acompañe en las entrevistas para que no se sientan traicionados.

⁷ La comunicación de las malas noticias", Dr. Juan José Rodríguez Salvador, capítulo 4, "¿Por qué nos preocupa dar malas noticias? Pág.: 6-14



Si el paciente desea estar con nosotros a solas y/o desea ser informado respetaremos estos deseos intentando siempre estar receptivos a las necesidades de la familia.⁸

3.9 IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD Y HOSPITALIZACIÓN EN EL PACIENTE Y FAMILIA.

El rol de enfermo se caracteriza por la pasividad de acuerdo al consenso social y a las expectativas de quienes lo atienden. Se supone que “el paciente” deberá aceptar sin quejarse cualquier intervención: la invasión de su cuerpo y vida privada, exámenes tensionantes y técnicas dolorosas. Debe además renunciar a sus preferencias y cambiar sus hábitos de aseo, comida y sueño.

El estar hospitalizado significa:

- Alteración brusca del ritmo de vida.
- Separación de la familia y el trabajo.
- Enfrentamiento a un lugar extraño, a personas extrañas.
- Vivir experiencias percibidas como amenazantes.
- Dolor físico y psicológico.
- Incapacidad y dependencia. Pérdida de energía.
- Soledad

⁸ “Cáncer y familia aspectos teóricos y Terapéuticos”, Lea Baidier; 2003



- Pérdida de la privacidad.

Estas vivencias generan en la mayoría de las personas emociones, sentimientos y conductas que son respuestas normales a la enfermedad y al tratamiento intra-hospitalario.

Es frecuente por lo tanto que los pacientes experimenten:

- Aflicción.⁹
- Baja de la autoestima.
- Miedo: temores y fantasías que pueden llegar a grados de irracionalidad.
- Tristeza, angustia y/o depresión.
- Ira: proyectada o desplazada hacia el sistema hospitalario, el personal de salud, la familia o dirigida hacia sí mismo.
- Impulsos agresivos: a veces se expresan en conductas tales como irritabilidad y mutismo pero la mayoría de las veces se reprimen por temor.
- Evasión: a través del sueño y las fantasías.

La familia. En la mayoría de los familiares podemos observar manifestaciones de angustia, temor, pena, impotencia, rabia, compasión, preocupación extrema y sobreprotección. Sin embargo algunos familiares presentan también conductas de rechazo y evitación las que pueden llegar hasta el abandono con los consiguientes sentimientos de culpa.

⁹ "Alteraciones Psicológicas en el paciente VIH", L.Canoves Martínez, unidad Enfermedades Infecciosas, consorcio Hospital General Universitario, Valencia ,España , pág. 1-12



3.10 SINTOMATOLOGIA PSICOLOGICA REFLEJADA EN FAMILIARES Y PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES

EL MIEDO: Perturbación angustiosa del ánimo por un daño o riesgo real o imaginario. Recelo o aprensión que uno tiene que le suceda una cosa contraria a lo que desea. Síntomas, El corazón late más deprisa, Elevación de presión arterial, Respiración más profunda para captar más oxígeno, Tensión muscular, Sudor en exceso que permite eliminar el exceso de calor muscular, Pupila dilatada

Causas Principales: Las causas principales del miedo serían la exposición a una estimulación traumática, la exposición repetida a una exposición subtraumática (sensibilización), la observación directa o indirecta de personas que muestran miedo y la recepción de información que lo provoca¹⁰

Cuatro Componentes Básicos De Los Que Consta El Miedo

- La experiencia subjetiva de temor
- Los cambios fisiológicos
- Las expresiones directamente observables de miedo y los intentos de evitar ciertas situaciones o escapar de ellas.

¹⁰ Alteraciones Psicológicas en el paciente VIH", L.Canoves Martínez, unidad Enfermedades Infecciosas, consorcio Hospital General Universitario, Valencia ,España , pág. 1-12



ESTRÉS: Es una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante. También es un exceso de demandas ambientales sobre la capacidad del individuo para resolverlos, considerando además las necesidades del sujeto con las fuentes de satisfacción de esas necesidades en el entorno laboral, así también como la respuesta adaptativa del organismo ante los diversos estresores, es decir que nuestro organismo busca la manera de responder ante las situaciones que llegan a impresionarlo de una manera tal que impacta sus sentidos y una de esas respuestas es el estrés.

Señales O Síntomas Del Estrés	
• Ansiedad	• Insomnio
• Dolor en la espalda	• Problemas relacionándose con otros
• Dolores de cabeza	• Falta de respiración
• Estreñimiento o diarrea	• Tensión en el cuello
• Depresión	• Malestar estomacal
• Fatiga	• Sube o baja de peso
• Presión arterial alta	Falta de concentración
Consecuencias Del Estrés	
• Gastritis	• Infarto al miocardio
• Frustración	• Adicciones
• Insomnio	• Trombosis cerebral
• Colitis nerviosa	• Psicosis severas
• Migraña	• Ulcera por estrés
• Depresión	• Estados de shock
• Agresividad	• Estado postquirúrgico
• Disfunción familiar	• Hipertensión arterial
• Neurosis de angustia	• Trastornos-sexuales



ENOJO: Es una reacción emocional natural que afecta todo el cuerpo. Cuando nos disgustamos, nuestro cuerpo inicia una respuesta de “combate o huida”, el cual nos prepara para enfrentarnos al peligro. La adrenalina y otras sustancias químicas entran en la corriente sanguínea. El corazón late más aceleradamente, la sangre fluye más rápidamente, y los músculos se ponen tensos.¹¹

Reacciones del enojo: Estas reacciones pueden manifestarse gritando, insultando, arrojando objetos, golpeando cosas, e incluso agrediendo físicamente a las personas implicadas.

TRISTEZA: La tristeza es una de las emociones básicas del ser humano, junto con el miedo, la ira, el asco, la alegría y la sorpresa. Estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. Es la expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito, etc. La tristeza y la depresión se manifiestan prácticamente de la misma manera, aunque son dos síntomas totalmente diferentes, y se debe saber cómo actuar en cada uno de los casos.

La tristeza es una emoción del ser humano. Ante un acontecimiento que provoque dolor. Una manera de manifestarlo, es mediante el llanto. Por otro lado tenemos la depresión que es un síntoma para una futura enfermedad. La similitud con la tristeza es muy grande, pero en el caso depresivo ese estado se prolonga mucho más allá del tiempo normal. Puede ser generado por una situación triste y se manifiesta principalmente con la baja autoestima y pérdida de la esperanza. El rendimiento general desciende en todos los campos encontrándonos desconcentrados permanentemente, cansados y sin capacidad de toma de decisiones.

ANSIEDAD: La ansiedad (del latín anxietas, angustia, aflicción) es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos

¹¹ La atención al paciente con cáncer en fase terminal en sus últimos días de vida” Lorenzo Pascual López; Vicenta Pastor Doménech; Josefa Gutiérrez Valverde; Francisca Nieto Giménez



momentos se encuentra por debajo del nivel 'adecuado'; o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado. La ansiedad no siempre es “patológica” mala, es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la evolución.

Síntomas: Los síntomas de ansiedad son muy diversos, tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa que se manifiesta con taquicardia, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos

negativos y obsesivos, etc. La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes; a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Estos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en otros. Es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y estos a su vez disparar los síntomas conductuales.

Tratamiento: Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico. Ellos incluyen:

- Psicoterapia Cognitivo-Conductual. Ésta debería ser dirigida por un psicólogo competente y experimentado. La terapia incluye técnicas de exposición graduada, confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas, modificación de pensamientos negativos, técnicas para entablar auto-charlas positivas, técnicas específicas para tratar con el pánico.
- Reducción de estrés, lo que puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, yoga.
- Cambios en la alimentación; por ejemplo, eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína



y analgésicos o drogas que contengan ésta.¹²

¹² Revista psico oncología” Orgilés, M., Méndez, F.X. y Espada, J.P. (2009). Procedimientos psicológicos para el afrontamiento del dolor en niños con cáncer. *Psico oncología*, vol. 6, 2-3, 343-356



CAPITULO IV. METODOLOGIA.

A continuación se describe la metodología que se utilizó en la investigación realizada, se describe el tipo de estudio, el tipo de muestra utilizada, las técnicas y los instrumentos administrados y el procedimiento de recolección de la información.

a) Tipo de estudio

El enfoque del estudio fue de tipo cuantitativo con un nivel exploratorio, el cual fue conocer las diferentes reacciones de los pacientes que fueron diagnosticados con algún tipo de enfermedad terminal, así como el estado emocional de familiares y pacientes tras la comunicación del diagnóstico. Además se abordó a los médicos por ser éstos los que comunican los diagnósticos a los pacientes sobre la enfermedad encontrada, además permitió conocer el impacto que ocasiona en los pacientes la forma que adopta el médico para dar a conocer el diagnóstico.

A partir de los resultados de la investigación se elaboró un “Plan psicoterapéutico para estudiantes de la carrera de licenciatura en psicología del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales”, el cual está dirigido a estudiantes de las prácticas psicológicas del área clínica de la Universidad de El Salvador, esta servirá como guía metodológica que permitirá brindar una atención profesional a los pacientes que han sido diagnosticados con enfermedades terminales, así como a los familiares de los mismos, y de ese modo garantizar un estado emocional equilibrado ante la situación.



b) Población y muestra.

Para dicha investigación se conto con la participación de una población de 60 sujetos, entre los cuales se desglosan en 20 pacientes, 20 médicos, y 20 familiares, los cuales fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico casual, es decir que se conto con la participación de pacientes que en el momento en el que el grupo investigador realizaba su estudio estos pacientes se encontraban en las unidades de salud por controles, o por que asisten a grupos específicos a su enfermedad, o por pedir los medicamentos que necesitan.

Las edades de los pacientes entrevistados oscilo en un rango de 24 hasta 50 años, ambos sexos

A continuación se describe a los participantes de las diferentes unidades de salud del área metropolitana de San Salvador.

Tabla 1

Pacientes entrevistados en las diferentes Unidades de salud

Edades	Numero
De 20 a 30	2
De 31 a 40	6
De 41 a 50	4
Más de 51	8
Total	20



Participaron profesionales de salud, médicos, enfermeras, promotores de salud y psicólogos, ya que estos desempeñan un papel importante en cuanto a proporcionar el diagnóstico; para obtener la información de los profesionales la muestra se obtuvo preguntando a los directores de cada unidad de salud quienes eran los médicos que con mayor frecuencia diagnosticaban enfermedades terminales; dicha muestra de profesionales fueron 20 participantes los cuales se obtuvieron de las diferentes unidades de salud las cuales fueron: Cuscatancingo, Barrio Lourdes, San Jacinto, Chintu I, Mejicanos y San Antonio Abad, todas pertenecientes al área metropolitana de San Salvador.

A continuación se hace una breve descripción de la población de cada unidad de salud.

Tabla 2

Unidades de salud participantes.

Unidades de Salud	Número de personas entrevistadas
Cuscatancingo	7
Mejicanos	5
Chintu I	3
San Antonio Abad	2
Barrio Lourdes	2
San Jacinto	1
Total	20



Tabla 3

Profesionales de la Salud Entrevistados

Edades	Numero
De 20 a 30	
De 31 a 40	10
De 41 a 50	8
Más de 51	2
Total	20

La siguiente muestra poblacional que se utilizó en la investigación fueron los familiares de pacientes que padecen algún tipo de enfermedad terminal, para ello se contó con la participación de 20 personas de diversas edades, la muestra se obtuvo de manera casual pues en la mayoría de los casos los pacientes son acompañados por sus familiares, otra parte de la muestra se obtuvo al realizar una visita de campo que las unidades de salud realizan a los pacientes con enfermedades terminales con el fin de mantener un mejor control sobre sus tratamientos.



Tabla 4

Muestra de familiares

Edades	Numero
De 20 a 30	10
De 31 a 40	2
De 41 a 50	4
Más de 51	4
Total	20

c) Técnica que se utilizo para la recolección de Información.

La técnica que se utilizo en la investigación fue la observación la cual se implemento con la finalidad de observar la presencia o ausencia de comportamientos en los pacientes que son consecuencias de un diagnostico de enfermedad terminal.

Posteriormente se diseñaron los instrumentos para cada una de las muestras poblacionales, luego de esto el grupo procedió a la aplicación de dichos instrumentos los cuales permitieron recolectar la información acerca del tema de investigación que posteriormente se contrastaría con la teoría que conforma el marco teórico de la investigación. Luego el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, y finalmente las conclusiones, recomendaciones y el plan operativo que representa el objetivo practico de la investigación



d) Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron la guía de observación y la guía de entrevista.

Dichos Instrumentos fueron validados, por cinco profesionales de la psicología a través del criterio de Jueces, los cuales se encargaron de hacer las observaciones respectivas a los instrumentos a través de una hoja de registro, posteriormente se realizaron las correcciones señaladas por dichos profesionales.

Observación:

La guía de observación se utilizó como apoyo de las entrevistas para pacientes. Con ella se observó indicadores conductuales que presentaban los pacientes que fueron diagnosticados con diferentes enfermedades terminales.

Entrevista:

La entrevista se utilizó para recolectar información acerca de cómo los profesionales de la salud se enfrentan a dicha situación con los pacientes y familiares que padecen de enfermedades terminales, permitió conocer las diferentes reacciones de los familiares ante la noticia de que sus parientes tiene tal padecimiento, además permitió a los investigadores tener una imagen clara de cómo los pacientes que sufren de estas enfermedades se ven afectados psicológicamente, en el área emocional, cognitiva y conductual a partir del diagnóstico y de la comunicación del mismo.

Instrumentos:

A continuación se detallan los instrumentos que se utilizaron en la investigación.



- Guía de entrevista para el personal médico

El objetivo que dirigió la entrevista del personal médico fue identificar las diferentes dificultades que enfrentan los médicos en la comunicación de diagnósticos de enfermedades terminales.

La guía de entrevista consta de 10 ítems los cuales se dividieron en categorías con el fin de obtener información específica estas fueron: la comunicación del diagnóstico a fin de conocer las diferentes dificultades a la que los profesionales se enfrentan a la hora de comunicar los diagnósticos; la siguiente categoría fue la reacción ante el diagnóstico, en la que el profesional expuso cuáles eran algunas de las reacciones más frecuentes que él había observado en los pacientes diagnosticados con enfermedades terminales; y finalmente la categoría dirigida al trabajo integral en la comunicación del diagnóstico, a fin de conocer si el profesional se apoya con otros profesionales al momento de comunicar los diagnósticos (Ver anexo 1)

- Guía de entrevista para familiares.

Esta guía de entrevista para familiares se realizó con el objetivo de evaluar las distintas reacciones y barreras psicológicas que surgen en los familiares de los pacientes al conocer la situación de estos.

La entrevista a familiares consta de 10 preguntas con las cuales se pretendió conocer cuáles eran las diferentes reacciones que experimentan los familiares de los pacientes que han sido diagnosticados con enfermedades terminales, así como los cuidados que deben tener a fin de garantizar una mejor calidad de vida a su familiar; al igual que las otras entrevistas se dividió en categorías las cuales fueron: diagnóstico orientada esta categoría a evaluar cómo se enteró el familiar del padecimiento del paciente; comprensión del diagnóstico en la que se



evaluó su comprensión y los conocimientos que los familiares podían tener de la enfermedad, y finalmente el apoyo de las redes sociales.(ver anexo 2)

- Guía de observación.

Con la guía de observación se pretendió evaluar cuales eran las señales y efectos no verbales de los pacientes, y de las diferentes reacciones emocionales que se han presentado desde el momento de la comunicación del diagnostico hasta la fase actual de la enfermedad.

Para evaluar todos los aspectos antes mencionados la guía de observación conto con 9 ítems los cuales estaban dividida en estado emocional, aspecto físico, indicadores de ansiedad, e ideación suicida. (Ver anexo 3)

- Guía de entrevista para pacientes

La guía de entrevista de pacientes se utilizo para conocer las distintas reacciones emocionales y psicológicas como resultado del diagnostico de enfermedades terminales.

Dicha guía de entrevista estuvo conformada por 10 preguntas, dividas por categorías, como el diagnostico a través del cual se pudo indagar sobre las diferentes reacciones de los pacientes ante la comunicación del diagnostico, la siguiente categoría a indagar fue la comprensión del diagnostico, luego la reacción ante el diagnostico que tuvo como finalidad conocer el estado emocional de pacientes y familiares ante la situación actual del enfermo, otro de las categorías fueron el apoyo de las redes sociales y finalmente los recursos humanos de los que los personales de los que el paciente hace uso para sobrellevar la enfermedad. (Ver anexo 4).



e) Procedimiento de la recolección de la información.

1. Se solicitaron las cartas al departamento de psicología para ser presentadas a las unidades de salud que se visitaron.
2. Se visitaron las unidades de salud del área metropolitana de San salvador para solicitar el permiso a los directores de las unidades.
3. Una vez la unidad de salud dio la apertura para trabajar se pregunto a los directores cuales eran los médicos que con mayor frecuencia comunicaban diagnósticos complicados.
4. Se entrevistaron a los médicos y otros profesionales.
5. Para lograr la muestra de los pacientes se entrevistaron a aquellos que en el momento se encontraban en la unidad de salud, los cuales fueron identificados con la ayuda de enfermeras y médicos.
6. La muestra de los familiares se obtuvo del abordaje que se hizo a los pacientes pues la mayoría de ellos era acompañado por un familiar.
7. Se realizaron visitas domiciliarias a pacientes con enfermedades terminales que realiza la unidad de salud a fin de tener un mejor control sobre los tratamientos de los pacientes.
8. Se tabularon la información de los distintos instrumentos que se administraron.
9. Se analizaron mediante la técnica estadística descriptiva porcentual.
10. Se establecieron las conclusiones y recomendaciones con base al análisis descriptivo.
11. Elaboración del informe escrito de investigación.
12. Defensa oral



CAPITULO V. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan el análisis de las entrevistas realizadas a profesionales, pacientes y familiares de las diferentes Unidades de Salud del área metropolitana, estableciendo de forma porcentual los resultados a través de Tablas y graficas así como su respectiva interpretación cualitativa de resultados.

RESULTADOS GUÍA DE ENTREVISTA MÉDICOS.

Comunicación del diagnostico

1. -¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes que se diagnostican como terminales?

Tabla 1.
Enfermedades terminales más frecuentes

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VIH	15	42%
Cáncer	14	39%
Otros	7	19%
Total	36	100%

El 42% se estable el VIH como la enfermedad mas diagnosticada, el 39% por diversos tipos de cáncer, y el 19% otras enfermedades como insuficiencia renal, diabetes y Alzheimer.

Comentario: La enfermedad terminal más frecuente es el VIH debido a la falta de información, el desconocimiento de la población, la forma en la que se adquiere dicha enfermedad y el estigma social que no permite a la población ser abierto a este tipo de pruebas, la atención de esta enfermedad es común en las Unidades de Salud, debido al procedimiento que se lleva en la aplicación de esta prueba, ya



que dicha institución las realiza de carácter obligatorio en estado de embarazo o en el día nacional de la misma y es donde en muchas ocasiones se devela el diagnóstico. El Cáncer se presenta como la segunda enfermedad diagnosticada, en su mayoría se descubre en etapa terminal, debido a la poca educación preventiva en salud, los pacientes no suelen hacerse chequeos generales que permita descubrir las enfermedades antes que estas se vuelvan terminales, por lo que genera dificultades en su tratamientos, entre otras enfermedades diagnosticadas terminales se encuentran Insuficiencia renal, diabetes y Alzheimer. De acuerdo a la opinión médica todos estas enfermedades como: el VIH, cáncer, y otras, a nivel nacional se presentan con altos índices, debido a la falta de cultura preventiva y de chequeos anuales, una vez diagnosticadas el sistema de salud pública no cuenta con los recursos necesarios para responder a la demanda de atención que es bastante alta

Enfermedades terminales más frecuentes

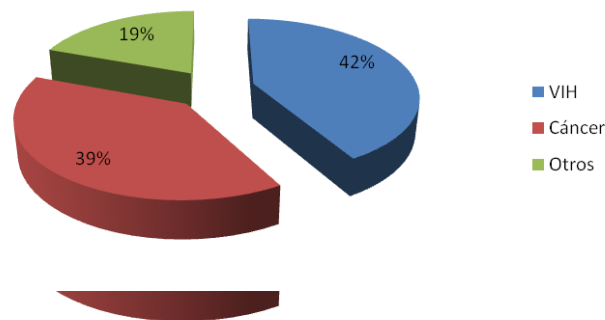


Fig. 1 Enfermedades terminales más frecuentes



2. -¿De qué manera comunica usted estos diagnósticos y a quienes: pacientes o familia, o ambos?

Tabla 2.
Comunicación de diagnósticos

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pacientes	15	75%
Ambos	4	20%
Familia	1	5%
Total	20	100%

Análisis: El 75% de los pacientes es el médico quien les comunico directamente el diagnóstico, al 20% se comunico a paciente y familiares y al 5% se informo a familiares.

Comentario: Los casos de diagnósticos terminales se informan directamente al paciente sin acompañamiento de familiares a excepción de algunos casos específicos, el diagnóstico genera dificultades al profesional pues las reacciones que causa proporcionarlo son negativas y de desconcierto, por lo que el profesional debe estar preparado para establecer con claridad el diagnóstico intentando generar el menor impacto ante esta situación; existe un grupo de pacientes a los cuales se les pide que se hagan acompañar de un familiar para dar el diagnóstico ya sea porque el paciente se encuentra en estado delicado o para establecer un plan de acción en los cuidados personales que deben poseer por dicho diagnóstico tanto paciente como familiar.

En ocasiones se comunica el diagnóstico al familiar sin compañía del paciente, cuando esto sucede u obedece a la gravedad del paciente y se realiza con el objetivo de no empeorar la salud del paciente. En ocasiones este procedimiento podría resultar contraproducente al no permitir que el pacientes sepa su diagnóstico, pues se corre el riesgo de que se entere por los síntomas de la



enfermedad o por un terceras personas, o nunca logre saberlo y no pueda concluir con asuntos que son importantes para el por desconocer su situación. Además siempre debe prevalecer el derecho que el paciente tiene a saber su diagnostico y posibles consecuencias.

Lo anteriormente analizado y porcentualizado se puede observar en la figura 2 a continuación.

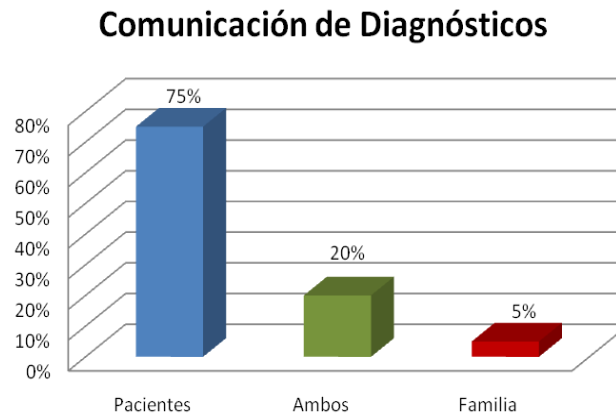


Fig. 2 Comunicación de diagnósticos



3-¿Cuáles son las dificultades que usted como profesionales enfrenta ante la comunicación de estos diagnósticos?

Tabla 3

. Dificultades en la comunicación de los diagnósticos

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Reacción de los pacientes	15	45.5%
Nivel de comprensión del diagnostico	10	30.3%
Familia de los pacientes	3	9.1%
Otros	3	9.1%
Todas las opciones	2	6.7%
Total	33	100%

Análisis: El 45.5 % encuentran dificultades en las reacciones que los pacientes presentan, el 30.3 % lo encuentran en el nivel de comprensión del diagnostico que el paciente pueda tener y el 9.1% estaría relacionado con la reacción de los familiares de los pacientes, igual porcentaje correspondería a otros tipo de factores, y en un 6.7 % se muestra en todas las opciones antes mencionadas.

Comentario: Los pacientes presentan reacciones desde leves hasta graves que representan una amenaza a la integridad del mismo. Dentro de la gama de respuestas que se presentan: incapacidad de aceptación de dicho diagnostico, miedo, enojo, ira, sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, llanto, frustración, negación, etc. Se hace referencia al nivel de comprensión de los pacientes, ya que es un factor que pudiera estar limitado no solo por el nivel cultural, sino también por la forma en que el profesional de la salud es capaz de explicar al paciente su condición médica en términos de forma sencilla, para que logre comprender su estado clínico y las posibilidades de tratamiento, así como secuelas y efectos secundarios que puedan derivarse de su estado de salud. Es



decir evitando la utilización de un lenguaje técnico médico que sea incomprensible tanto para el paciente como para la familia.

La reacción de los familiares son importantes por el papel que juegan como principal fuente de apoyo para el paciente, en ocasiones los familiares más cercanos y de mayor contacto con el paciente experimentan a nivel emocional un grave daño ante la situación de su allegado, otras dificultades que existen en la comunicación de estos diagnósticos son: la poca privacidad que existe al momento de informar el diagnóstico, por la falta de infraestructura adecuada es decir instalaciones que ofrezcan el mínimo ambiente de privacidad, Algunos profesionales expresan que todos los factores juegan un papel equitativo durante esta fase de comunicación del diagnóstico.

Dificultades en la comunicación de los Diagnósticos

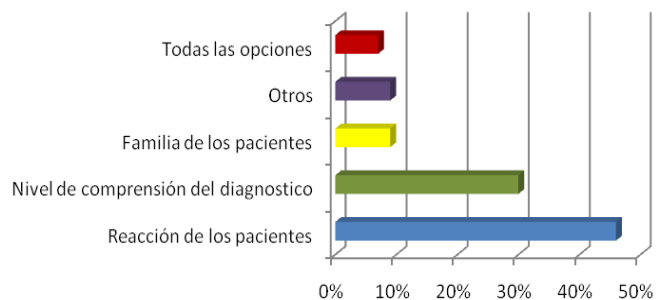


Fig. 3 Dificultades en la comunicación de los diagnósticos



4. -¿Se apoya en otros profesionales para el manejo de estos diagnósticos terminales?

Tabla 4

Apoyo de otros profesionales para los diagnósticos

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Otros	11	46%
Psicólogos	9	38%
Ninguno	3	12%
Trabajadores sociales	1	4%
Total	24	100%

Análisis: El 46% se apoya en los diferentes profesionales para el manejo de estos diagnósticos, como otros médicos, un 38% suelen hacerlo con intervención de psicólogos y el 4% se apoyan de trabajadores sociales y un 12% no se apoya de ningún profesional y suele hacerlo de forma individual.

Comentario: El médico tiene que auxiliarse de terceros (otros profesionales) para que brinden apoyo en el diagnostico como profesionales de la Salud mental, psicólogos que aportan técnicas adecuadas para minimizar el impacto emocional derivado de la comunicación del diagnostico.

Pueden brindar apoyo trabajadores sociales, además otros profesionales que se encuentran involucrados en el tema de los diagnósticos terminales como: enfermeras, laboratorista, y otros; algunos profesionales establecen que por la falta de recursos no se involucran a otros expertos en la comunicación del diagnostico aunque consideran importante la intervención de los mismos.

El papel que desempeñan los profesionales involucrados en el manejo de dichos diagnósticos es básico, pues debido a la demanda de atención que saturan las



instituciones de salud pública, en muchas ocasiones los médicos no cuentan con el tiempo y las palabras precisas para comunicar estas noticias delicadas a sus pacientes y familias, por lo que algunos prefieren dar los datos generales del diagnóstico y permitir que sea otro profesional el que pueda dar un espacio de emergencia en su propia demanda de atención y de así la noticia de una forma más eficiente y de menor impacto en el paciente, pero sin alejarse de la realidad del nivel de avance de la enfermedad, pues primordialmente se trata que el paciente y la familia no cree falsas expectativas ante la enfermedad.

Todos estos datos pueden ser observados en la figura 4, presentada a continuación.

Apoyo de otros Profesionales para los Dianosticos

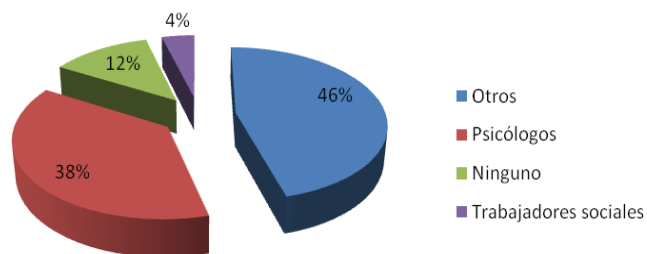


Fig. 4- Apoyo de otros profesionales



Reacción ante diagnóstico

5. -¿Cuáles son las reacciones más comunes que usted ha observado en los pacientes y familias, en el momento de comunicar el diagnóstico?

Tabla 5.

Reacciones más comunes ante el diagnóstico

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Negación	16	52%
Incredulidad	4	13%
Temor	4	13%
Enojo	3	10%
Otros	2	6%
Todos	2	6%
Total	31	100%

Análisis: El 52%, se observa la negación en un 13% es la incredulidad ante dicha noticia, el 13% está relacionado con la reacción de temor al enterarse de la noticia, y el 10% experimenta enojo, mientras que un 6% mostró otros síntomas, también se observa un 6% en todos los criterios antes mencionados.

Comentario: La reacción común al momento de comunicar la noticia es la negación, tal como se observa en la etapa de duelo ya que el impacto provoca frustración e impotencia y se intenta evadir la información proporcionada, es una reacción que se presenta frente cualquier situación que amenaza la integridad física de forma personal o familiar. Otra reacción que se presenta es la incredulidad, los pacientes piensan que se trata de una equivocación, por lo que suelen solicitar que se les realicen nuevamente los exámenes, pues piensan existe una equivocación en el diagnóstico, por lo que experimentan temor y desesperanza del futuro, otro síntoma que se presenta es el temor a la muerte y al sufrimiento durante ese proceso, muestran impotencia y frustración, a través



del enojo hacia el profesional a cargo, o enojo y rabia hacia ellos mismos; culpándose por no haber consultado a tiempo, otras reacciones que suelen observarse son la frialdad debido al bloqueo mental, ya que los pacientes no esperan este diagnóstico, algunos pacientes sospechaban de su enfermedad pero consideraban que sería un diagnóstico leve.

Para finalizar existe un grupo que presenta todas las reacciones antes mencionadas.

Reacciones más comunes ante el diagnóstico

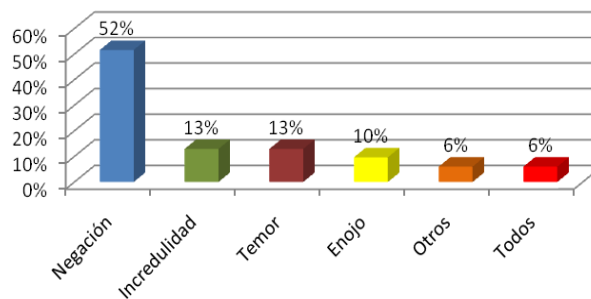


Fig. 5 Reacciones ante el diagnóstico de pacientes y familiares.



6. -¿Cuál es la información que usted brinda acerca de la enfermedad diagnosticada, tanto a los pacientes como a los familiares?

Tabla 6.

Información que brinda sobre la enfermedad

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Evolución de la enfermedad	20	38%
Tratamiento medico	15	28%
Cuidados especiales	9	17%
Tratamiento alternativo	4	7%
Tiempo de vida	2	4%
Otros	2	4%
Todos	1	2%
Total	53	100%

Análisis: El 38% de los médicos brinda datos sobre la evolución de la enfermedad; el 28% que hacen énfasis en el tratamiento médico, el 17% prefieren exponer sobre cuidados especiales; mientras que el 7% informan sobre tratamientos alternativos. Así mismo un 4%informan sobre el tiempo de vida, igual ponderación de 4% se establece en otro tipo de información administrada al paciente; hay un porcentaje pequeño de 2% que brindan información sobre todos los aspectos mencionados anteriormente.

Comentario: La información que se brinda comúnmente sobre la enfermedad es acerca de la evolución de la misma, lo cual evita información falsa o poco pertinente sobre la enfermedad, evitando así falsas expectativas sobre la misma, el factor determinante y a la vez, el parámetro para medir el progreso del paciente es la evolución de la enfermedad. Por otra parte es crucial exponer el tipo de tratamiento médico del que se dispone a fin de que el paciente de una manera consciente y en conjunto con su médico de cabecera pueda elegir la mejor alternativa terapéutica para el proceso patológico de que se trate.



Otros médicos centran su atención en los cuidados especiales que en un momento determinado pudiese necesitar el paciente todo ello dependiendo de la gravedad de la enfermedad y/o de las complicaciones resultantes del mismo. Especial atención merece también el tratamiento alternativo del que se puede disponer como medida complementaria o sustitutiva para lograr una mejor calidad de vida para el paciente.

A solicitud del paciente, es necesario realizar un pronóstico acerca del tiempo de vida, sin que ello represente un carácter absoluto y estricto, se trata de una aproximación basada en datos que se derivan de la medicina, basada en las evidencias, el médico tiene que suministrar este tipo de información al paciente de una manera responsable y ética, como parte de los derechos que tiene la persona que se encuentre diagnosticada enfermedad de carácter terminal de conocer este tipo de información.

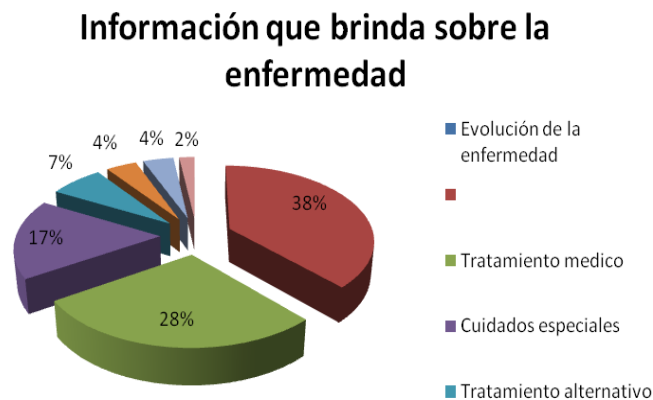


Fig. 6 Información que brinda el profesional al paciente



Trabajo integral en la comunicación del diagnóstico

7. -¿Qué importancia considera usted que tiene un trabajo integral para el manejo y tratamiento de dichas enfermedades de carácter terminal?

Tabla 7.

Importancia del trabajo integral en el manejo de estas enfermedades

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No lo considera importante	19	95%
Importante	1	5%
Indiferente	0	0
Total	20	100%

Análisis: El 95% de los profesionales no muestran importancia al trabajo integral ya que en la práctica no lo realizan mientras que un 5% de los profesionales si consideran importante el trabajo integral para el manejo del paciente.

Comentario: En los centros de salud es el médico quien informa al paciente y le explica acerca de su enfermedad, de forma individual, no cuentan con los recursos suficientes para trabajar con un equipo multidisciplinario que apoye durante este proceso, por lo que los profesionales de salud que atienden estos casos no contemplan el trabajo integral dentro de la Institución, por no contar con los recursos suficientes para hacerlo de forma integral.

Un grupo menor considera que es indispensable contar con un manejo integral por lo que es necesario recibir apoyo Integral y contar con un equipo multidisciplinario conformado por: psicólogos, trabajador Social, enfermeras y otros, y así exista un manejo adecuado en el tratamiento del paciente, y lograr un impacto menor.



Importancia del Trabajo Integral en el Manejo de estas Enfermedades

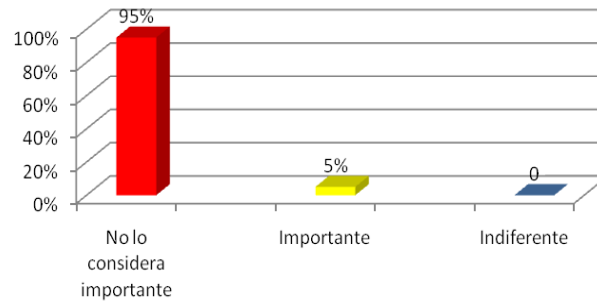


Fig. 7 La importancia del trabajo integral en el manejo de la enfermedad



8. -¿Qué cuidados recomienda usted para los pacientes de enfermedades terminales?

Tabla 8

Cuidados recomendados para los pacientes

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cuidados emocionales	19	35%
Alimenticios	15	28%
Actividades especiales	14	26%
Tratamientos alternativos	2	4%
Otros	2	4%
Todas las anteriores	2	4%
Total	54	100%

Análisis: El 35% de los profesionales estableció que los cuidados más importantes son los cuidados Emocionales, otro 28 % de los profesionales piensan que la alimentación es uno de los cuidados básicos, mientras que un 26% consideran que son las actividades especiales; un 4% los tratamientos alternativos, otro 4% otros actividades, 4% al igual que todas las anteriores

Comentario: Los cuidados emocionales parece ser la principal recomendación que hacen los profesionales a los familiares para que este mantenga una estabilidad emocional en su vida mientras transcurre este periodo, tal como se puede observar en la figura 8 ubicada al final del análisis, el paciente necesita sentir apoyo del profesional en salud y este lo puede hacer explicándole de forma clara su situación actual, tratando de evitar tecnicismos, explicando que medidas son las que debe procurar después de dar el diagnóstico, además se necesita apoyo de otros profesionales como psicológico o trabajadora social o enfermera, para que el paciente evite sufrir de forma innecesaria debido al enfoque depresivo y solitario que suele surgir durante esta etapa por lo tanto el paciente debe utilizar técnicas que le ayuden a tener una mejor calidad de vida y a su vez estas le



ayuden a conservar su integridad como ser humano y para ello se debe de contar con el apoyo familiar durante proceso.

Una parte muy importante durante esta etapa es mantener una dieta saludable y cambiar los malos hábitos alimenticios, que permita obtener la energía que el cuerpo necesita para sobrellevar los síntomas físicos de la enfermedad; por tanto este cuidado es considerado uno de los más importantes por los profesionales.

También surge la necesidad de tener cuidados especiales como: ayudarle con el aseo personal, el manejo adecuado de las horas del medicamento, llevar un control de las asistencias al establecimiento de Salud, etc.

Asimismo existen tratamiento alternativos y dentro de estos se encuentra el tratamiento psicológico, que sirve de ayuda para equilibrar emocionalmente al paciente, otro forma de brindar soporte es a través de los grupos de auto ayuda.

Existen otro tipo de cuidados que se establecen según la necesidad de cada paciente y según el estado de su enfermedad. Todos los cuidados mencionados con anterioridad suelen ser necesarios en algunos pacientes a un que este no es la regla general para todos.

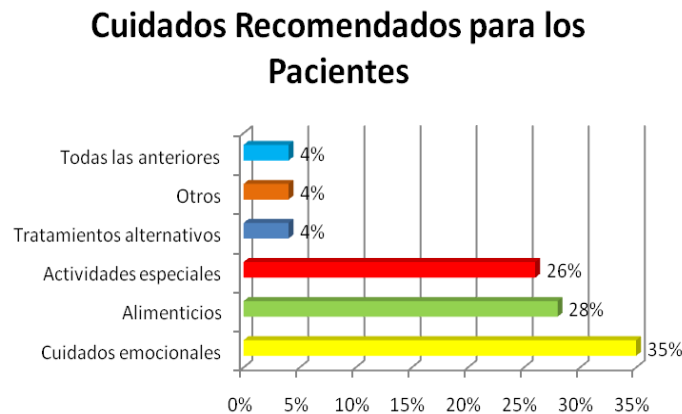


Fig. 8 Cuidados que se deben tener con los pacientes terminales.



9. -¿De acuerdo a su opinión por medio de que técnicas podría brindársele y una calidad emocional positiva a los pacientes, en esta última etapa de su vida?

Tabla 9

. Medios para brindar calidad de vida emocional

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Apoyo emocional	13	55%
Ayuda psicológica	8	33%
Cuidados especiales	2	8%
Trabajo espiritual	1	4%
Total	24	100%

Análisis: El 55% de la muestra considero que el Apoyo Emocional familiar es la mejor forma para brindar una calidad emocional positiva al paciente, el 33% la ayuda psicológica y 8 % de los profesionales piensan que también es importante los cuidados especiales, el 4% Trabajar en el aspecto espiritual.

Comentario: El apoyo emocional a nivel de familia es necesario en esta etapa ya que el paciente experimenta miedo, temor, soledad, ansiedad, estrés y en algunos casos depresiones que se les dificulta sobrellevar por si solos por lo que se hace necesaria el apoyo de la familia, del equipo médico que la atiende, de su consejero espiritual para que unidos pueda mejorar la calidad de vida del paciente en la medida que su condición lo permita, el apoyo emocional resulta uno de los principales soportes durante esta etapa.

La asistencia psicológica ayuda al paciente y a la familia, a sobrellevar esta situación de una manera adecuada tomando en cuenta el impacto que genera este tipo de diagnósticos, ayuda a identificar sus temores, miedos y sus inquietudes, se explica la manera de cómo ayudar al paciente sin terminar con su dignidad y evitar sentimientos de lástima que no contribuyen en la mejoría del paciente, el profesional se encarga de enseñara técnicas que minimicen los efectos tanto al paciente como a su familia.



Se utilizan también cuidados especiales durante este proceso inicia debes su dieta hasta el aseo personal y otros, pero este tipo de cuidados varían dependiendo de las necesidades del paciente.

La ayuda al paciente de Forma Espiritual, contribuye a sentir paz que logra mantener el equilibrio emocional, y le permite estar tranquilo y disfrutar el tiempo de vida al lado de las personas que quieren, por eso este aspecto tiene notorio resultados sobre todo con los pacientes con valores religiosos

Medios Para Brindar Calidad de Vida Emocional

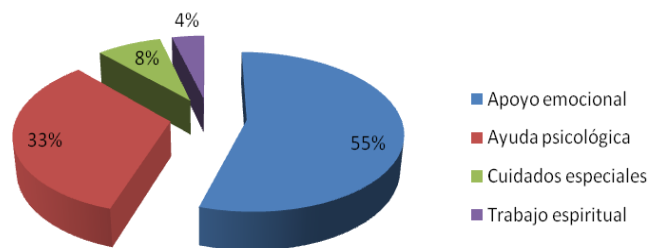


Fig. 9 Como brindar calidad de vida Emocional



10. A manera personal como se siente usted luego, durante y después de comunicar este tipo de diagnósticos?

Tabla 10.

Efectos de la comunicación del diagnostico personal

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Afectan su estado de animo	15	75%
Acostumbrado	5	25%
Cansado	0	0
Total	20	100%

Análisis: El 75% de los profesionales manifestaron que proporcionar un diagnostico terminal, les afectaba su estado de ánimo, el 25% se definen como acostumbrado a dar este tipo de diagnostico, un 0 % se mostro cansado ante la situación.

Comentario: El diagnostico terminal, por el contenido estresante suele impactar fuertemente a los profesionales a cargo de esta noticia debido a la empatía, dicho profesionales suelen tener pensamientos como: “tiene la edad de mi hijo, podría a ver sido mi padre o hermano”, etc. Por lo que suele ser difícil no verse afectado al transmitir esta noticia, además tienen la responsabilidad de dar seguimiento al caso, chequeos constantes hasta el final. Por lo que surgen sentimientos de frustración por la impotencia antes salvar la vida del paciente. Ciertos profesionales expresan sentirse desensibilizados con el tema, consideran estar habituados a suministrar estos diagnósticos, por la exposición reiterada a este tipo de casos, por lo que no suele experimentar efectos negativos.

Ciertos profesionales expresan sentirse ya desensibilizados con el tema, consideran estar habituados a suministrar estos diagnósticos, por la exposición reiterada a este tipo de casos, por lo que no suele experimentar efectos negativos.

Efectos de la comunicación del diagnóstico a Nivel Personal

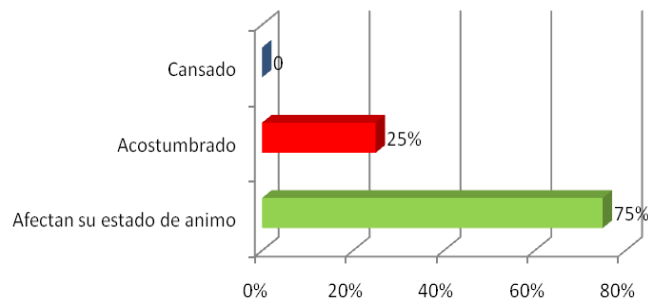


Fig. 10 Efectos que manifiesta el profesional después de la comunicación del diagnóstico



RESULTADOS GUÍA DE ENTREVISTA DE FAMILIARES

Diagnostico

1. ¿Alguna vez debido a la sintomatología que presentaba su familiar, considero que podría tener una enfermedad de este tipo?

Tabla 11

Sospecha de la enfermedad debido a la sintomatología

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
NO	11	55%
SI	9	45%
Total	20	100%

Análisis: el 55% de los familiares no considero que la enfermedad del paciente fuera de carácter terminal; mientras que el 45% ya sospechaba que podían padecer de una enfermedad terminal.

Comentario: el porcentaje más alto de entrevistados no consideraban que su pariente o familiar padecía una enfermedad terminal, a pesar que observaron cambios o señales físicas significativas, suele ser común que el ser humano adopte mecanismos de defensa o negación ante situaciones que en muchas ocasiones pueden ser evidentes, o puede suceder en algunos casos que la enfermedad jamás llegara a ser evidente ni para el paciente ni para su familia, generando así un mayor impacto emocional posterior a la noticia.



El porcentaje restante de los entrevistados sospechaba del padecimiento de su familiar por los síntomas observados en ellos. es decir existía una predisposición a confirmar sus sospechas y enterarse así que su familiar estaba gravemente enfermo. Razón por la cual el nivel de impacto que ellos pudieron vivenciar luego del diagnóstico fue menor o en alguna medida más aceptable por los mismos.

Sospecha de la Enfermedad Debido a la Sintomatología

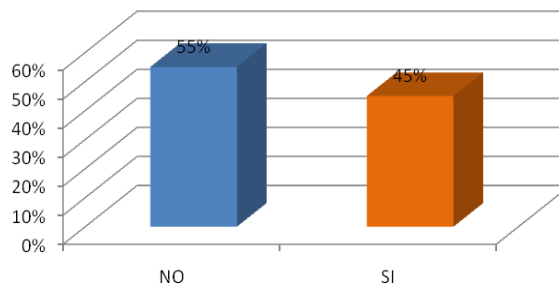


Fig. 11 Sospecha de padecer la enfermedad por contagio del paciente a familiares



2. ¿Cómo se entero del padecimiento de su familiar?

Tabla 12
Persona que le comunico el diagnostico

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Familiares	11	48%
Médicos	9	39%
Otros	3	13 %
Enfermeras	0	0%
Total	23	100%

Análisis: El 48% se entero a través de otros miembros de la familia, el 39% se entero gracias al médico que dio el diagnostico, y únicamente el 13% se entero por otros intermediarios como psicólogos, u otros profesionales.

Comentario: en su mayoría los familiares abordados a través del instrumento de entrevista expresaron que la comunicación del diagnostico de su familiar no fue dado por el médico, sino por otro miembro de la familia, esto genero que se pudiera observar en los familiares, la falta de información precisa y fiable de la enfermedad, y surgiendo así falsas expectativas de mejoría y vida.



En el caso de los familiares que fueron comunicados por los médicos sobre la enfermedad avance y complicaciones, les fue posible captar y asimilar de mejor manera la información básica sobre el padecimiento de su familiar, lo que beneficio tanto a la expectativa de tratamiento como a la labor que la familia realiza en beneficio del enfermo.

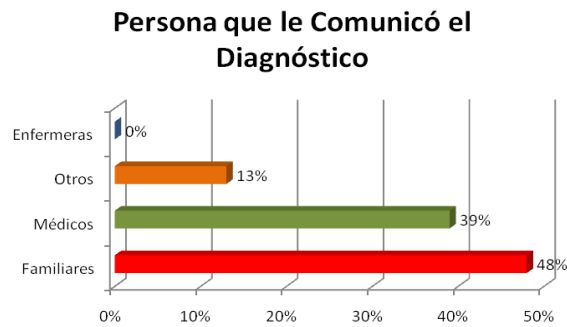


Fig. 12 Persona que le comunico el Diagnostico



Reacción ante el diagnóstico de sus familiares

3. ¿Cuál fue su primera reacción ante el diagnóstico de su familiar?

Tabla 13

Reacción ante el diagnóstico

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preocupación	14	45.2%
Temor	5	16.1%
Impotencia	5	16.1%
Negación	4	12.9%
Otros	3	9.7%
Total	31	100%

Análisis: el 45.2% de los entrevistados sintieron preocupación como su primer reacción ante el padecimiento de su familiar, seguidos por temor e impotencia con el 16.1% cada uno, el 12.9% reacciono con un mecanismo de negación ante la noticia y el 9.7% que experimentaron otras reacciones entre las que figuran enojo, frustración, etc. Estos datos se representan gráficamente en la figura 13.

Comentario: La preocupación de los familiares ante la noticia de la enfermedad terminal del paciente, es una respuesta emocional común y principal que se experimenta ante una noticia como esta es el preámbulo en muchas ocasiones de la disposición para afrontar y aceptar del diagnóstico o en algunos casos todo lo contrario es decir ignorarlo o crear falsas expectativas ante esta situación. Otro aspecto emocional básico es el temor, muchos de ellos tomaron medidas y acciones dando una respuesta inmediata ante la situación afrontando y canalizando así su temor de la mejor manera posible, esta preocupación y temor en muchos de los casos estuvo acompañada de impotencia, que es otra reacción que generalmente se presenta ante una mala noticia, suele ponerse de manifiesto siempre que una situación amenaza la vida de sus seres cercanos y la vida propia, existe impotencia como familia por lo poco que se puede hacer por el ser querido, pues muchas personas consideran como único factor efectivo la



medicina, cuando la efectividad del medicamento también depende de la emocionalidad positiva que el paciente puede desarrollar gracias al apoyo familiar que es básico en el tratamiento médico de la enfermedad.

En el caso de la negación es un mecanismo de defensa que no aparece como primer factor dentro de los datos pero si tiene relevancia al momento de una noticia como esta, pues muy a pesar que la enfermedad de su familiar genere preocupación y por ende acciones inmediatas para su mejoría, algunos familiares del paciente no acepta que la enfermedad diagnosticada es real, y que en un momento determinado de tiempo podrá revertirse el diagnostico no siempre es la primera reacción pero siempre está presente sobre todo en las complicaciones de la evolución de la enfermedad y el sufrimiento del enfermo

Reacciones ante el diagnóstico

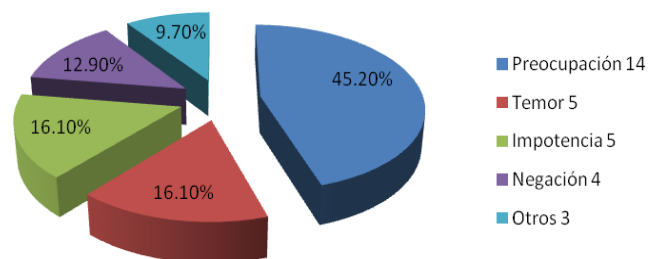


Fig. 13 Reacciones más comunes ante el diagnóstico.



4. ¿Qué cambios en su relación ha tenido Uds. hacia su familiar luego de conocer el diagnostico?

Tabla 14

Cambios ante el conocimiento del diagnostico.

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preocupado por su tratamiento	13	52%
Afectuoso	8	32%
Indiferente	3	4%
Otro	1	12%
Total	25	100%

Análisis: El 52% de los familiares se ha mostrado preocupado por el tratamiento y el avance del mismo, el 32% se ha volcado a ser mas afectuoso con el paciente, únicamente, el 12% ha preferido mostrarse indiferente y el 4% restante ha tomado otras actitudes y cambios ante su familiar enfermo entre las que podrían estar el enojo por ejemplo.

Comentario: Los cambios que aparecen cuando alguien del círculo familiar padece de una enfermedad terminal, pueden ser variados en la mayoría de los casos la familia tanto nuclear como universal se preocupan por el tratamiento de sus parientes, esto implica estar pendientes de los avances y complicaciones del mismo así como de las demás necesidades del enfermo. La preocupación es una parte que mueve sentimientos compasivos en ocasiones obsesivos, pues esta actitud no genera mejoría, todo lo contrario se observan sentimientos negativos en los pacientes pues surgen conductas de sobre protección por parte de sus familiares que inutilizan al paciente.

La posible cercanía de la muerte de los pacientes crea en el círculo familiar una proximidad y comunicación afectiva que es positiva para la emocionalidad de ellos



ya que una calidad emocional positiva provoca una lucha mayor por parte del paciente que si bien es cierto debido a su diagnostico terminal no conducen a salvar su vida, si conducen a una asimilación de la enfermedad y finalización de la vida en paz y armonía con los suyos , y esto genera a su vez genera en los familiares una resignación más profunda tanto de la enfermedad como a la posterior muerte de los mismos

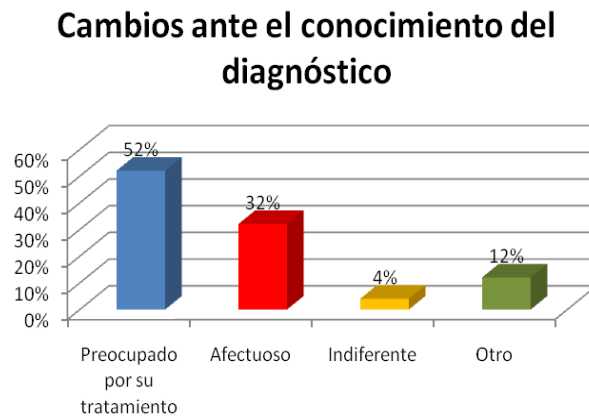


Fig. 14 Cambios en las relaciones familiares debido al diagnostico



5. ¿Qué cambios ha observado en su familiar a nivel emocional y conductual, luego de habersele comunicado el diagnóstico?

Tabla 15
Cambios a nivel emocional y conductual al momento de comunicar el diagnóstico.

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Deprimido	9	36%
Conforme	6	24%
Positivo	4	16%
Ansioso	3	12%
Negativo	2	8%
Otros	1	4%
Total	25	100%

Análisis: El 36% ha podido observar a su familiar enfermo con un estado de ánimo depresivo, el 24% observa conforme ante la enfermedad a su familiar, el 16% lo ven positivo muy a pesar de su enfermedad, el 12% lo nota ansioso con el paso del tiempo, el 8% ven una actitud totalmente negativa en los enfermos, y el 4% han observado otras actitudes en ellos, entre las que pueden estar ironía, hostilidad ante los que los rodean, etc.

Comentario: los cambios actitudinales ante la enfermedad en ocasiones pueden ser inadvertidos por los principales afectados de estas situaciones que son los pacientes, debido a que se consideran normales las reacciones que adoptan ante su situación, pasando para ellos por inadvertidos sus cambios y el daño que estos cambios provocan a los que los rodean. Es ante estas situaciones cuando la familia adopta el rol de observador y regulador de las reacciones emocionales, pues son ellos los que animan al enfermo a continuar hasta las últimas instancias, les hacen sentirse queridos, amados y protegidos, sobre todo cuando los cambios actitudinales son de tipo depresivos, negativos, son ellos el círculo familiar los que los apoyan con cuidados emocionales y actividades para que recuperen el ánimo perdido, esto resulta cuando el grupo familiar es capaz de hacer un lado sus



propios achaques emocionales y hacer prevalecer el apoyo que su familiar enfermo necesita, pero en muchos casos la familia misma se sume en depresión, y llanto y no benefician en nada al paciente por el contrario lo hunden más rápido debido a que el paciente se siente en cierta medida responsable del dolor que ve en ellos.

La actitud más común ante esto no siempre es la depresiva puede existir conformismo ante la enfermedad que puede tender hacia 2 tipos el conformismo positivo que implica la aceptación de la enfermedad y seguir los procesos médicos y emocionales necesarios en el tiempo que se cuente para realizarlos. En otros casos el paciente adopta la contra parte de este que es el conformismo negativo, el cual implica no realizar absolutamente nada ante la enfermedad, y prácticamente “dejarse morir”, al ver como innecesario cualquier esfuerzo que implique una mejoría o lucha. El negativismo es una actitud bastante común en estos casos pero que en ocasiones no solo lo refleja el paciente sino también la familia, la cual no ve como favorable mejorías en el tratamiento médico ni mucho menos tratamientos adjuntos de carácter emocional , alternativo y espiritual.

Cambios a Nivel Emocional y Conductual al Comunicarle el Diagnostico

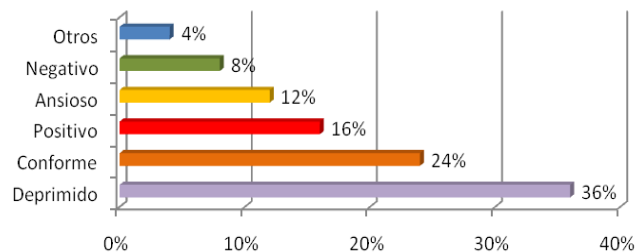


Fig. 15 Cambios emocionales y conductuales en paciente después de comunicado el diagnostico



6. ¿Conoce Uds. plenamente la enfermedad que su familiar padece y como se ha informado? Explique

Tabla 16
Conocimiento de la enfermedad

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	55%
NO	9	45%
Total	20	100%

Análisis: el 55% de la muestra si conoce acerca de la enfermedad, mientras que el 45% restante no conocen sobre la enfermedad que posee su familiar enfermo. Obsérvese figura 16

Comentario: el conocer la información necesaria de la enfermedad que padece el paciente, implica la toma de acciones conscientes y precisas para la mejoría del estado emocional que necesita, así como los cuidados especiales que requiere de acuerdo a su enfermedad. Hay personas que prefieren no saber con certeza lo que su familiar padece con el justificante de no querer sufrir más al saberlo y lo que en realidad genera, es un daño al paciente pues no se les brinda los cuidados especiales necesarios ni el apoyo emocional positivo donde no se trata de sobreproteger sino de cuidar, amar y procurarles el mejor estado emocional posible.

Conocimiento de la Enfermedad

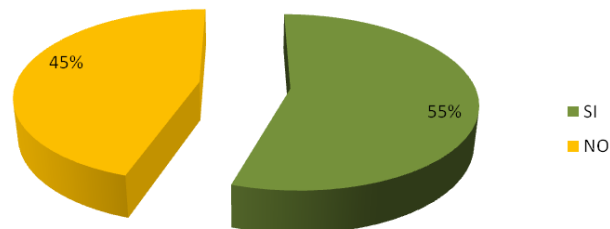


Fig. 16 Conocimiento que tienen sobre la enfermedad los familiares



Tabla 17
Medios mediante el cual se obtuvo la información

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medico	8	72.7%
Buscar información por los propios medios	3	27.3%
Total	11	100%

Análisis: el 72.7% de la muestra obtuvo información acerca de la enfermedad de su familiar a través del Medico, el otro 27.3% busco información de forma auto didacta o por medio de otros profesionales en el área, no recibió información por el médico que diagnostico a sus familiares. Estos datos pueden observarse en la figura 17 a continuación.

Medios mediante el cual se obtuvo información

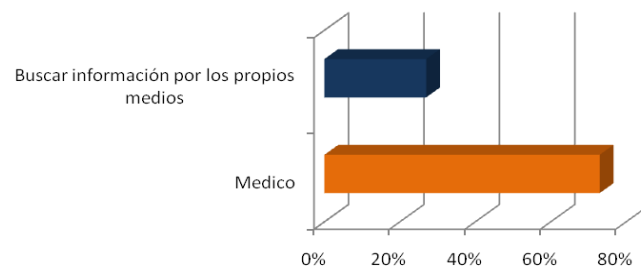


Fig. 17 medios por los cuales se obtuvo la información.



Apoyo de las redes sociales

7. ¿De qué manera han apoyado como círculo familiar su allegado en esta etapa de su vida luego del diagnóstico?

Tabla 18
Apoyo familiar

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Emocionalmente	18	58%
Económicamente	10	32%
Espiritualmente	3	10%
Total	31	100%

Análisis: El 58 % brindó apoyo de forma emocional, el 32% se hizo de forma económica para solventar la parte de medicamentos y otros gastos y únicamente el 10% han brindado un apoyo de tipo espiritual.

Comentario: Los familiares entrevistados apoyan a sus parientes enfermos en tres grandes niveles ya sea emocional, económico o espiritual, algunos apoyan en más de un aspecto, pero en su mayoría el apoyo únicamente brindado es el emocional, debido a que a nivel de país, en este tipo de enfermedades los tratamientos y cuidados resultan altamente costosos, por lo que la limitación de apoyo económico es un factor común y difícil de solventar o cambiar por los grupos familiares que se enfrentan a esta situación altamente dolorosa.

Muy a pesar de esta limitante a nivel económico, el apoyo que realmente vale y realiza mejorías de consideración en el estado emocional de los pacientes, es el apoyo emocional este implica los cuidados emocionales pertinentes en cada enfermedad, la presencia y compañía de sus seres queridos, el ánimo positivo que la familia debe transmitir al enfermo es básico para una aceptación de su enfermedad y un camino más largo hacia la muerte, pues con tratamiento médico preciso y bien asimilado el tiempo de vida de ellos puede alargarse más allá de los pronósticos médicos establecidos

Lo anterior puede observarse en la figura nº18 a continuación.

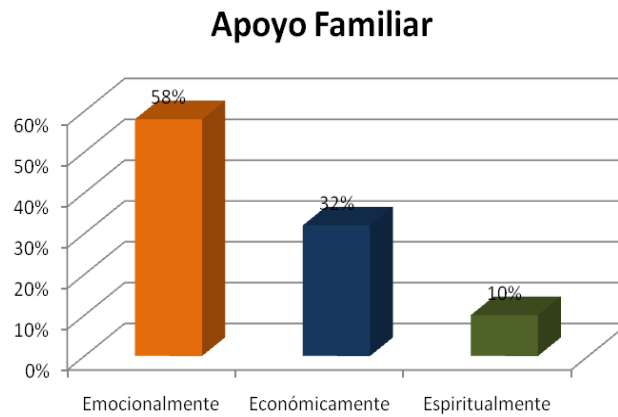


Fig. 18 Apoyo familiar que se le brinda al paciente.



8. ¿Cuáles han sido las dificultades a las que se han enfrentado ustedes desde la comunicación del diagnóstico hasta la actualidad?

Tabla 19
Dificultades por la comunicación del diagnóstico

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Económicos	10	52%
Propios de la enfermedad (recídas)	6	33%
Emocionales	4	10%
Ninguna	1	5%
Total	21	100%

Análisis: el 52% de la muestra manifestó que la dificultad principal ha sido la parte económica, seguido por complicaciones o avances propios de la enfermedad con el 33%, y a nivel emocional es decir en los cuales la familia se auto limita la por sus propios sentimientos o reacciones emocionales ante la enfermedad y el sufrimiento de su familiar el 10%, y ninguna complicación el 5%

Comentario: las complicaciones de tipo económico, es el factor común que se presenta a nivel de grupo familiar ante el padecimiento de una enfermedad terminal de uno de sus miembros, las complicaciones vienen de lo costosos que resultan los respectivos tratamientos, los gastos de transporte, alimentación, cuidados adjuntos, etc., la familia más cercana absorbe dichos gastos, pero en muchas ocasiones no solventan todas las necesidades sino únicamente lo esencial, lo que limita el avance de mejorías en los pacientes y por ende acorta el promedio de vida.

Los cuidados emocionales son muy importantes y obtienen un mayor alcance en la mejoría cuando existen los cuidados médicos precisos e idóneos.

En cuanto a las complicaciones propias de la enfermedad son dificultades que escapan al alcance de las familias, pues dependen directamente de la labor médica y la efectividad de los tratamientos adjuntos ya sea emocional como tratamientos alternativos.

Las dificultades anteriormente analizadas se muestran a continuación en la siguiente figura

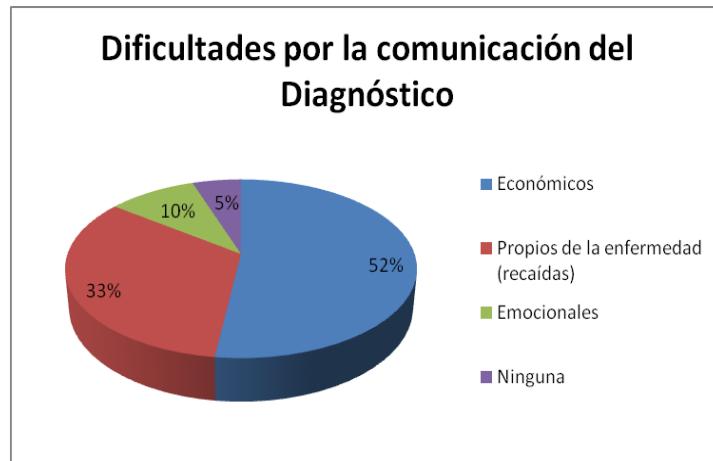


Fig. 19 Dificultades que se presenta al comunicar el diagnostico



9. ¿En algún momento han abordado el tema de la muerte con su familiar y como familia y de qué manera?

Tabla 20

Abordaje del tema de la muerte

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	15	75%
SI	5	25%
Total	20	100%

Análisis: El 75% no ha conversado sobre el tema de la muerte, y solo un 25% ha podido abordar el tema como círculo familiar, con su ser querido. La representación de estos datos de forma grafica puede observarse en la figura 20.

Comentario: La muerte en los diagnósticos terminales es algo que está implícito, pues a pesar que se descubra a tiempo es un tiempo fijado ya para el final de la vida, este significado implícito es lo que las familias intentan evadir, o prefieren evitar hablar, aun así hayan ya aceptado y asimilado la enfermedad de su ser querido, sus avances y complicaciones. El ser humano posee una reacción natural de negación sobre la muerte independientemente por la causal que depende, este suele ser un mecanismo de defensa, pero en el caso de las enfermedades terminales el tema de la muerte es aun mas difícil de aceptar y más aun de abordar, pues aunque se sabe que con el tratamiento y los cuidados pertinentes el tiempo de vida puede ser bastante largo incluso rebasar los tiempos medicamente establecidos, el solo hecho de pensar que ese final está latente en el ser querido genera mucho miedo, angustia y dolor, por lo que se prefiere evitar, aunque esto genere crear expectativas falsas ante la enfermedad.

Por lo general los círculos familiares que han logrado abordar el tema de la muerte con su ser querido ha sido a través de intermediarios ya sea profesionales de la salud mental o por intermediarios espirituales, los cuales les han ayudado a asimilar este punto tan delicado y a prepararlos en el camino hacia la muerte, lo que conducirá a la familia a la resignación que debe haber ante la partida de su ser querido.

Abordaje del tema de la muerte

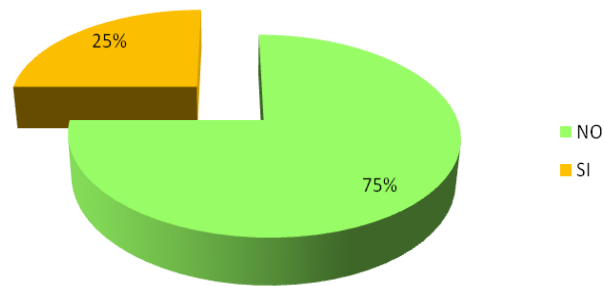


Fig. 20 Abordaje del tema de la muerte entre paciente y familiares.



10. Cómo familia, ¿Cómo han ayudado a su familiar a aceptar su diagnóstico y a vivir su día a día?

Tabla 21

Formas de apoyo familiar al paciente

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cuidados emocionales	12	60%
Cuidados espirituales	4	20%
Cuidados físicos	4	20%
Total	20	100%

Análisis: El 60% de los familiares brindan al paciente cuidados emocionales, seguido de cuidados espirituales con el 20%, al igual que los cuidados físicos con similar porcentaje del 20%.

Comentario: Los estudios sobre los efectos positivos que se generan ante una calidad de vida emocional positiva llevada por el paciente con enfermedad terminal, demuestran su importancia como parte esencial de su tratamiento ya que es altamente beneficiante tanto para ellos como para su grupo familiar

La familia desempeña un papel básico, e importante en la sostenibilidad del tratamiento médico, así como de la asimilación del mismo. Los cuidados emocionales implican, el intercambio afectivo, el cuidado sin llegar a hacer sentir inútil al paciente, la inclusión del mismo en la vida de familia tal y como antes de su enfermedad lo hacían, recreación dentro de lo permitido por su enfermedad, y lo más importante es la compañía que tanto necesitan los pacientes para no sentirse aislados o abandonados ante su situación.

Los cuidados espirituales son otra de las formas de ayuda que las familias buscan para su ser querido, llevándole o acercándole a diversos cultos religiosos, en los



cuales encuentran fortaleza, resignación y tranquilidad, dependiendo esto de la actitud del paciente ante su enfermedad pueden existir cambios positivos en su vida.

Formas de apoyo familiar al paciente

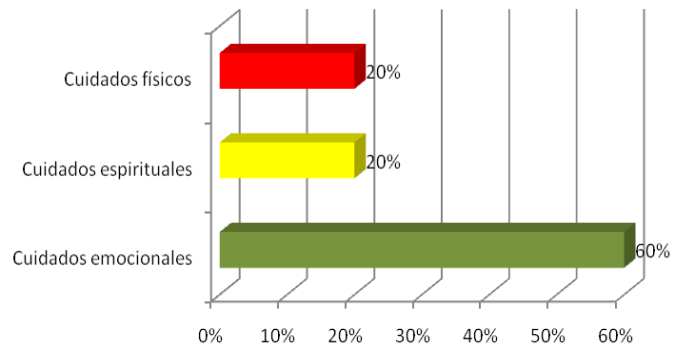


Fig. 21 Formas de apoyo familiar para la aceptación del diagnóstico

RESULTADOS GUIA DE OBSERVACION

1. Características depresivas

Tabla 22
Perfil Depresivo

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tristeza	11	39%
Retraído	7	25%
Descuido físico	7	25%
Tendencia al llanto	3	11%
Total	28	100%

Análisis: Las características depresivas más significativas encontradas en los pacientes son la tristeza con el 39% con el 25% se observa el retraimiento y el descuido físico, mientras que con el 11% la tendencia al llanto.

Comentario: Las características depresivas son evidentes en todos los pacientes que padecen enfermedades terminales, cabe mencionar que en unas son más evidentes que en otros y que algunos presentan solo un indicador y otras muestran 2 o 3, todo esto depende de las características de personalidad propias del individuo y de la asimilación que este posea sobre su enfermedad. Obsérvese figura 22.

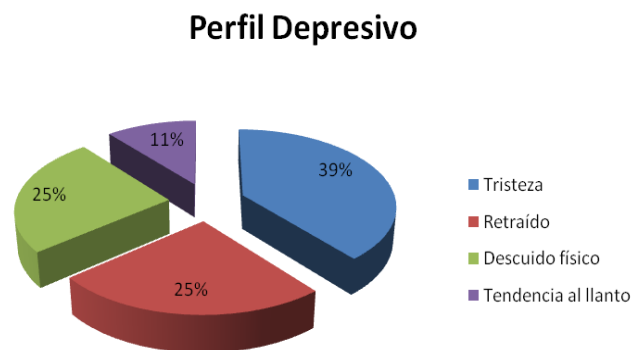


Fig. 22 Características depresivas



2. Hostilidad y falta de cooperación.

Tabla 23
Rechazo ante la Investigación.

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Postura rígida	11	61%
Negatividad	7	39%
Enojo	0	0%
Total	18	100%

Análisis: En el 61% se observó la postura rígida durante la entrevista, y el 39% denotó negatividad en las respuestas que proporcionaban.

Comentario: La postura rígida es utilizada por los pacientes como un mecanismo de defensa ante su situación, demostrando incomodidad al hablar de su enfermedad. La negatividad se presenta durante el proceso de asimilación del diagnóstico es decir siempre enfrentan esta fase en su proceso de adaptación emocional a su padecimiento.

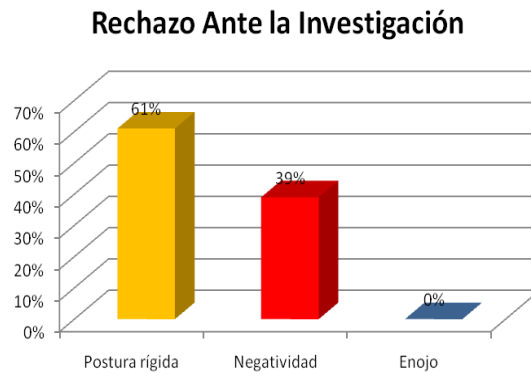


Fig. 23 Reacción ante la investigación.

3. Actitudes evasivas ante las preguntas

Tabla 24
Evasión ante el tema

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cambia el tema	11	58%
Contesta de forma cortante	8	42%
Suele ignorar	0	0
Plantea excusas	0	0
Total	19	100%

Análisis: el 58% cambia el tema, el 42% da respuestas cortantes durante la entrevista.

Comentario: Las actitudes evasivas que suelen presentar los pacientes son normales ante su situación, se observaron conductas evasivas y esquivas durante la formulación de las respuestas, desvariando en otros temas o respondiendo de forma cortante a las mismas, dicha conducta no se presento en todas a las áreas, solo en aquellas que aun no se han superado no han logrado asimilar del todo, como el tema de la muerte por ejemplo.

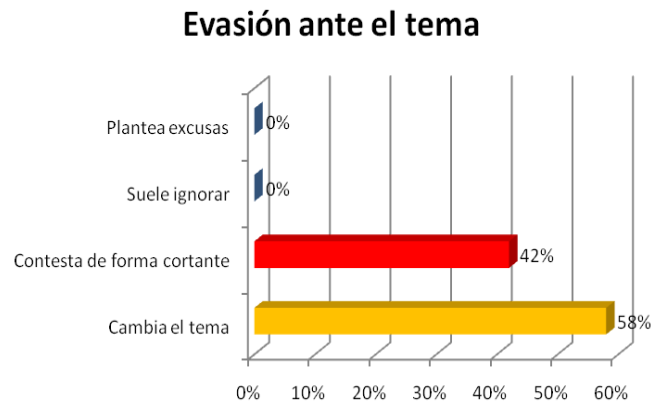


Fig. 24 evasiones del tema durante la investigación.



4. Se observan niveles de ansiedad.

Tabla 25
Ansiedad Mostrada

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inquieto	9	41%
Miedo	5	23%
Rigidez muscular	3	13%
Sudoración excesiva	2	9 %
Temblores	2	9 %
Se muerde las uñas	1	4. %
Total	22	100%

Análisis: El 41% se mostro inquieto, 23% con miedo, con rigidez muscular el 13%, sudoración excesiva el 9%, con Temblor el 9 %, y un mínimo de 4% el morderse las uñas. Ver figura 25.

Comentario: La ansiedad es un estado que se encuentra presente en la mayoría de las situaciones problemáticas, es una reacción física natural ante algo nuevo o desconocido, que suele desaparecer a medida nos acomodamos; pero en el caso de los pacientes con enfermedades terminales este estado suele estar presente a cada momento debido a la situación que están experimentando, las señales de ansiedad más frecuentes de los pacientes son el miedo, y el mostrarse inquietos, sudoración excesiva y temblor entre otros.

La ansiedad puede ser provocada por la enfermedad, así como por los procedimientos de tratamiento que se enfrentan los pacientes, ya que por lo general estos procedimientos médicos implican intervenciones quirúrgicas, medicamentos con efectos secundarios graves como vómitos, mareos, etc.,

Otros métodos de tipo invasivo como la quimioterapia y radioterapia son dos tratamientos comunes a las afectaciones como el cáncer, de los cuales la mayor parte de la población desconoce en gran medida en que consisten, cuáles serán las fases que enfrentaran ante ellos, y sus consecuencias.

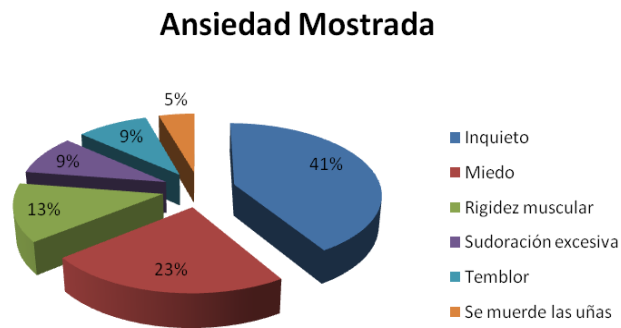


Fig. 25 Ansiedad mostrada durante la entrevista



5. Señales físicas de autoflagelación

Tabla 26
Indicadores de Tendencia al Suicidio

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No posee	16	80%
Moretones	2	10%
Cortaduras	1	5%
Laceraciones en muñecas	1	5%
Menciona el suicidio	0	0
Total	20	100%

Análisis: El 80% no presentaron señales de autoflagelación, el 10% se observó moretones y solo el 5% tenían laceraciones en las muñecas y mencionaron el tema del suicidio.

Comentario: La mayor parte de pacientes entrevistados no piensan en la idea del suicidio gracias al apoyo de sus familiares y a la fortaleza emocional y positiva que se ha creado en ellos a partir de la comunicación del diagnóstico y la asimilación del mismo. Mientras que una pequeña parte de la población experimenta ideas suicidas debido a que tiene constantes episodios depresivos y en algunos casos no cuentan con el apoyo familiar u otras redes de ayuda.

Indicadores de Intento Suicida

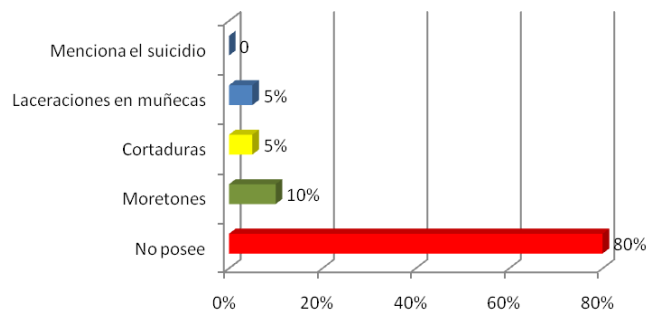


Fig. 26 Indicios de pensamientos o deseos suicidas

6. Se observa decaído y fatigado

Tabla 27
Señales Físicas de Cansancio

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Facciones de la cara	11	43%
Mirada aletargada, perdida o triste	11	43%
Ojeras	4	14%
Total	26	100%

Análisis: el 43% se observan con facciones evidentes de cansancio en la cara y la mirada aletargada triste o perdida, el 14% muestran ojeras. Estos datos se encuentran representados gráficamente en la figura 27.

Comentario: Los pacientes que padecen de enfermedades graves como el VIH, cáncer, etc. en etapa avanzada de la enfermedad se observa un deterioro físico evidente, aunque existen excepciones debido a que este deterioro puede vincularse muchas veces a los cuidados que tanto el paciente como los familiares tengan sobre él.

Señales físicas de cansancio

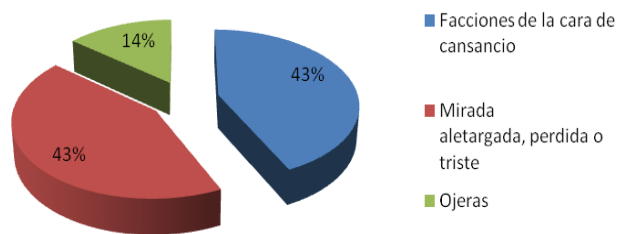


Fig. 27 Señales de desgaste físico debido al padecimiento



7. Hace referencia al tema de la muerte

Cuadro 28
Aceptación de la Muerte

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Evade hablar de la muerte	10	48%
Habla del tema durante la entrevista	6	29%
Habla de la muerte	5	23%
Total	21	100%

Análisis: el 48% evade hablar del tema, mientras que el 29% aborda este tema solo en ocasiones y el 23% es capaz de hablar sobre ello.

Comentario: El tema de la muerte es uno de los tópicos de los que ningún ser humano está preparado para hablar con naturalidad y menos si es una situación a la que se enfrentara de un momento a otro atendiendo a la situación actual a la que enfrenta; las personas que logran aceptar de manera positiva y abordar dicho tema es porque han sido preparados emocional y cognitivamente en muchos casos espiritualmente y ello los ha llevado a una mayor comprensión y aceptación del tema de la muerte.

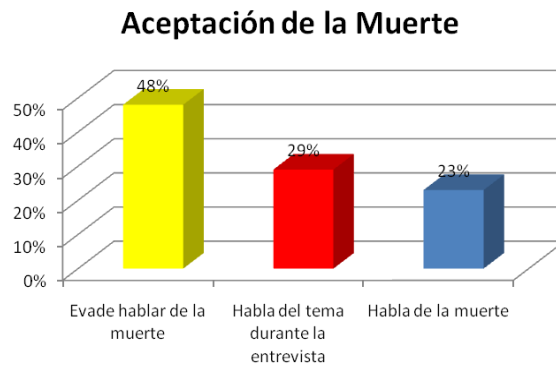


Fig. 28 Como aborda el tema de la Muerte.



8. Se observa descuido en su aspecto

Tabla 29
Descuido de aspecto personal

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desaliñado	10	40%
No posee	6	24%
Cabello desarreglado	5	20%
Ropa sucia	4	16%
Total	25	100%

Análisis: el 40% de la población presentaba un aspecto desaliñado, el 24% no posee muestras evidentes de descuido en su aspecto, el 20% se observó con el cabello desarreglado, y el 16% con la ropa sucia. Obsérvese figura 29

Comentario: un porcentaje significativo de los entrevistados se observó un aspecto físico totalmente descuidado lo que podría ser un indicador de daño emocional o depresión, en algunos casos se pudo observar que si bien es cierto no presentaban un descuido evidente o significativo, era por el cuidado de su familia pues su estado emocional era contrario a su aspecto. El cuidado personal se pierde ante una situación como esta debido a la falta de ánimo, o los tratamientos que les generan efectos secundarios que les van provocando dichos cambios.

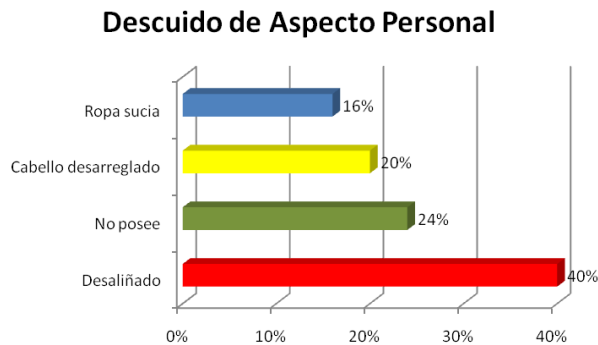


Fig. 29 Como se observa el paciente en el aspecto personal



9. Denota preocupación excesiva durante la conversación

Tabla 30
Indicadores de Ansiedad

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Expresa desesperanza durante la entrevista	12	52%
Frunce el seño	4	17%
Expresa tener sensaciones de opresión	4	17%
Ninguno	2	8%
Rechina los dientes	1	5%
Total	23	100%

Análisis: el 52% se observó la expresión de desesperanza, el 17% el expresar sensaciones de opresión y con un porcentaje igual aquellos que constantemente fruncen el seño cada vez que daba una respuesta, mientras que el 9% de la población no presentó ningún indicador y el 5% el rechina los dientes.

Comentario: la ansiedad forma parte de la sintomatología presentada en el paciente de enfermedad terminal, y juega un papel determinante en el comportamiento de él mismo así como en las actitudes que tenga hacia los aspectos que su enfermedad implica, el factor de la desesperanza es algo que la mayoría de los pacientes experimentan a pesar que acepten sus padecimientos, siempre existirá este factor que se entiende como una actitud depresiva hacia su futuro, las sensaciones de opresión surgen también de la canalización que la enfermedad y los cambios de la misma producen en la vida del paciente y sus círculos sociales, es decir ellos se sienten limitados en muchos aspectos de la vida en los que antes se desarrollaban con normalidad esta situación genera altos niveles de ansiedad producto de la desesperanza y la angustia que su situación produce.

La representación grafica de los datos analizados a continuación en la figura 30

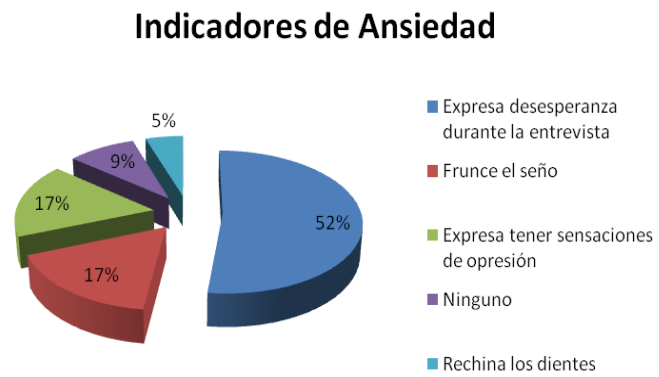


Fig. 30 Muestras de ansiedad.



RESULTADOS GUIA DE ENTREVISTA PARA PACIENTES

Diagnostico

1. ¿Cuál fue el motivo de su consulta médica al establecimiento de salud?

Tabla 31
Motivo de Consulta Inicial

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Afines a la enfermedad que padece	10	50%
Consulta de rutina	6	30%
Distintas a la enfermedad que padece	4	20%
Total	20	100%

Análisis: el 50% de la muestra se presentó por síntomas afines a la enfermedad diagnosticada, el 30% se dieron cuenta de su padecimiento por chequeos de rutina, y el otro 20% acudieron a las unidades de salud por otros síntomas ajenos a la enfermedad.

Comentario: Los pacientes llegan a los establecimientos de salud a consultar por que padecen una serie de síntomas los cuales pueden estar relacionados con la enfermedad que posteriormente se les diagnostica, aunque hay casos en los cuales los pacientes no se imaginaban que sus padecimientos eran relacionados con enfermedades terminales, que provocarían cambios a nivel personal y familiar.

En estos casos en los cuales los pacientes sufren mayor impacto ante el diagnostico debido a que consultan por chequeos de rutina y es cuando descubren su padecimiento, sin haber sentido ni un síntoma previo que pudiera generarles alarma o sospecha.



Estos datos pueden observarse gráficamente representados en la figura 31 del motivo de consulta.

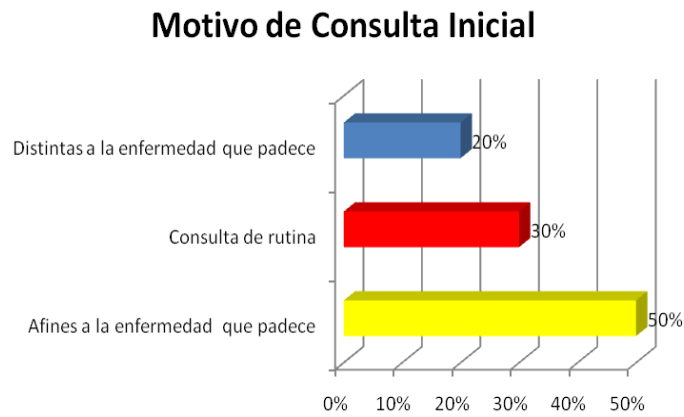


Fig. 31 Motivo de Consulta



2. ¿Cuánto tiempo después de su consulta inicial se entero de su padecimiento?

Tabla 32

Tiempo Trascurrido para el conocimiento de su enfermedad.

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Meses	8	40%
Días	7	35%
Semanas	5	25%
Años	0	0
Total	20	100%

Análisis: El 40% de la población que consulto se entero meses después de la consulta, mientras que el otro 35% en días y seguidamente el 25% que se entero después de semanas.

Comentario: El proporcionar un diagnostico certero e inmediato a los pacientes dependerá de los padecimientos que estos padecen y del tipo de exámenes que se requiere para poder identificar la enfermedad ya que existen pacientes asintomáticos y que simplemente llegan por chequeos o por padecimientos ajenos a la enfermedad terminal que se les ha diagnosticado; otro de los aspectos que se debe tomar en cuenta es la rapidez del diagnostico, exámenes tales como el VIH si se establece positivo es necesario un procedimiento que demora un determinado espacio de tiempo a partir de la complejidad del mismo , lo que el médico está obligado a realizar ante estas situaciones es a informar a los pacientes sobre estos procedimientos, así eliminara la ansiedad e incertidumbre que surgen a partir de estos lapsos de tiempo.

Los datos anteriormente expuestos de pueden observar en la siguiente representación grafica.

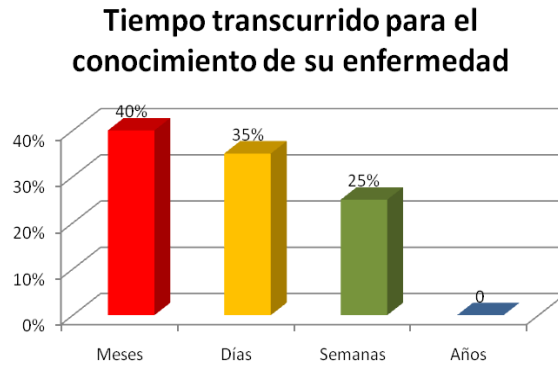


Fig. 32 Tiempo establecido para su diagnostico



3. ¿Quién se lo comunico?

Tabla 33
Persona que comunico el Diagnostico.

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medico	20	100%
Enfermera	0	
Psicólogo	0	
Otros	0	
Total	20	100%

Análisis: El 100% de los pacientes que han sido diagnosticados con algún tipo de enfermedad grave han sido informados por el médico del establecimiento de salud.

Comentario: Aunque muchos de los profesionales dijeron que preferían un trabajo integral con otros profesionales al momento de comunicar diagnósticos complicados a los pacientes, el sistema de salud sigue un orden diferente ya que el encargado de la comunicación de diagnósticos es propiamente el médico y posteriormente de haber informado al paciente y de su reacción se refiere al psicólogo, al trabajador social, enfermeras o psiquiatras para garantizar una estabilización emocional en los pacientes y cerciorarse de que los pacientes seguirán el tratamiento.

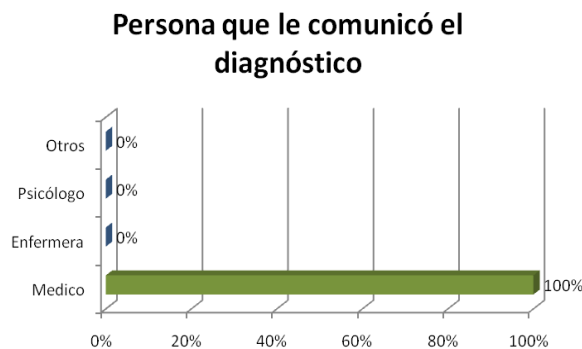


Fig. 33 Profesional que le comunico el diagnóstico

Comprensión del diagnostico

4. ¿Cuál fue su primera reacción ante la noticia de su diagnostico?

Tabla 34
Primera reacción ante el Diagnostico

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Temor	14	48 %
Negación	5	17%
Enojo	4	14%
Incredulidad	4	14%
Otros	2	7%
Miedo	0	0
Total	29	100%

Análisis: el 48% experimentan temor, seguido de la negación con el 17%, el 14% presenta sentimientos de enojo, Otro 14% experimenta incredulidad, el 6.7% entran otros sentimientos y mecanismos de defensa que presentan los pacientes. Ver figura 34

Comentario: El temor es uno de los sentimientos que mas invaden a los pacientes a la hora de la comunicación del diagnostico ya que experimentan incertidumbre ante lo que les puede pasar, acompañado de ello está la negación que es el mecanismo de defensa que los pacientes experimentan ya que no creen tener dicha enfermedad por lo que suelen buscar segundas opiniones y recurren a realizarse nuevamente los exámenes que les hicieron antes de ser diagnosticados con la enfermedad terminal.

Primera reacción ante el diagnóstico

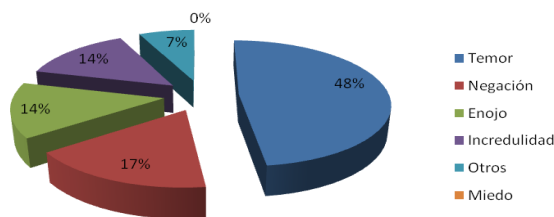


Fig. 34 Reacciones ante el Diagnóstico

5. ¿De qué manera cambio su vida dicho diagnóstico?

Tabla 35
Cambios en la vida después del Diagnóstico

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mejoro	7	35%
Sigue igual	7	35%
Empeoro	6	30%
Total	20	100%

Análisis: El 35% está igualmente repartido entre los pacientes les cambio la vida el diagnostico, el 35% manifiesta sentirse igual, mientras que el 30% empeoro después del diagnostico.

Comentario: Después de que los pacientes han sido diagnosticados con enfermedades terminales y durante el proceso de la asimilación de la noticia suelen enfrentar cambios los cuales pueden mejorar su estilo de vida ya que existen más cuidados personales, mejor trato hacia las personas, y por lo general se vuelven personas más sensibles y humanistas, por otra parte existen personas que simplemente se conforman con el diagnostico y no provocan cambios en su estilo de vida; mientras que la población que manifestó empeorar es aquella que después de la comunicación del diagnostico suelen manifestar frecuentes estados depresivos, e incluso han manifestado ideación suicida.

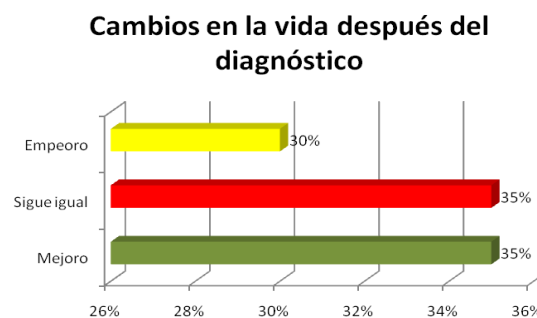


Fig. 35 Cambios en la vida del paciente después de saber el Diagnóstico



Reacción ante el diagnostico

6. ¿Cómo reacciono su familia ante la noticia?

Cuadro 36
Reacciones de la familia ante la enfermedad

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Otros	10	45%
Preocupación	5	23%
Temor	3	14%
Incredulidad	2	9 %
Negación	2	9 %
Total	22	100%

Análisis: El 45% reacciono de diversas formas y no de acuerdo a las opciones presentadas en el instrumento es decir no son capaces de identificar o describir cual es el sentimiento que experimentan en el momento de ser informados de la situación de su familiar, mientras que el 23% manifestaron haber experimentado preocupación, el otro 14% temor ante la situación, y el 9 % está igualmente repartido entre la incredulidad y la negación.

Comentario: Las reacciones que tuvieron los familiares ante la noticia de la enfermedad de acuerdo a la valoración de los pacientes, que no supieron identificar que sentimiento se apodero de ellos en el momento de conocer el diagnostico pues existe una serie de sentimientos que se cruzan ante una noticia como tal.

Otra de las reacciones más comunes es la preocupación, ya que surgen muchas dudas como el tratamiento que se debe brindar para la enfermedad, los cuidados del paciente, los gastos que se deberán cubrir, etc., y por último el temor de que no funcione el tratamiento, de que lo resista, de los efectos secundarios etc., a los



que se ven sometidos los familiares del paciente que padece de una enfermedad terminal.

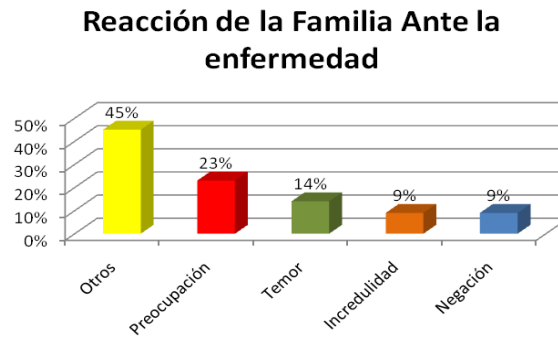


Fig. 36 Reacciones de Familiares, ante la enfermedad del paciente



7. ¿Qué piensa sobre futuro y su enfermedad?

Tabla 37
Visión del futuro y la Enfermedad

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tranquilidad por estar bajo tratamiento	9	45%
Aceptación de su futuro y enfermedad	9	45%
Desesperanza de no tener un futuro	2	10%
Total	20	100%

Análisis: El 45% dice sentirse tranquilo por estar con tratamiento médico, mientras que otro 45% dijeron estar conformes con la enfermedad y aceptaban su futuro tal y como viniese, mientras que solo el 10% de la población expreso desesperanza en su futuro por padecer este tipo de enfermedad.

Comentario: La proyección hacia el futuro de una persona que padece una enfermedad terminal está vinculada al grado de asimilación de la noticia y de los cambios que se produjeron en su vida; cuando las personas logran hacer cambios positivos en su vida e incrementan sus cuidados personales suelen tener una visión de tranquilidad hacia el futuro pues se muestran positivos y tranquilos al seguir al pie de la letra el tratamiento indicado por el médico, mientras que los que se encuentran conformes simplemente se han resignado a sobrellevar cada día su enfermedad.

Mientras que un grupo pequeño de los entrevistados no logran una buena asimilación del diagnóstico y por lo general se trata de personas que no siguen los tratamientos, que muestran estado de ánimo depresivos mayor con frecuencia, e incluso han atentado contra su vida ya que desde el momento de su diagnóstico su vida se detuvo y no tienen una visión del futuro claro para ellos.

Para una mejor comprensión de lo anteriormente explicado obsérvese la figura 37 a continuación.

Visión del futuro y la enfermedad

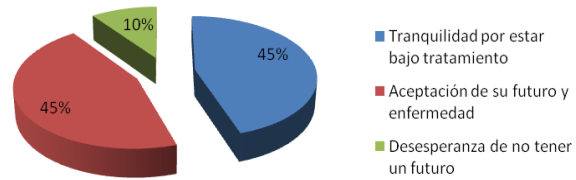


Fig. 37 Pensamientos a futuro y enfermedad



8. ¿Qué opina sobre la muerte?

Tabla 38
Opinión sobre la muerte

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Es algo natural	10	50%
Prefiere no hablar de ella	7	35%
La acepta	3	15%
Total	20	100%

Análisis: El 50% de la población entrevistada manifestó que la muerte es algo natural, mientras que el 35% prefieren no tocar ese tema y solo el 15% la acepta

Comentario: El tema de la muerte al igual que el tema del avance y futuro de la enfermedad son aspectos difíciles de abordar con quienes sufren estos padecimientos terminales; la mayoría manifiesta que es algo natural aunque es evidente que no les resulta fácil hablar de esto ya que de acuerdo a la teoría ningún ser humano está preparado en un 100% para la muerte aunque expresen que es ley de vida, ya que en ello entran en juego muchas situaciones no solo personales sino familiares; por otra parte otra cantidad significativa manifestó no estar preparados aun para hablar de la muerte abiertamente y menos si se trata de ellos, y solo una pequeña parte de la población ha logrado aceptarla, esto debido a que ya padecen hace mucho tiempo la enfermedad y el grado de asimilación que ellos han hecho de su situación.

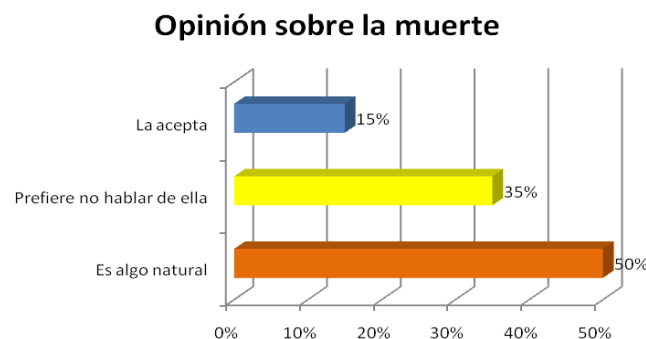


Fig. 39 Pensamientos sobre la muerte



Apoyo de redes sociales

9. ¿Cuáles han sido los cuidados que las personas que lo rodean le han dado luego del diagnóstico?

Tabla 39
Cuidados proporcionados por la familia

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Apoyo emocional	10	26%
Cuidados personales	9	24%
Ayuda económica	6	16%
Cuidados alimenticios	5	14%
Apoyo espiritual	4	10%
Otros	4	10%
Total	38	100%

Análisis: El 26% de la población ha tenido apoyo emocional por parte de sus familiares, el otro 24 % ha obtenido cuidados personales, el 15.7% a recibido ayuda económica, el 14% cuidados alimenticios y con el 10% igualmente repartido entre el apoyo espiritual y otros.

Comentario: El ser humano por ser social por naturaleza, necesita del apoyo desde diferentes perspectivas, en el caso de personas con enfermedades terminales los cuidados que brinda la familia a los pacientes son de carácter emocional que contribuye mucho al paciente para que adopte una actitud positiva ante su padecimiento y en muchos casos se logre su recuperación, otro de los principales apoyos son los cuidados personales y las atenciones que los familiares presentan a su familiar, dicho indicador se relaciona con recibir un trato adecuado según su padecimiento o enfermedad para que facilite la adaptación del paciente.

Otro indicador es el factor económico pues según lo manifestado por los pacientes existen gastos extras que de no ser por el apoyo de sus familiares ellos no serian capaces de cubrirlos y de seguir con el tratamiento, puesto que en ocasiones las instituciones de salud no cuentan con el medicamento necesario según la fase de desarrollo de la enfermedad.

Cuidados Proporcionados por su familia

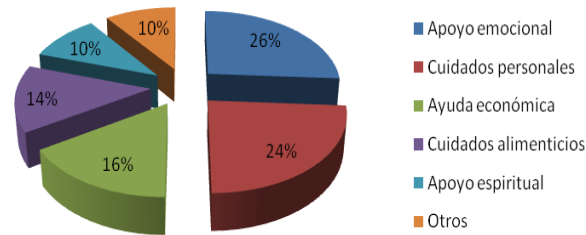


Fig. 39 cuidados proporcionados por familiares a pacientes



Recursos personales

10. ¿Debido al diagnóstico de su enfermedad, aparte de el respectivo tratamiento médico que otros recursos ha buscado para sobre llevarla?

Tabla 40
Tratamientos para la enfermedad

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Apoyo psicológico	10	35%
Apoyo espiritual	8	28%
Medicina natural	5	17%
Ninguno	4	14%
Tratamiento alternativos	1	3%
Otros	1	3%
Total	29	100%

Análisis: el 35% de los pacientes a buscado el apoyo psicológico ,apoyo espiritual con el 28%, la medicina natural con el 17%, los que no acuden a otras alternativas con el 14% y los tratamientos alternativos y otros están repartidos de igual manera con un 3%.

Comentario: La búsqueda de tratamiento alternativos es una reacción natural por la que optan tanto los pacientes como los familiares aunque no estén enfocados directamente a la búsqueda de un tratamiento médico, pueden de alguna manera a fortalecer a la persona que está padeciendo de la enfermedad terminal, tal es el caso de el apoyo psicológico y espiritual que se establecen como prioridad debido a que se enfocan en fortalecer emocionalmente al paciente para que puede sobrellevar su enfermedad de una forma adecuada, en cuanto a la medicina natural es uno de los recursos a los que las personas acuden con la esperanza de que funcionen más que la medicina o que acompañados con el tratamiento propiamente medico se vean mejorías en los pacientes, mientras un



pequeño grupo de la población tiende no optar por ningún tratamiento y se quedan con el tratamiento propiamente medico.

Tratamientos para la enfermedad

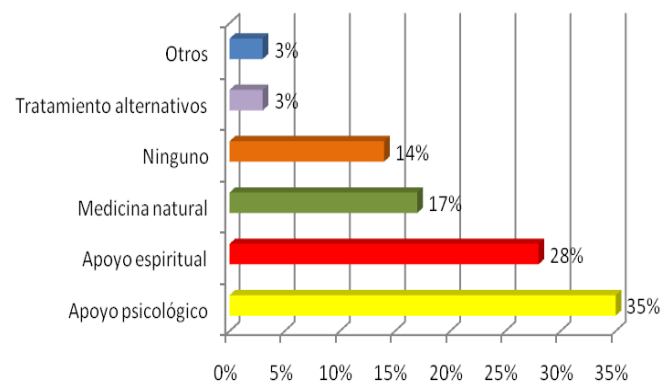


Fig. 40 Tratamientos para enfermedades terminales



CAPITULO VI.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base al análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados obtenidos mediante los instrumentos de recolección de información administrados, se plantean las conclusiones derivadas del análisis.

a) Conclusiones.

- Las enfermedades terminales de acuerdo a la población entrevistada y a las estadísticas que poseen los centros de salud cada vez se están volviendo más frecuentes en nuestra sociedad , estas causan un desequilibrio emocional y mental en los individuos que han sido diagnosticados con dichos padecimientos, además de ello afecta en gran medida a los familiares de estas personas; siendo estos los principales implicados dentro de la dinámica de estos padecimientos; por otro lado los médicos que se encargan de comunicar el diagnóstico de estas enfermedades también se ven afectados ante la situación de sus pacientes y familias debido a las diferentes reacciones que ellos ponen de manifiesto a partir de conocer su padecimiento.
- Al comunicar el diagnóstico a pacientes de enfermedades terminales ellos manifiestan como primera reacción emocional la negación, la cual genera desesperanza que se convierte en un fuente de desanimo y en un deterioro físico acelerado; este desequilibrio surge después de que las sospechas que se tenían de una posible enfermedad se confirma, o en otros casos la descompensación emocional es mayor si no existieron antes síntomas que les indicara que algo en su cuerpo estaba mal; la negación en los pacientes limita un mejor análisis de su situación ya que en muchas ocasiones el proceso del tratamiento se ve limitado debido a que buscan segundas opiniones, recurren a medicina natural no adecuada para estos padecimientos o no se someten en



un tiempo prudente a su tratamiento lo que causa que la enfermedad se complique o genere mayor deterioro físico en el paciente.

- La familia desempeña un papel de gran importancia dentro del desarrollo y avance de la enfermedad, ya que ellos son los principales protagonistas de brindar los cuidados emocionales y generales que los pacientes necesitan, son ellos los que se encargan de buscar asistencia complementaria para sus tratamientos, con psicólogos, o ayudas espirituales. Un fenómeno común que sucede cuando alguien del círculo familiar posee una enfermedad terminal, es el acercamiento repentino de la familia, esto une los lazos afectivos en la mayoría de los casos, lo que es de gran beneficio para los enfermos ya que los aparta de una muerte en soledad, cuando sucede lo contrario la muerte llega con más rapidez a estas personas pues el daño emocional avanza llevando así a los pacientes a un estado de depresión lo que genera en muchas ocasiones una muerte prematura
- Para los profesionales que se encargan de comunicar diagnósticos de enfermedades terminales resulta siempre un desgaste emocional y mental pues muy a pesar de lo que se pueda pensar, los médicos y demás profesionales implicados en esta dinámica, se enfrentan con dificultades en dos niveles distintos, el primero de ellos es a nivel de emocionalidad, el cual se afecta ante el sufrimiento que saben van a causar al brindar esta noticia tanto a los pacientes como a las personas que los rodean. El otro nivel de dificultad es en relación a las reacciones de los pacientes y familias, y al nivel de comprensión que deben lograr en ellos, para eliminar así especulaciones y falsas esperanzas.
- El trabajo multidisciplinario en los enfermos terminales, en nuestro país es una labor que en el sistema de salud nacional está tomando cada vez mayor importancia, proporcionando de esta manera mayor campo de



acción a la intervención de psicólogos, nutricionistas y trabajadores sociales , en estas problemáticas pues son estos profesionales los que cubren los vacíos que los tratamientos médicos poseen o generan en los pacientes , ya sea por el poco tiempo que pueden dedicarles debido a la demanda de atenciones medicas que enfrentan o a limitantes a nivel profesional que ellos posean. Es debido a estos factores que cada vez se brinda mayor apertura al trabajo psicológico, a fin de garantizar una mejor estabilidad en los pacientes como en los familiares que presentan este tipo de padecimientos.

- A partir de los datos obtenidos con la aplicación de los instrumentos , y de la interpretación de los mismos, se evidencia la necesidad de crear un plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo de intervención de pacientes con enfermedades terminales , los cuales podrán contar con un instrumento útil con instrucciones básicas, y técnicas a aplicar tanto con pacientes diagnosticados con enfermedades terminales , así como con familiares de los mismos ya que son estos los que rodean la dinámica de sus enfermedades a través de los cuidados que les brindan .



b) Recomendaciones

Con base a las conclusiones anteriormente planteadas se establecen las siguientes recomendaciones:

- Es necesario capacitar de manera adecuada a los estudiantes del área clínica de la licenciatura en psicología previo a que desempeñen sus labores profesionales en las diferentes unidades de salud a las que son asignados como practicantes, ya que esto garantizará una mejor calidad de atención a los pacientes que enfrentan situaciones como lo son las enfermedades terminales; así mismo se deberán enfocar tratamientos completos con los familiares de dichos pacientes para que el trabajo realizado logre un equilibrio en el estado emocional de los pacientes.
- Realizar un plan de tratamiento que permita a los profesionales de la psicología abordar adecuadamente este tipo de problemas; dicho plan deberá tener como base técnicas para el área emocional, cognitivas, conductual a nivel individual y familiar así como técnicas que permitan romper las barreras de los pacientes ponen de manifiesto a través de mecanismos de defensa que solamente sirven para complicar la salud mental y física de los mismos; por otra parte el psicólogo a su vez deberá tener la capacidad de captar la barrera emocional que el paciente presenta y llevarlo sutilmente al abandono de la misma



- Los profesionales de la salud que trabajan de manera directa con pacientes que padecen de enfermedades terminales deben tener conciencia que solo se lograrán avances significativos en los pacientes cuando se realicen actividades con el núcleo familiar del paciente ya que son ellos los que le acompañan y forman una parte clave en mantener un estado emocional equilibrado en el paciente, y de esa manera garantizar una mejor calidad de vida en los pacientes con padecimientos terminales.
- Se recomienda a los profesionales de la salud que desempeñan sus labores en las unidades de salud, y que están involucrados en los diagnósticos de este tipo, realizar periódicamente actividades de auto cuidado emocional y descargo, para mantener así una salud mental y emocional equilibrada, que beneficie su labor profesional y la calidad de la atención que brindan.
- Al sistema de salud; impulsar planes de trabajo integrales entre los profesionales de salud que ayuden a brindar una mejor calidad de atención a los pacientes especialmente a los de enfermedades terminales, ya que en muchas unidades de salud el único responsable de dar diagnósticos complicados recae en los médicos y en las enfermeras en algunas ocasiones, descuidando así el aspecto emocional de dichos pacientes por no contar con el recurso de psicólogos, los cuales son de gran importancia en situaciones de este tipo.
- A los practicantes del área clínica se sugiere la utilización de instrumentos útiles, prácticos y con la información necesaria para el manejo e intervención de los casos de mayor complicación emocional derivada del padecimiento de enfermedades de tipo terminal; para ofrecer así técnicas e instrucciones orientadas a la nivelación del estado de ánimo de los pacientes y del soporte emocional de sus familias.



FUENTES CONSULTADA

Libros:

- Cohen. Wiley. F, Lazarus RS. 1979. Coping with the stresses of illness. En: Stone GC et al. (Eds.). Health Psychology -A handbook. Jossey-Bass. San Francisco. USA.
- “La depresión y el enfermo terminal y la depresión del suicida”, Dr. Israel Espinosa, México Pág.:2-3
- “El Psicólogo ante el enfermo en situación terminal”, Pilar Barreto, Ramón Boyés, Barcelona 1990, Pág.: 3-12
- “La comunicación de las malas noticias”, Dr. Juan José Rodríguez Salvador, capítulo 4, “¿Por qué nos preocupa dar malas noticias? Pág.: 6-14
- “Aproximación al enfermo terminal y la muerte”, Dr. Manuel Saucedo, oncólogo, capítulo 1:”El profesional ante el enfermo terminal” pág.: 1-3, capítulo 2:”La comunicación del Diagnóstico” Pág.:4, capítulo 3:”Cuidados paliativos Pág.: 4-5.
- “Manual de fichas técnicas y cartas didácticas 2006”, cátedra de Métodos Diagnósticos y Psicoterapéuticos II, Lic. Ángel Meléndez, modelo fenomenológico, pág. 44, 56, modelo cognitivo, pág. 97, 107,151, 164.
- “Asistencia psicológica en VIH, un acompañamiento esencial”, Pontificia Universidad Javeriana de Cali, año 2003, pág. 1,2.
- “Alteraciones Psicológicas en el paciente VIH”, L.Canoves Martínez, unidad Enfermedades Infecciosas, consorcio Hospital General Universitario, Valencia ,España , pág. 1-12



- “Dimensiones Psicológicas y Sociales en la intervención del paciente portador de VIH y su entorno”, Unidad de Medicina Preventiva, Unidad de Psicología Medica, Licda. Mónica Llado, pág. 1-15
- “Cáncer y familia: Aspectos Teóricos y Terapéuticos” Lea, Baider Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud, Vol. 3, 2003, pág. 505-520.
- “La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer”, Milagro Báñez, Tomas Blasco, Jordi Fernández, 2003, Universidad de Murcia, pág. 235-246
- “Factores Psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento” J.P Arbizu 2000, pág.15- 123, capítulo 1, 2, 6, 8.

Revistas y tratados

- “Revista psico oncología” Orgilés, M., Méndez, F.X. y Espada, J.P. (2009). Procedimientos psicológicos para el afrontamiento del dolor en niños con cáncer. *Psico oncología*, vol. 6, 2-3, 343-356.
- “La atención al paciente con cáncer en fase terminal en sus últimos días de vida” Lorenzo Pascual López; Vicenta Pastor Doménech; Josefa Gutiérrez Valverde; Francisca Nieto Giménez
- Revista de psicología general, 1994, 47(2), sida y psicología: Realidad y perspectiva, Universidad Autónoma de Barcelona, pág. 1-3

Internet

- Consultado: 01/02/2010 www.issv.gob.sv/estadística
- Consultado: 02/02/2010



- www.boloncol.com/boletin-25/consideraciones-psicologicas-en-pacientes-con-cancer-de-mama
- Consultado: 08/02/2010 www.yoteca.com/enfermedades_terminales
- Consultado: 15/02/2010
www.smeo.org.mx/gaceta/2007/GAMOV6_3_2007.pdf
- Consultado: 22/02/2010 www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article
- Consultado: 4/03/2010 revistas.um.es/index.php/analesps/article
- Consultado: 17/03/2010 www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article
- Consultado: 27/03/2010 dialnet.unirioja.es/servlet
- Consultado: 12/04/2010
revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/
- Consultado: 20/04/2010 www.revespcardiol.org
- Consultado: 09/05/2010 www.scielo.org.co/scielo
- Consultado: 16/05/2010 www.scielo.org.co/scielo
- Consultado: 24/05/2010 redalyc.uaemex.mx/redalyc/.pdf
- Consultado: 06/06/2010 dialnet.unirioja.es/servlet/
- Consultado: 14/06/2010 books.google.com.sv
- Consultado: 22/06/2010 www.sepln.org
- Consultado: 25/06/2010 www.philosophia.cl/biblioteca/freud



ANEXOS



Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología

ANEXO 1

Guía de entrevista profesionales

Dirigida: Profesionales de la salud en la comunicación de Diagnósticos de enfermedades en fase terminal

Objetivo: Identificar cuáles son las principales dificultades que enfrentan los médicos en la comunicación de los diagnósticos de enfermedades terminales.

Nombre: _____

Edad: _____ sexo: _____ Estado civil: _____

Relación con el paciente: _____ Ocupación: _____

Evaluador/a: _____ Fecha de entrevista: _____

Preguntas

Comunicación del diagnóstico

1-¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes que se diagnostican como terminales?



2-¿De qué manera comunica usted estos diagnósticos y a quienes pacientes o familia, o ambos?

3-¿Cuáles son las dificultades que usted como profesionales enfrenta ante la comunicación de estos diagnósticos?

___ Reacción de los pacientes ___ Nivel de comprensión del diagnóstico
___ Familia de los pacientes ___ Otros

4-¿Se apoya en otros profesionales para el manejo de estos diagnósticos terminales?

___ Psicólogos ___ Trabajadores sociales ___ Otros profesionales

Reacción ante el diagnóstico

5-¿Cuáles son las reacciones más comunes que usted ha observado en los pacientes y familias, en el momento de comunicar el diagnóstico?

___ Temor ___ Incredulidad ___ Negación
___ Enojo ___ Otros

6-¿Cuál es la información que usted brinda acerca de la enfermedad diagnosticada, tanto a los pacientes como a los familiares?

___ evolución de la enfermedad ___ tratamiento médico ___ tratamientos alternativos



___ tiempo promedio de vida ___ cuidados especiales ___ otros

Trabajo integral en la comunicación del diagnóstico

7-¿Qué importancia considera usted que tiene un trabajo integral para el manejo y tratamiento de dichas enfermedades de carácter terminal?

8-¿Qué cuidados recomienda usted para los pacientes de enfermedades terminales?

___ alimenticios ___ actividades especiales ___ cuidados emocionales
___ tratamientos alternos ___ otros

9-¿De acuerdo a su opinión por medio de que técnicas podría brindársele y una calidad emocional positiva a los pacientes, en esta última etapa de su vida?

Reacción personal en la comunicación de diagnósticos

10-¿A manera personal como se siente usted luego, durante y después de comunicar este tipo de diagnósticos? Explique

___ está acostumbrado ___ afectan su estado de ánimo ___ cansado



Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología

ANEXO 2

Guía de entrevista familiares

Dirigida: Familiares de pacientes con diagnósticos de enfermedades en fase terminal

Objetivo: Evaluar las distintas reacciones y barreras psicológicas que surgen en las familias de los pacientes.

Nombre: _____

Edad: _____ sexo: _____ Estado civil: _____

Relación con el paciente: _____ Ocupación: _____

Evaluador/a: _____ Fecha de entrevista: _____

Preguntas

Diagnóstico

1. ¿Alguna vez debido a la sintomatología que presentaba su familiar, considero que podría tener una enfermedad de este tipo?



2. ¿Cómo se enteró del padecimiento de su familiar?
 por el médico por familiar
 por enfermera por otro

Reacción ante el diagnóstico

3. ¿Cuál fue su primera reacción ante el diagnóstico de su familiar?
 preocupación temor impotencia
 negación otro
4. ¿Qué cambios en su relación ha tenido Uds. hacia su familiar luego de conocer el diagnóstico?
 afectuoso preocupado por su tx
 indiferente otro
5. ¿Qué cambios ha observado en su familiar a nivel emocional y conductual, luego de habersele comunicado el diagnóstico?
 deprimido negativo positivo
 ansioso conforme otros
6. ¿Conoce Uds. plenamente la enfermedad que su familiar padece y como se ha informado?
 si no

Explique el medio por el que se informó:

Apoyo de las redes sociales

7. ¿De que manera han apoyado como círculo familiar su allegado en esta etapa de su vida luego del diagnóstico?
 económicamente emocionalmente
 apoyo espiritual



8. ¿Cuáles han sido las dificultades a las que se han enfrentado ustedes desde la comunicación del diagnóstico hasta la actualidad?

9. ¿En algún momento han abordado el tema de la muerte con su familiar y como familia y de qué manera?

si no
 religioso tratamiento psicológico otros

10. Como familia, ¿Cómo han ayudado a su familiar a aceptar su diagnóstico y a vivir su día a día?

explique: _____



Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología

ANEXO 3

GUIA DE OBSERVACIÓN A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL

Objetivo: Observar la presencia o ausencia de comportamientos en el paciente que son consecuencias de un diagnostico de enfermedad en fase terminal.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Evaluador/a: _____

Ítems

1. Se observan características depresivas

Tristeza ()

Tendencia al llanto ()

Retraído(a) ()

Descuido físico ()

2. Se nota hostil y falta de cooperación.

Negatividad ()

Enojo evidente ()



Postura rígida ()

3. Tiene actitudes evasivas ante las preguntas.

Suele ignorar lo dicho por el entrevistador ()

Cambia el tema de forma radical ()

Plantea diversas excusas para no hablar ()

Contesta de forma cortante ()

4. . Se muestra con altos niveles de ansiedad :

Miedo ()

Sudoración excesiva ()

Inquieto ()

Temblores en las extremidades ()

Rigidez muscular ()

Se muerdes las uñas ()

5. Se observan señales físicas de auto laceraciones

Laceraciones en sus muñecas ()

Cortaduras en alguna parte de su cuerpo ()

Se observan moretones que no sean a causa
de su enfermedad ()

Menciona el tema del suicidio durante la
Entrevista ()



6. Se observa decaído y fatigado a nivel físico.

Se nota con ojeras ()

Facciones de la cara cansadas ()

Mirada aletargada perdida o triste ()

7. Hace referencia al tema de la muerte en sus conversaciones

Habla de la muerte durante la entrevista ()

Suele evadir hablar de la muerte ()

Habla de la muerte de forma espontanea ()

8. Se observa descuidado en su aspecto personal.

Desaliñado(a) ()

Ropa sucia ()

Cabello desarreglado ()

10. Denota preocupación excesiva en su conversación y actuar.

Expresa desesperanza durante la entrevista ()

Frunce el seño ()

Expresa tener sensaciones de opresión ()

Rechina sus dientes ()



Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología

ANEXO 4

Guía de entrevista pacientes

Dirigida: Pacientes con diagnósticos de enfermedades en fase terminal

Objetivo: Conocer las distintas reacciones emocionales y psicológicas como resultado de los diagnósticos de enfermedades terminales en los pacientes.

Nombre: _____

Edad: _____ sexo: _____ Estado civil: _____

Relación con el paciente: _____ Ocupación: _____

Evaluador/a: _____ Fecha de entrevista: _____

Preguntas

Diagnóstico

1-¿Cuál fue el motivo de su consulta médica al establecimiento de salud?

2-¿Cuánto tiempo después de su consulta inicial se entero de su padecimiento?

____Días ____Semanas ____Meses
____Años



3-¿Quién se lo comunico?

___Medico

___Enfermeras

___Psicólogo

Compresión del diagnóstico

4-¿Cuál fue su primera reacción ante la noticia de su diagnostico?

___Temor

___Incredulidad

___Negación

___Enojo

___Otros

5-¿De qué manera cambio su vida dicho diagnóstico?

___Mejoro

___Sigue igual

___Empeoro

Reacción ante el diagnóstico

6-¿Cómo reacciono su familia ante la noticia?

___Temor

___Incredulidad

___Negación

___Preocupación

___Otros

7-¿Qué piensa sobre futuro y su enfermedad?



8-¿Qué opina sobre la muerte?

La acepta natural Prefiere no hablar de ella Es algo

Apoyo de la redes sociales

9-¿Cuáles han sido los cuidados que las personas que lo rodean le han dado luego del diagnóstico?

Cuidados Alimenticios económicos Apoyo emocional Ayuda económica
 Apoyo Espiritual Otros

Recursos Personales

10-¿Debido al diagnóstico de su enfermedad, aparte de el respectivo tratamiento médico que otros recursos ha buscado para sobre llevarla?

Ayuda Espiritual Medicina Natural Tratamientos Alternativos
 Apoyo Psicológico
 Otros

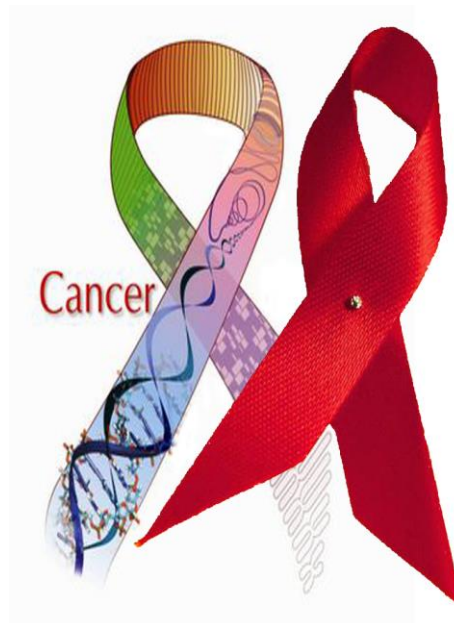


Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



**PLAN PSICOTERAPEUTICO PARA LOS PRACTICANTES DEL
AREA CLINICA EN EL MANEJO E INTERVENCION DE
PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES**



CIUDAD UNIVERSITARIA, JULIO DE 2010



INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
1. Presentación del proyecto.....	3
2. Justificación del proyecto.....	4
3. Objetivos del proyecto.....	6
4. Beneficiarios del proyecto.....	7
5. Localización física y espacial.....	8
6. Plan operativo, técnicas a implementar.....	9
7. Anexos	69



1. PRESENTACION DEL PROYECTO

La presente propuesta consiste en un plan psicoterapéutico para practicantes del área clínica en el manejo de pacientes con enfermedades terminales. Dicho plan tiene como finalidad orientar a los estudiantes de psicología sobre la manera como se debe trabajar con los pacientes diagnosticados con enfermedades terminales llevando esta labor a nivel integral, extendiéndose así a las familias de los mismos.

El plan contiene técnicas psicoterapéuticas que ayudarán a minimizar la sintomatología presentada en los pacientes como son: La ansiedad, depresión, estrés, negación del problema, dificultades en la aceptación del diagnóstico por el desconocimiento de la enfermedad, sobre protección de parte de los familiares hacia el paciente, temor, y otros áreas o técnicas opcionales a aplicar bajo ciertas condiciones previas como la sensibilidad del paciente ante su padecimiento y el abordaje del tema de la muerte, que en algunos casos de acuerdo a la muestra lo aceptan como su final inminente, pero no por ello se encuentran totalmente preparados para ello, por lo que el apoyo terapéutico sería de gran ayuda para el mismo.

Esta propuesta servirá como una herramienta para brindar la intervención adecuada al atender pacientes con enfermedades de tipo terminal en las diferentes Unidades de Salud, teniendo claro cuáles son los indicadores antes durante y después de un diagnóstico terminal, además de contar con las diferentes técnicas para trabajar en estos casos, de modo que podrán realizar una intervención mejor orientada.

La labor del psicólogo es amplia y diversa para lo cual es necesario que se encuentre correctamente apoyado con material didáctico de orientación que resulte útil y específico a las problemáticas que día con día deben de tratar profesionalmente..



2. JUSTIFICACION DEL PROYECTO

Todas las enfermedades que se diagnostican en fase terminal, debido a la naturaleza de la noticia generan en el paciente un deterioro emocional evidente, en él y su familia. Además de las implicaciones físicas que traen con ellas.

El porqué de este deterioro emocional proviene de la misma enfermedad así como de sus tratamientos, y muchas veces de la incertidumbre que se posee ante la enfermedad debido al desconocimiento del mismo, y los médicos conociendo la información no brindan de forma clara tanto a los pacientes como a las familias, otra fuente de este deterioro se deriva del trato brindado en el momento del diagnóstico y la carencia del trabajo multidisciplinario tan útil y necesario en estos casos.

El presente plan de tratamiento psicoterapéutico está fundamentado precisamente en esos vacíos existentes a nivel de fortaleza emocional en familia y pacientes, y de la carencia de información creadora de incertidumbre y falsas esperanzas que podría ser evitable únicamente con brindar explicaciones correctas y comprensibles que el paciente tiene el derecho a saber. Este plan está dirigido a los estudiantes de psicología del área clínica, de la Universidad de El Salvador, los cuales tienen su campo práctico dentro de las unidades de salud del área metropolitana de San Salvador, en la cual la cantidad de consultantes por estos padecimientos es alta, y en muchas de estas consultas se les solicita el apoyo en la comunicación de estos diagnósticos para lo cual no se cuenta con material especializado en el que se agrupen las técnicas básicas de intervención, evitando así la improvisación de técnicas o la adaptación de otras para ofrecer el apoyo solicitado en carácter de emergencia que la mayoría de las veces deja vacíos en la intervención y tratamiento brindados.

Dentro de la investigación realizada se encontraron los aspectos a tratar dentro de la dinámica emocional que estas personas diagnosticadas con enfermedades terminales poseen, en estas se incluyen los mecanismos de defensa, como la negación que es la primera reacción que viven tanto el enfermo como los familiares, ansiedad ante su situación, depresión, incertidumbre, estrés, etc.

En el caso de las familias las reacciones emocionales incluyen reacciones



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

conductuales como la sobre protección del paciente la cual crea sentimientos de inutilidad en los pacientes y anula muchos veces sus derechos individuales de decisión o acción.

Para todas estas problemáticas se encontraran técnicas en el presente plan psicoterapéutico, con el fin de ofrecer a los estudiantes de psicología del área clínica un instrumento de aplicación útil y sencilla con técnicas recopiladas aplicables a cada área a intervenir con estas personas y sus familias, para ofrecerles el apoyo necesario a nivel emocional y el desahogo pertinente que procure el auto control necesario para sobrellevar esta situación de su familiar



3. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general

- Brindar a los estudiantes de psicología del área clínico, una herramienta de trabajo con técnicas de intervención psicológica, que permitan lograr una estabilidad emocional positiva en pacientes diagnosticados con enfermedades terminales, y sus familias.

Objetivos específicos

- Plantear una justificación diagnóstica del proyecto, basada en los datos obtenidos con el trabajo investigativo previo en la temática de las enfermedades terminales
- Delimitar las áreas de intervención del plan a partir de la priorización de necesidades encontradas en la investigación en la que se basa el presente plan
- Elaborar fichas técnicas que brinden la información necesaria para el correcto entendimiento de las técnicas del presente plan y su posterior ejecución.
- Ofrecer una propuesta de intervención útil para los practicantes de la psicología clínica y demás profesionales.



4. BENEFICIARIOS DEL PROYECTO

El presente plan está orientado a ser un instrumento de utilidad psicoterapéutica para los estudiantes de licenciatura en psicología del área clínica, labores que desempeñan en los centros de salud a los cuales son asignados.

El proyecto responde a las necesidades que se enfrentan a raíz de las exigencias que los médicos realizan, en cuanto al apoyo y trabajo multidisciplinario en la comunicación de diagnósticos complicados tales como las enfermedades terminales, para desempeñar esta labor los estudiantes de psicología del área clínica no cuentan con elementos de aplicación específicos para esta temática viéndose obligados a improvisar o a adaptar técnicas conocidas para estas situaciones ofreciendo soluciones momentáneas o incompletas ante el gran cumulo de necesidades emocionales que poseen estas personas y sus familias.

Los estudiantes de psicología del área clínica son los beneficiarios primarios de este plan, pero su beneficio será extendidos en medida que ellos desarrollen estas técnicas a posterior en su labor profesional, con los pacientes remitidos por los médicos y con las familias de los mismos, los cuales poseen diversos problemas de carácter emocional a partir de conocer su padecimiento y el avance que estas puedan tener.

Los pacientes y familiares de los mismos poseen grandes necesidades emocionales producto de la enfermedad, del avance y del futuro que esta implica en sus vidas ante la pérdida inminente de su familiar en tiempo indefinido, todos estos factores y otros que derivan directamente de la enfermedad, son los que denotan la gran importancia de poder brindarles la terapia individual y familiar que los prepare para sobre llevarlas y que tenga como último fin la aceptación de la muerte, y la preparación emocional para su partida.



5. LOCALIZACION FISICA Y ESPACIAL

El plan como primer punto de aplicación tiene como delimitación los estudiantes de la Licenciatura en Psicología de la UES, que son los beneficiarios primarios de este proyecto, a ellos se les dejara como un legado de formación, capacitándolos en el área, llenando así el vacío de formación que en este año practico se descubren como primordiales y necesarios de solventar en esta última fase de la formación profesional que la universidad ofrece a los estudiantes de esta carrera humanística.

La aplicación del plan debido a la naturaleza de sus beneficiarios se desarrollara en las unidades de salud, y demás instituciones donde son asignados los practicantes de la psicología clínica, esto será cuando ellos se conviertan en reproductores y ejecutores de las técnicas acá presentadas.

En los puestos de salud serán los estudiantes de psicología del área clínica los responsables de hacer el correcto uso del programa planteado, a partir de las necesidades que ellos identifiquen como prioritarias en la dinámica de sus pacientes, ya que no todos los enfermos terminales presentan la misma sintomatología, ni todas las familias reaccionan de igual forma ante el padecimiento de su familiar.



6. PLAN OPERATIVO

A continuación se presentan las técnicas psicoterapéuticas que componen la presente propuesta de intervención, a aplicar por parte de los estudiantes del área de la psicología clínica, con pacientes y familias, el plan está diseñado por áreas a intervenir, como lo son la depresión, ansiedad, estrés, relajación, comprensión del tema y eliminación de la negación.

Se incluye también un área de técnicas opcionales que únicamente podrán ser aplicadas si existen ciertas condiciones tanto en pacientes y familias, como lo son una aceptación de tema de la muerte, una sensibilidad racional ante la enfermedad, y sus complicaciones, así como líneas de comunicación bastante fuertes entre ellos y apertura a la función del terapeuta.

Las técnicas se presentan ordenadas en orden de prioridad a partir de los datos arrojados en la muestra y posterior análisis, pero siempre se debe considerar que una mayor efectividad, de cualquier tratamiento no depende únicamente de las técnicas sino de el correcto establecimiento de la relación paciente - terapeuta ya que de la capacidad empática y respeto establecido entre el ambos dependerá el nivel de avance que se logre con el mismo



GUIA METODOLOGICA

A continuación se presenta una guía metodológica de las técnicas que componen el “plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales”

Área a intervenir/nº paginas	Nombre de la técnica	Objetivo	Modelo de intervención	Tiempo de aplicación.
INFORMACIÓN DE LAS ENFERMEDADES	Charla informativa sobre el cáncer	Informar a los pacientes que padecen de esta enfermedad sobre las lo que es, los posibles síntomas, los tipos de cáncer y su tratamiento	Cognitivo	60 min.
	Introducción a las enfermedades terminales	Desmitificar a los pacientes con enfermedades terminales sobre los diferentes tipos de enfermedades que con más	Cognitivo	60 min.



(PAG 12-14)		frecuencias se encuentran en la población salvadoreña.		
	“informémonos más”	Ampliar los conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad del VIH	Cognitivo	60 min.
NEGACIÓN DE LA ENFERMEDAD	“Instalando un nuevo chip”	Modificar los pensamientos negativos en los pacientes con enfermedades terminales, y lograr así una mejor aceptación del diagnóstico	Cognitivo	Dos sesiones terapéuticas de 60 min de duración.
	Reconstruyendo mi vida	Mejorar el estado	Cognitivo–conductual.	60 min.



<p>(PAG 15-17)</p>		<p>de ánimo de depresión del paciente, por padecer una enfermedad terminal.</p>		
<p>DEPRESIÓN</p> <p>(PAG 18-25)</p>	<p>“Quien he sido y quien soy para mi familia”</p>	<p>Motivar a la persona a la búsqueda de su mejoría emocional a través del refuerzo de sus lazos familiares, y el reconocimiento de sus familias sobre la importancia que ha tenido en sus vidas y sigue teniendo actualmente a pesar de su enfermedad.</p>	<p>Cognitivo</p>	<p>Una sesión de 1 hora 30 min.</p>
	<p>“Si dejo de luchar, dejan de luchar”</p>	<p>Unificar la relación de apoyo que debe existir</p>	<p>Conductual.</p>	<p>Cada vez que el terapeuta</p>



		entre los pacientes y familiares en el compromiso de lucha por alargar el periodo de vida y la calidad emocional a través de mantener un estado positivo		considere necesario
	“asignación de tareas INVOLUCRANDOME”	Involucrar al paciente en las labores del hogar o propias, que su fuerza física debido a su enfermedad se lo permitan, así como en su propio cuidado, para eliminar el sentimiento de inutilidad que impera en su condición y así mismo el efecto depresivo que	conductual	Durante todo el tratamiento



		causa.		
	"Re atribución"	Llograr que el paciente re atribuya sus suposiciones ante su padecimiento y las causales del mismo, bajando así el nivel de culpabilidad que muchas veces tienen los pacientes,	Cognitivo	Sesiones programadas dos veces por semana, con periodos de 20 a 40 minutos por sesión. Dependiendo de la situación particular de cada paciente
	"el ritmo de la vida"	Motivar al paciente a que realiza una reflexión racional de todo lo que ha logrado en su vida y lo que hasta este momento significa en su familia, eliminando así los sentimientos de inutilidad así	Cognitivo-conductual	En sesión semanal de 60 min.



		como el temor al desprecio de su familia ante su enfermedad y su desarrollo.		
<p>ANSIEDAD</p> <p>(PAG 26-31)</p>	Respiroterapia	Normalizar y equilibrar el estado nerviosismo e irritabilidad y ansiedad, disminuir la tensión muscular y la fatiga física, además de reducir la incidencia de la enfermedad.	Cognitivo-Conductual	15 min. c/vez que se considere necesario.
	La lucha contra la ansiedad	Desprenderse de las preocupaciones y eliminar la	Cognitivo	20 min.



		ansiedad que estas producen.		
	Relajación Progresiva	Disminuir la tensión muscular, la ansiedad, el insomnio, la fatiga, dolor de cuello y espalda.	Cognitivo-conductual.	De 30 a 50 min.
	Ensayo Cognitivo	Reducir las ideas irracionales que afectan al sujeto en su vida diaria.	Cognitivo	De 30 a 60 min.
	Búsqueda de solución de Alternativas	Cambiar una conducta negativa o paralizante, por una conducta de acción que tienda a resolver los conflictos. Además reducirá	Cognitivas	Cada vez que surjan pensamientos negativos



		la probabilidad de que aparezca el mismo pensamiento una y otra vez, las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir.		
ESTRÉS (PAG 32-37)	Visualización	Aliviar el estrés y la ansiedad que producto de la mala noticia de la enfermedad.	Cognitivo-conductual	De 15 a 20 min.
	Conocimiento del Cuerpo	Conocer el organismo e identificar las áreas de tensión que hay en él.	Cognitivo-conductual	25 min



	Silla Vacía	Lograr que el paciente se desahogue y externalice los sentimientos y pensamientos y emociones que no le pudo expresar a sus seres queridos por temor a dañarlos	Cognitivo-conductual	De 30 a 60
	Distracción	Procesos adaptativos a la situación que está viviendo y desviar los momentos de tristeza y tensión a través de la técnica de distracción.	Conductual	El tiempo que sea requerido



	Tensión distensión	Reducir en alguna medida el nivel de estrés en los puntos de tensión en el cuerpo del paciente	Cognitivo -conductual	El que se estime conveniente por el terapeuta
<p>ELIMINACION DE LA SOBREPOTECCION</p> <p>(PAG 38-43)</p>	Aprendamos a respetarlo, involucrarlo y cuidarlo	Reducir la sobreprotección que las familias ejercen sobre los pacientes, lo que agudiza en muchas ocasiones su estado depresivo o crea sentimientos inutilidad que a su vez genera culpa en el paciente	Cognitiva -conductual	En sesión terapéutica con la familia
	“YO PUEDO”	Motivar al paciente continuar siendo independiente a	Conductual	En 1 sesión terapéutica se explicara y se le dará



		<p>pesar de su padecimiento, ejerciendo el mismo límites a los que lo rodean en relación a su cuidado, siempre y cuando esta independencia se lo permitan sus fuerzas físicas.</p>		<p>evaluación constante en próximas sesiones</p>
	<p>“Auto cuidado”</p>	<p>Recordar al paciente su derecho individual de distracción que pueden ser llevadas adjuntas a su tratamiento tanto emocional como físico, a través de la realización de actividades que</p>	<p>Conductual</p>	<p>En una sesión terapéutica se explicara y se le dará evaluación constante en próximas sesiones</p>



		les resulten útiles y placenteras de acuerdo a sus intereses dedicándose a ellos mismo al menos un día de la semana en ellas.		
<p>TEMOR</p> <p>(PAG 44-49)</p>	Visualización "rayo de luz"	Bajar los niveles de temor y preocupación en el paciente.	Cognitivo	60 min.
	Plasmando mi temor	Permitir al paciente externalizar su temor de forma artística dando la libertad de expresarlo de acuerdo a lo que su nivel de miedo	Conductual	60 min



		y deseo por descargar se lo pidan.		
	Mi lugar seguro	Ofrecer al paciente una alternativa de alivio al temor que le produce el tratamiento a su enfermedad.	Cognitivo	60 min.
	Visualización reservada	Enfrentar al paciente a sus máximos temores con el objetivo de que aprenda a dominar sus niveles de miedo, y que se desensibilice ante ellos.	Cognitivo	60 min.



**TECNICAS
OPCIONALES
(PAG 50-55)**

<p>TECNICAS OPCIONALES (PAG 50-55)</p>	El ultimo día de mi vida”	Permitir al paciente tener una visión previa de lo que desearía hacer antes de morir, estableciendo así una lista de prioridades que pueden servirle como una guía diaria motivacional.	Cognitivo-conductual	Sesión terapéutica de 60 min
	Visualización “el día de mi funeral” y técnica de descargo y sensibilización “carta de despedida”	Sensibilización de la familia ante la emocionalidad, actitudes y acciones del paciente, solidificación de los lazos familiares	Cognitivo	En sesiones terapéuticas individuales y únicamente con la familia del paciente
	Evaluándonos como familia”	Propiciar una charla evaluativa	Conductual	En sesión terapéutica



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

		familiar, sobre lo que esperan unos de otros y lo que el paciente espera de ellos, ante su futuro y complicaciones, así como de cómo se siente cada uno ante el proceso psicoterapéutico.		familiar de 60 min.
--	--	---	--	---------------------



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

6.1 TECNICAS AREA DE INFORMACION SOBRE LAS ENFERMEDADES

TECNICA N° 1

NOMBRE DE LA TÉCNICA: Charla informativa sobre el cáncer

OBJETIVO: Informar a los pacientes que padecen de esta enfermedad sobre las lo que es, los posibles síntomas, los tipos de cáncer y su tratamiento.

AREA A INTERVENIR: Información

MATERIALES: Papelografo con información sobre la enfermedad, e ilustraciones.

Humanos: Terapeuta, paciente, familiares.

TIEMPO DE APLICACIÓN: una sesión de 60 min.

PROCEDIMIENTO: El psicólogo responsable de impartir la charla deberá de ayudarse de Papelografo ilustrados para que los pacientes muestren interés por la temática, en un lugar cómodo y ambientado para impartir la charla, el terapeuta deberá de hablar de manera general pero amplia de cómo se define la enfermedad, cuales son algunos de los síntomas principales o las manifestaciones que se pueden presentar en relación a dicha enfermedad, las maneras de diagnosticarlas y posteriormente los diferentes tratamientos que se pueden aplicar para esta enfermedad. Antes de finalizar la técnica el terapeuta deberá de brindar un espacio de preguntas para que los pacientes puedan preguntar algo que no les quedo claro o alguna duda a nivel personal que les gustaría aclarar de su situación.

EVALUACIÓN:

Que los pacientes a través de un lenguaje sencillo puedan aclarar las dudas y mitos que existen acerca de la enfermedad que padecen, aun después haber sido diagnosticado con dicha enfermedad.



TÉCNICA Nº 2

NOMBRE DE LA TÉCNICA: introducción a las enfermedades terminales

OBJETIVO: Desmitificar a los pacientes con enfermedades terminales sobre los diferentes tipos de enfermedades que con más frecuencias se encuentran en la población salvadoreña.

AREA A INTERVENIR: Información

MATERIALES: Papelografo, plumones, tirro,

Humanos: Terapeuta, paciente

TIEMPO DE APLICACIÓN: una sesión de 60 min.

PROCEDIMIENTO: A través de una charla explicativa y con un lenguaje sencillo el terapeuta abordara el tema de las enfermedades terminales haciendo mayor énfasis en las enfermedades que con más frecuencia atacan la población salvadoreña, para ello el terapeuta deberá tener pleno conocimiento de la definición de la enfermedad los síntomas iniciales, el tratamiento a seguir, como se contrae la enfermedad, los cuidados y consecuencias de no seguir un tratamiento adecuado. Además de ello se dará un espacio para que los pacientes puedan ampliar la temática con sus experiencias, o en todo caso que puedan exponer algunas dudas que tengan alrededor de las enfermedades.

EVALUACIÓN:

A partir de un espacio de aclaración se evaluara si los pacientes comprendieron la charla y aclararon sus dudas alrededor de la enfermedad que ellos padecen o de otras enfermedades que tengan dudas.



TÉCNICA Nº 3

NOMBRE DE LA TÉCNICA: “informémonos más”

OBJETIVO: Ampliar los conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad del VIH

ÁREA A INTERVENIR: Información

MATERIALES: Papelografo que guíen la charla, Plumones, Paginas de papel bond, Lápices, Tirro

-Humanos: Terapeuta, Paciente, Familiar

TIEMPO DE APLICACIÓN: una sesión de 60 min

PROCEDIMIENTO: El psicólogo iniciara la actividad hablando de las generalidades del VIH, luego se pedirá la participación voluntaria a de los pacientes para que cuenten un poco en base a su experiencia algunos de los síntomas principales que suelen preceder a la enfermedad, posteriormente se explicara los cuidados que se deben de tener a partir del momento del diagnostico, se hará la diferencia entre el sida y el VIH y cuando el VIH entra en fase sida, el tratamiento que se debe seguir, los mitos que existen alrededor de esta enfermedad, la temática de los mitos se iniciara con la participación de los pacientes ya que ellos han de haber lidiado con algunos mitos sobre su enfermedad.

La técnica se finalizara aclarando las dudas que surjan a los pacientes o a los familiares en relación al tema que se ha abordado; y se dará una página de papel bond para que hagan un breve comentario de la charla, si cubrió sus expectativas o consideran que no se logro cubrir alguna área.

EVALUACIÓN: El grado de conocimiento que los pacientes tenían sobre la enfermedad antes de la charla, y posterior a ella.



6.2_TECNICAS AREA DE NEGACION DE LA ENFERMEDAD

TECNICA Nº 4

NOMBRE DE LA TÉCNICA: “Instalando un nuevo chip”

OBJETIVO: Modificar los pensamientos negativos en los pacientes con enfermedades terminales, y lograr así una mejor aceptación del diagnóstico.

ÁREA A INTERVENIR: Negatividad

MATERIALES: lugar amplio y cómodo, Incienso

Humanos: Terapeuta, paciente

TIEMPO DE APLICACIÓN: Al menos dos sesiones terapéuticas

PROCEDIMIENTO: La técnica dará inicio en un lugar cómodo y amplio con un olor agradable que relaje al paciente y logre bajar los niveles de ansiedad que presenta, posteriormente se le pedirá al paciente que haga referencia sobre los pensamientos negativos que ha experimentado desde el momento de su diagnóstico, esto lo puede escribir en un papel o lo puede expresar de manera oral para que el terapeuta tome nota, esto de acuerdo a la comodidad del paciente, una vez que tengamos los datos se le pedirá al paciente que adopte una posición cómoda que cierre los ojos y que trate de concentrarse en el olor del ambiente y la voz del terapeuta únicamente, seguidamente se iniciará la técnica relajando un poco al paciente para que este sea capaz de abrir su mente y botar la ansiedad, una vez que se note que el paciente está relajado y comience a aflojar su cuerpo, se le repetirán todos aquellos pensamientos negativos que nos menciono anteriormente y se pedirá al paciente que trate de mencionarlos en su mente, luego se explicará que cambiaremos el chip en el por otro más positivo y que le ayude a atener mayor tranquilidad y aceptación de su situación; para ello el terapeuta deberá ser muy habilidoso y decir por ejemplo: si el paciente ha manifestado desesperanza hacia el futuro por la enfermedad, el terapeuta cambiará su pensamiento por “aun estoy vivo, debo luchar para vivir cada momento” estoy rodeado de personas que me aman y que han demostrado el amor hacia mí con sus cuidados, etc. de esta manera el terapeuta hará que el



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

paciente logre fijar su atención en las cosas que lo rodean y que aun tiene que dar como persona, y hacer énfasis que su enfermedad no es una limitación, este razonamiento se hará con cada uno de los pensamientos negativos que menciona el paciente y otros más que pueda abordar el terapeuta; luego se seguirá un poco de relajación para preparar al paciente a incorporarse a la realidad.

Luego se pedirá al paciente que describa como se sintió antes durante y después de la técnica.

EVALUACIÓN: Los niveles de negación que el paciente experimenta por padecer una enfermedad terminal, antes y después de la técnica.

Los pensamientos negativos que bloquean al paciente a mantener una actitud más positiva ante la enfermedad.



TECNICA Nº 5

NOMBRE DE LA TÉCNICA: Reconstruyendo mi vida

OBJETIVO: Mejorar el estado de ánimo de depresión del paciente, por padecer una enfermedad terminal.

ÁREA A INTERVENIR Negación

MATERIALES: Papel bond, Lápices

Humanos: Terapeuta, Paciente

TIEMPO DE APLICACIÓN: una sesión de 60 min.

PROCEDIMIENTO: La técnica se iniciara preguntando al paciente si considera que su estado de ánimo a cambiado a partir de su diagnostico, y que nos describa como ha sido a partir de ese día, el terapeuta deberá tomar nota de ello, luego se le pedirá que nos describa un poco como solía ser su estado de ánimo antes de enterarse de su padecimiento, las actividades que hacía y algunas de las metas que tenia planteadas; el terapeuta deberá prestar mucha atención y registra lo que el paciente dice, posterior a la descripción anterior se le pedirá que nos describa sus actitudes actuales hacia la vida, si tiene las mimas metas o si cambio a partir del diagnostico y en que ha cambiado; una vez que se tenga esa información el terapeuta deberá de razonar con el paciente el por qué su abandono por actividades que para él antes eran agradables si no existe una razón para evitarlas; una vez que se haya razonado se deberá establecer nuevas metas junto con el paciente estas deberán ir de las más simples a las más complejas y de corto plazo a largo plazo teniendo en cuenta que las de largo plazo deberán programarse para cada 6 meses; a partir del establecimiento de las metas, se pedirá al paciente que cada día realice un registro de su estado de ánimo y de las actividades que ha realizado. Dicho registro se revisara cada semana a fin de evaluar como el paciente evoluciona y si logra superar su depresión.

EVALUACIÓN: Registrar el estado de ánimo del paciente a partir del diagnostico, a fin de tener un mayor control en sus altos y bajos.

Lograr un equilibrio emocional en el paciente que ayude en su estado físico a pesar de la enfermedad que padece.



6.3 TECNICAS AREA DE DEPRESION

TÉCNICA Nº 6

NOMBRE DE LA TÉCNICA: “Quien he sido y quien soy para mi familia”

OBJETIVO: Motivar a la persona a la búsqueda de su mejoría emocional a través del refuerzo de sus lazos familiares, y el reconocimiento de sus familias sobre la importancia que ha tenido en sus vidas y sigue teniendo actualmente a pesar de su enfermedad.

ÁREA A INTERVENIR: Depresión

MATERIALES: Papelografo, plumones

Humanos: Terapeuta, paciente

TIEMPO DE APLICACIÓN: En una sesión en casa, con su grupo familiar.

PROCEDIMIENTO: Para el inicio y ambientación necesaria de la técnica se realizara una relajación y visualización en el cual deberán traer a su mente un recuerdo bonito de un momento que hayan compartido como familia, cuando eran pequeños, adolescentes, y en ya en la edad adulta.

Luego de la visualización se realizara una puesta en común en la cual cada uno de los miembros de la familia detallara el momento que recordó, en cada una de las etapas que se visualizaron en el ejercicio anterior, al terminar de relatar el terapeuta les preguntara cuales eran los sentimientos que los invadieron en esos momentos y como describirían a su familiar en cada uno por ejemplo como una apoyo, un compañero, etc.

Al terminar la puesta en común se leerá al paciente como lo ha descrito sus familiares en cada uno de esos momentos, y se lanzara una invitación a que uno de ellos le diga quién es en sus vidas y cuanto lo quieren

Luego de esto el terapeuta reforzara todo lo que sus familiares ya le han dicho, recordándole que aun vale y mucho, y debe de seguir adelante en su tratamiento y en la mejoría emocional lograda, pues sus familias son las personas que al igual que ellos sufren al verlos sin ánimos, decaídos, negativos y tristes.

Para finalizar la reflexión se les pedirá que todos rodeen a su familiar en un fuerte abrazo.



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

EVALUACIÓN:

¿cómo se sintió al recordar sus vivencias?

¿Qué sintió al escuchar a los miembros de su familia?

¿Cómo se sienten al recordar y expresarle lo que sienten a su familiar?



TÉCNICA Nº 7

NOMBRE DE LA TÉCNICA: “Si dejo de luchar, dejan de luchar”

OBJETIVO: Unificar la relación de apoyo que debe existir entre los pacientes y familiares en el compromiso de lucha por alargar el periodo de vida y la calidad emocional a través de mantener un estado positivo

ÁREA A INTERVENIR: Depresión

MATERIALES: Música de relajación.

Humanos: Terapeuta, paciente

TIEMPO DE APLICACIÓN: Cada vez que el terapeuta considere necesario.

PROCEDIMIENTO: El terapeuta deberá realizar esta sesión en casa con los familiares del paciente, se reunirá a todos y se iniciará la sesión hablando sobre el estado de avance de la enfermedad hasta el momento y los cambios que esta situación a traído a la familia y al paciente tanto en los momentos de crisis como de mejoría que hayan experimentado.

Luego de esto el terapeuta presentara al grupo literatura o pensamiento de libros relacionados al tema y a la sostenibilidad del factor emocional del paciente y la familia, se les preguntara sobre la importancia que el estado de ánimo positivo tiene en las personas y como ellos lo han experimentado en sus vidas, en este momento es posible que ellos reaccionen diciendo que desde el diagnostico hasta el momento no han tenido felicidad alguna, es acá donde el terapeuta debe estar atento a recordarles que las enfermedades si el estado de ánimo está estable y positivo las enfermedades tienen un menor espectro de avance dentro del cuerpo de los individuos debido a que si el buen estado de ánimo se combina con el medicamento necesario. Se le recordara al paciente de la importancia de tomar su medicamento ya que si bien es cierto su enfermedad tiene plazos fijados este puede ser alargado siguiendo las instrucciones medicas dictadas al momento de la confirmación del diagnostico y durante el proceso de tratamiento profesional de la enfermedad.

Se ve como necesario que el grupo familiar pueda identificar si entre ellos existen miembros de la familia que tengan un mayor vínculo emocional con el paciente ya



que existe una mejor conexión entre ambos y por tanto una mayor receptibilidad ante toda la interacción que exista entre ellos.

El fin de esta charla dirigida es que tanto el paciente como la familia refuercen el ánimo de seguir luchando por mantener un estado de ánimo positivo y no abandonar los tratamientos médicos recetados, pues ambos son importantes y necesarios para postergar la vida y la calidad de la misma en su enfermedad.

Esta técnica puede ir precedida por las técnicas de información de la enfermedad que padezca la persona, ya que con esto se evitaría la llamada especulación de información y las expectativas falsas que pueda hacerse tanto el paciente como la familia.

EVALUACIÓN: ¿observan mejorías o cambios en su familiar cuando este tiene momentos de positivismo y aceptación de su enfermedad?

¿La toma de los medicamentos correctamente, así como la alimentación genera mejoría en su familiar cuando esa persona especial es quien se los administra?



TÉCNICA Nº 8

NOMBRE DE LA TÉCNICA: “asignación de tareas INVOLUCRANDOME”

OBJETIVO: Involucrar al paciente en las labores del hogar o propias, que su fuerza física debido a su enfermedad se lo permitan, así como en su propio cuidado, para eliminar el sentimiento de inutilidad que impera en su condición y así mismo el efecto depresivo que causa.

ÁREA A INTERVENIR: Depresión

MATERIALES: Todo lo requerido por las labores a realizar

Humanos: Terapeuta, paciente

Tiempo de aplicación: de tiempo indefinido, aplicación en casa, evaluación semanal

TIEMPO DE APLICACIÓN: Durante todo el tratamiento.

PROCEDIMIENTO: para esta técnica se debe realizar en complicidad con la familia, ya que se trata de modificar los patrones que generalmente se siguen en estas familias, las cuales tienden a sobreproteger a sus familiares enfermos en lugar de hacerlos parte de su cuidado y darles el trato normal que se merecen. Esta actitud o forma de tratarlos genera en ellos síntomas de inutilidad y por ende de depresión ante sentirse que ya no son tratados como individuos independientes, sino como bebés recién nacidos, pues existen casos que les anulan incluso el derecho de opinión.

Es para esto precisamente que servirá esta técnica, para evitar o eliminar esta actitud grupal familiar, el terapeuta pedirá a los miembros de la familia que enumeren las cosas que su familiar realiza en su diario vivir dentro de casa o fuera que no implique demasiado esfuerzo físico, una vez realizada la lista se les pedirá que respeten todas aquellas actividades en donde el paciente pueda valerse por sí mismo, y si no existiera participación voluntaria motivarlos a involucrarse para hacerlos sentir parte importante de la familia que es lo que son y no como una carga que es el sentimiento que les provocan en muchas ocasiones.

Otra actividad que el terapeuta puede incluir en esta asignación de tareas es el auto control de sus medicamentos y alimentación pues si ellos se involucran en su propio cuidado adquirirán un sentido de responsabilidad útil importante y básica



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

para alargar su periodo de vida y el mejor estado emocional positivo que su condición de salud permita.

EVALUACIÓN: ¿Qué cuidados dan a su familiar a diario?

¿Lo toman en consideración en cuanto a su cuidado personal implica?

¿Observan mejorías en su condición emocional cuando el/ella se involucra como siempre lo ha hecho en los momentos de familia?



TÉCNICA Nº 9

NOMBRE DE LA TÉCNICA: “Re atribución”

OBJETIVO: lograr que el paciente re atribuya sus suposiciones ante su padecimiento y las causales del mismo, bajando así el nivel de culpabilidad que muchas veces tienen los pacientes,

ÁREA A INTERVENIR: Depresión

MATERIALES:

Humanos: Terapeuta, Paciente

TIEMPO DE APLICACIÓN: Sesiones programadas dos veces por semana, con periodos de 20 a 40 minutos por sesión. Dependiendo de la situación particular de cada paciente

PROCEDIMIENTO: Se realiza un análisis detallado sobre las suposiciones del paciente acerca de las causas o responsabilidades de su padecimiento, en estas se incluyen las del tiempo de consulta médica, los cuidados previos a conocer su padecimiento, y todo el tiempo previo vivido. Esto se realiza con el objetivo de tener una panorámica de los esquemas cognitivos del paciente y posibles causales de su depresión.

Se trata de analizar junto con el paciente sobre las razones de su problemática confrontándole para poder encontrar las verdaderas razones de su problema.

EVALUACIÓN: evaluar los avances semanales en la actitud y los análisis cognitivos que el paciente vaya mostrando.



TÉCNICA Nº 10

NOMBRE DE LA TÉCNICA: “el ritmo de la vida”

OBJETIVO: Motivar al paciente a que realiza una reflexión racional de todo lo que ha logrado en su vida y lo que hasta este momento significa en su familia, eliminando así los sentimientos de inutilidad así como el temor al desprecio de su familia ante su enfermedad y su desarrollo.

ÁREA A INTERVENIR: Depresión

MATERIALES:

Humanos: terapeuta, Paciente

TIEMPO DE APLICACIÓN: en sesión psicoterapéutica semanal.

PROCEDIMIENTO: esta técnica deriva también del modelo cognitivo de intervención, que busca eliminar los sesgos cognitivos del paciente así como sus valoraciones erróneas que son los que causan sus síntomas depresivos, y provocan el avance del malestar emocional.

El terapeuta deberá realizar un análisis con el paciente de cuáles fueron sus sueños de vida desde corta edad y cuantos de eso logro conseguir y cuales mas se sumaron o se modificaron en el devenir de la vida, se evaluara con una análisis reflexivo el papel que ha desempeñado él o ella en la consecución de sueños o metas de otras personas ya se de su familia o ajenas, y que opina de todo lo acontecido o vivenciado a lo largo de su vida.

Previa a esta sesión se pedirá a la familia que realicen una carta en donde cada uno de los que quieran participar en el ejercicio le manifiesten a su familiar quien es él/ella en sus vidas y que se quedara en sus memorias el dia que esta persona falte físicamente.

Se leerán al paciente las cartas enviadas por sus familiares, así se reforzara la valoración realizada con el terapeuta, y mejorara en gran medida el estado de ánimo positivo del paciente, disminuyendo los síntomas depresivos.

EVALUACIÓN: evaluar los avances semanales en la actitud y los análisis cognitivos que el paciente vaya mostrando



6.4 TECNICA AREA DE ANSIEDAD

TECNICA Nº 11

NOMBRE DE LA TECNICA: Respiroterapia

OBJETIVOS: Normalizar y equilibrar el estado nerviosismos e irritabilidad y ansiedad, disminuir la tensión muscular y la fatiga física, además de reducir la incidencia de la enfermedad.

AREA A INTERVENIR: La tensión y ansiedad, a causa de su enfermedad

MATERIALES: Humanos: paciente, terapeuta

TIEMPO DE APLICACION: 15 minutos

PROCEDIMIENTO:

- Colóquese con la espalda apoyada en el suelo, rodillas dobladas y separadas unos 20 cm
- Toda la columna debe de estar en contacto con el suelo, no debemos notar signo de tensión en el cuerpo
- Coloquemos una mano sobre el tórax y una sobre la parte baja del abdomen
- Realice unos suspiros voluntarios para predisponernos a un estado de relajación y concentración.
- Tome aire por la nariz y lo dirige a la parte mas baja del tórax, notando como se separan las últimas tres costillas y se hincha el abdomen reteniéndolo 3 segundos, y soltándolo con los labios levemente cerrados

Repita varios ciclos respiratorios

EVALUACION: Se preguntara al paciente ¿cuáles han sido los cambios que ha observado al aplicar la técnica?, ¿Si observa disminución dolores de espalda, de cabeza o cuello.



TECNICA N° 12

NOMBRE DE LA TECNICA: La lucha contra la ansiedad

OBJETIVOS: Desprenderse de las preocupaciones y eliminar la ansiedad que estas producen.

AREA A INTERVENIR: La ansiedad del paciente

MATERIALES:

Humanos: Paciente, terapeuta, silla cómoda.

TIEMPO DE APLICACION: 20 minutos

PROCEDIMIENTO: Primer paso: Identificar que me preocupa y escribirlo.

Segundo paso: Hacerme unas cuantas interrogantes:

¿Lo puedo Arreglar?

Aquí se realizara la valoración pertinente, apegado a la realidad.

¿Es posible asumirlo?

Si la situación que nos preocupa no tiene vuelta atrás, se debe mejor aceptarla sin que se vuelva un nudo en nuestra mente,

¿Depende de mí?

¿Depende de mí la solución?, ¿ puedo hacer un cambio?, ¿ hice lo que estaba a mi alcance para solucionarlo?

Tercer paso: El olvido, dejarlo ir, si no está al alcance la solución del problema es mejor no seguir rumeando ese pensamiento y desecharlo.

Respirolo hacia afuera.

Nota: este ejercicio irá acompañado por música tranquila



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

EVALUACION

Se preguntara al paciente ¿cuáles han sido los cambios que ha observado al aplicar la técnica?, ¿Si observa disminución dolores de espalda, de cabeza o cuello, de hombros?, Se observara el semblante que el paciente muestra al asistir a las sesiones si se muestra relajada o tiene señales de tensión.



TECNICA N° 13

NOMBRE DE LA TECNICA: Relajación Progresiva

OBJETIVOS: Disminuir la tensión muscular, la ansiedad, el insomnio, la fatiga, dolor de cuello y espalda.

AREA DE INTERVENCION: La tensión y ansiedad.

MATERIALES: Toallas, almohada

Humano Terapeuta, paciente

TIEMPO DE APLICACION: De 30 a 50 minutos

PROCEDIMIENTO: Adopte una posición cómodo (a), relaje el cuerpo ahora cierre los puños tensando los bíceps y los antebrazos, relájese. Arrugar la frente. Al mismo tiempo mover la cabeza hacia atrás y gírela describiendo un círculo completo, de un lado al otro. Luego arrugar los músculos de la cara como si quisiera parecerse a una pasa: frunza el ceño, cierre los ojos con fuerza, apretando los labios, encoja los hombros. Relájese.

Separe los hombros arqueando la espalda como si fuera a ser una inspiración profunda. Manténgase así. relájese.

Extender los pies y los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba, fuertemente para tensar fuertemente las espinillas. Manténgalo. Relájese. Flexione los dedos tensando con ellos las pantorrillas los muslos y las nalgas. Relájese
Nota: este ejercicio irá acompañado por música tranquila

EVALUACION: A través de un auto registro, se le proporcionara una hoja de papel y se preguntara como se siento antes de la aplicación de la técnica? Y después de la aplicación de la técnica?, para observara la efectividad.



TECNICA N ° 14

NOMBRE DE LA TECNICA: Ensayo Cognitivo

OBJETIVOS: Reducir las ideas irracionales que afectan al sujeto en su vida diaria.

AREA QUE SE INTERVIENE: La ansiedad, Ideas Irracionales.

MATERIALES: 2 sillas, Libreta de apuntes, lapiceros.

Humanos: terapeuta, paciente

TIEMPO DE APLICACION: De 30 a 60 minutos

PROCEDIMIENTO: El terapeuta le indica al familiar o paciente que se imagine en una situación la cual le produce ansiedad por las ideas irracionales como pensar que el paciente no debe de realizar tareas que eran de su agrado por temor a que se lastime, y llegar a sentir lástima por él, luego confrontarlo con la realidad de la situación se le hará ver al familiar que el trato compasivo no hace ningún bien a su familiar ya que lejos de ayudar pisotea su dignidad como ser humano y pueda hacer que el mismo paciente piense en morir por sentirse impotente o inútil por el trato que recibe.

EVALUACION: A través de un auto registro, se le proporcionara una hoja de papel y se preguntara como se siento antes de la aplicación de la técnica? Y después de la aplicación de la técnica?, para observara la efectividad.



TECNICA N ° 15

NOMBRE DE LA TECNICA: Búsqueda de solución de Alternativas

OBJETIVOS: Cambiar una conducta negativa o paralizante, por una conducta de acción que tienda a resolver los conflictos. Además reducirá la probabilidad de que aparezca el mismo pensamiento una y otra vez, las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir.

AREA QUE A INTERVENIR: La ansiedad, conductas negativas, depresión Leve.

MATERIALES: Fichas de colores, papel bond, lápices

Humanos: terapeuta, Paciente

TIEMPO DE APLICACION: Cada vez que surjan pensamientos negativos.

PROCEDIMIENTO: El paciente llega al consultorio, debido a los constantes pensamientos negativos, que le provoca la depresión causada por el diagnóstico. Por lo que el terapeuta aconseja elaborar "fichitas", que contengan pensamientos positivos, que el paciente deberá leer cada vez que surjan estos pensamientos negativos, esta técnica la aplicará el paciente cada vez que surjan dichas situaciones.

EVALUACION: Si los pensamientos negativos que tenía, ya no los ha vuelto a tener, por que ha estado sustituyéndolos con los pensamientos positivos y esto ha dado como resultado que piense que todo lo que le rodea no siempre va a ser negativo, viendo un provecho o beneficio a cada situación.



6.5 TECNICAS AREA DE ESTRÉS

TECNICA N° 16

NOMBRE DE LA TECNICA: Visualización

OBJETIVOS: Aliviar el estrés y la ansiedad que producto de la mala noticia de la enfermedad.

AREA A INTERVENIR: ansiedad y estrés

MATERIALES: silla cómoda, grabadora, CD, música ambiental

Humanos: _Paciente, terapeuta

TIEMPO DE APLICACIÓN: 15 a 20 minutos

PROCEDIMIENTO: Ya hemos aprendido a respirar en la técnica anterior

1. Nos sentaremos y colocaremos las manos con palmas hacia arriba,
2. ojos cerrados, inspirar profundamente.
3. Imagine un océano con olas que van y vienen, imagine lo bonito que es
4. imagine lo suave de la arena en sus manos
5. Ahora exhalaremos y al hacerlo sacaremos todos los pensamientos y sentimientos negativos, todo lo que en este momento nos causa dolor y angustia
6. dejaremos que se los lleve el océano echaremos al mar cualquier enojo u odio
7. Respírelo hacia afuera.

Nota: este ejercicio irá acompañado por música tranquila

EVALUACION

Se preguntara al paciente ¿cuáles han sido los cambios que ha observado al aplicar la técnica?, ¿Si observa disminución dolores de espalda, de cabeza cuello, de hombros?, Se observara el semblante que el paciente muestra al asistir a las sesiones si se muestra relajada o tiene señales de tensión.



TECNICA N° 17

NOMBRE DE LA TECNICA: Conocimiento del Cuerpo

OBJETIVOS: Conocer el organismo e identificar las áreas de tensión que hay en él.

-Disminuir el nivel de estrés que presenta el sujeto.

AREA QUE SE INTERVIENE: El estrés producido por la preocupación de la enfermedad.

MATERIALES: Un diván

Humanos: Paciente, terapeuta

TIEMPO DE APLICACION: 25 minutos

PROCEDIMIENTO: Se le pide al paciente que concentre su atención en el mundo exterior, luego se formulara frases del tipo de “soy consciente de...” (Por ejemplo, soy consciente de las personas que están en la calle, de que está lloviendo, etc.) Luego de haber tomado consciencia de lo que le rodea, dirija su atención a su cuerpo y sus sensaciones físicas, es decir, a su mundo exterior, (por ejemplo, soy consciente de que tengo frío, que tengo hambre, que siento tensión en el cuello, etc.) después de esto, el terapeuta le pide al paciente que pase de un tipo de consciencia a otro (por ejemplo, soy consciente de que la silla es muy dura, de que la lámpara esta encendida, etc.).

Nota: este ejercicio irá acompañado por música tranquila

EVALUACION: A través de un auto registró, se le proporcionara una hoja de papel y se preguntara como se siento antes de la aplicación de la técnica? Y después de la aplicación de la técnica?, para observara la efectividad



TECNICA N° 18

NOMBRE DE LA TECNICA: Silla Vacía

OBJETIVOS: Lograr que el paciente se desahogue y externalice los sentimientos y pensamientos y emociones que no le pudo expresar a sus seres queridos por temor a dañarlos

AREA QUE SE INTERVIENE: El estrés y ansiedad

MATERIALES: dos sillas, libreta de apuntes, lapiceros.

Humanos: terapeuta, paciente

TIEMPO: De 30 a 60 minutos

PROCEDIMIENTO: Se le pide a la cliente, que se siente en una silla y frente a ella está otra silla vacía, la cual representará a una persona significativa, a quien la cliente debe expresar sus sentimientos para resolver problemas o situaciones pendientes y poder así sentirse liberada de sus preocupaciones

Se debe ofrecer sugerencias para desarrollar los diálogos, pero no se debe intervenir en los sentimientos y significados que el sujeto produce, solo dejar que fluya la conversación y se pueda lograr el desahogo

EVALUACION: A través de un auto registro, se le proporcionara una hoja de papel y se preguntara como se siento antes de la aplicación de la técnica? Y después de la aplicación de la técnica?, para observara la efectividad



TECNICA N° 19

NOMBRE DE LA TECNICA: Distracción

OBJETIVOS: procesos adaptativos a la situación que está viviendo y desviar los momentos de tristeza y tensión a través de la técnica de distracción.

AREA QUE SE INTERVIENE: La tristeza, la tensión, depresión, el estrés que todas las anteriores producen.

MATERIALES: Rompecabezas, crucigramas del periódico, grabadora, Actividad al aire libre, hojas de papel, lápiz

Humanos: familiares, paciente

TIEMPO DE APLICACION: El tiempo que sea requerido

PROCEDIMIENTO: Al momento de comenzar la sesión se le explica al cliente, que para poder ayudarlo es necesario que ponga en práctica ciertas técnicas de distracción que le ayudaran en momentos de ansiedad, se le preguntara que actividades de entretenimiento realizaba al lado de sus familia antes del diagnostico, luego de enumerar las actividades mencionadas, se hará una valoración y se determinara que actividades de su agrado pudiera realizar nuevamente y así generar procesos cognitivos mas adaptativos.

Ejemplos de las actividades a realizar:

-Disfrutado de jugar crucigrama en compañía de sus seres queridos

-Planear un paseo al parque y disfrutar de la naturaleza,

-Ir al cine con sus hijos, esposo o hermanos. De modo que este tipo de actividades ayude a bajar la tensión del momento difícil que esta atravesando.



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

EVALUACION

A través de la autoevaluación del paciente. De forma verbal en la siguiente sesión.



TECNICA N° 20

NOMBRE DE LA TECNICA: Tensión distensión

OBJETIVOS: Reducir en alguna medida el nivel de estrés en los puntos de tensión en el cuerpo del paciente

AREA A INTERVENIR: El estrés

MATERIALES:

Humanos: Terapeuta, paciente

TIEMPO DE APLICACION: El que se estime conveniente por el terapeuta.

PROCEDIMIENTO: El terapeuta realizara con el paciente una enumeración de los puntos en su cuerpo que el haya detectado como acumuladores de estrés, como por lo general son el cuello las manos, los hombros, el rostro, etc.

Se le enseñara al paciente ejercicios físicos de tensión y distensión de estas partes del cuerpo combinada con la respiración controlada con 3 repeticiones cada parte del cuerpo. Este ejercicio ayudara al paciente a relajar los puntos focales de estrés, y a mantener un mejor estado de control en el manejo del mismo.

EVALUACION

En la medida que el paciente vaya realizando el ejercicio a lo largo del día y este vaya generando mejoría.



6.6 TECNICAS AREA DE ELIMINACION DE LA SOBREPOTECCION

TECNICA N° 21

NOMBRE DE LA TECNICA: “Aprendamos a respetarlo, involucrarlo y cuidarlo”

OBJETIVOS: Reducir la sobreprotección que las familias ejercen sobre los pacientes, lo que agudiza en muchas ocasiones su estado depresivo o crea sentimientos inutilidad que a su vez genera culpa en el paciente

AREA A INTERVENIR: Eliminación de la sobreprotección y recuperación de la independencia del paciente

MATERIALES:

Humanos: Terapeuta, familia

TIEMPO DE APLICACION: En sesión terapéutica con la familia.

PROCEDIMIENTO: El terapeuta deberá presentar a la familia las charlas informativas de la enfermedad que padezca su familiar, explicándoles las generalidades de la misma así como su avance, tratamientos para alargar la esperanza de vida, y los cuidados médicos y alternativos que pueden realizar.

La charla tiene como finalidad en primer lugar eliminar la incertidumbre que rondan en las familias en estos casos, y que ellos tengan información más entendible de la enfermedad, con un lenguaje más comprensible que el utilizado por los médicos.

Como segundo fin que ellos puedan aprender cuales son los cuidados que como familia pueden darles pero sin llegar ha sobre protegerlos, el terapeuta debe hacerle énfasis a la familia de la importancia que ellos poseen en la dinámica del padecimiento de la enfermedad, pero como esa misma implicación sino tiene



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

límites puede ser contraproducente pues en su afán de cuidarlos les pueden hacer sentir inutilizados, el terapeuta debe recalcar que muy a pesar de que la enfermedad vaya afectando al paciente este aun sigue con vida y por lo tanto tiene derechos individuales a respetarle, así como la opinión del mismo.

La familia se convierte en el aliado principal del terapeuta, pero al mismo tiempo puede generar su mayor obstáculo, es por eso que la eliminación de la sobreprotección ayudara no solo al paciente sino también a la eficacia del tratamiento psicológico a aplicar.

EVALUACION: La evaluación será medida en la opinión del paciente en relación al cuidado de su familia.



TECNICA N° 22

NOMBRE DE LA TECNICA: “YO PUEDO”

OBJETIVOS: Motivar al paciente continuar siendo independiente a pesar de su padecimiento, ejerciendo el mismo límites a los que lo rodean en relación a su cuidado, siempre y cuando esta independencia se lo permitan sus fuerzas físicas.

AREA A INTERVENIR: Eliminación de la sobreprotección y recuperación de la independencia del paciente

MATERIALES: Humanos: Terapeuta, Paciente

TIEMPO DE APLICACION: En 1 sesión terapéutica se explicara y se le dará evaluación constante en próximas sesiones

PROCEDIMIENTO: El terapeuta realizara con el paciente una reflexión de todas aquellas actividades diarias que él/ella aun realiza en su enfermedad, así como aquellas que ha abandonado debido a las complicaciones de su enfermedad, se realizara un análisis racional de esta situación para eliminar así el sentimiento de inutilidad o frustración que ellos puedan estar enfrentando ante la pérdida de fuerzas físicas o capacidades.

Luego de este análisis detallado, racional y fundamentado en la enfermedad que se padece y las complicaciones del tratamiento, se implementara una frase asertiva con el paciente la cual deberá decirse a sí mismo y a los demás “yo puedo”, cada vez que deba realizar alguna actividad cotidiana, en la cual se sienta capaz de hacerla solo, y sus capacidades físicas se lo permitan, esto servirá al paciente a recuperar su independencia, mejorar su valía y a imponer límites a los que lo rodean en relación a los cuidados de sobreprotección que puedan estar realizando.



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

Esta frase asertiva creara en el paciente una modificación a sus esquemas cognitivos adquiridos a partir de su enfermedad y el debilitamiento de sus capacidades, el cual debe ir aceptando y adaptando y no así inutilizarse por completo, pues este sentimiento por lo general va acompañado de culpabilidad lo que a su vez genera daños en su valía personal, todo esto mejorara una vez el paciente haya tomado conciencia de la importancia de decir YO PUEDO, cada vez que se sienta y este consciente de ser capaz de realizar algo.

EVALUACION: En la medida que el paciente vaya realizando el ejercicio a lo largo del día y este vaya generando mejoría.



TECNICA N° 23

NOMBRE DE LA TECNICA: “Auto cuidado”

OBJETIVOS: Recordar al paciente su derecho individual de distracción que pueden ser llevadas adjuntas a su tratamiento tanto emocional como físico, a través de la realización de actividades que les resulten útiles y placenteras de acuerdo a sus intereses dedicándose a ellos mismo al menos un día de la semana en ellas.

AREA A INTERVENIR: Eliminación de la sobreprotección y recuperación de la independencia del paciente

MATERIALES:

Humanos: Terapeuta y paciente

TIEMPO DE APLICACION:

En una sesión terapéutica se explicara y se le dará evaluación constante en próximas sesiones

PROCEDIMIENTO:

El terapeuta deberá realizar una lista con el paciente de todas aquellas actividades que le guste realizar o siempre haya querido realizar en su vida, estas actividades deben tener como requisitos ser adaptadas a sus posibilidades de desarrollarlas, que no les impliquen sobre esfuerzo físico o riesgo superior a sus capacidades físicas y que sean única y exclusivamente desarrollables por placer y gusto es decir no necesariamente tiene que estar ligadas a su enfermedad o tratamiento.

Estas actividades pueden ser desde paseos esporádicos, masajes corporales, biblio terapia, musicoterapia, o variables alimenticias, todo esto con absoluta



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

responsabilidad propia, y bajo socialización previa con el médico o responsable de su tratamiento, en caso que existiera un riesgo a su estado de salud.

El terapeuta deberá hablar con la familia nuevamente para que se mantenga el respeto debido a dichas decisiones. Así como para que estén abiertos a la disposición de acompañarlo o participar cuando este así se los solicite.

EVALUACION: El estado de ánimo del paciente ante estas actividades será la medida de su efectividad.



6.7 TECNICAS AREA DE TEMOR

TECNICA N° 24

NOMBRE DE LA TECNICA: Visualización “rayo de luz”

OBJETIVOS: Bajar los niveles de temor y preocupación en el paciente.

AREA A INTERVENIR: Reducir los niveles de temor, pánico y eliminación de temores irracionales

MATERIALES:

Humanos: Terapeuta, paciente

TIEMPO DE APLICACION: En sesión terapéutica

PROCEDIMIENTO: El terapeuta aplicara esta técnica con el paciente previo a haber realizado un ejercicio de Respiroterapia, o respiración controlada, esto con el fin de calmar sus niveles ansiosos.

Luego de esto se le instruirá al paciente en la visualización “rayo de luz”(ver anexo 1), esta técnica permitirá al paciente entrar en un estado de tranquilidad y afrontamiento y externalización del temor, a través del descargo mental del mismo por medio de la visualización.

Esta técnica debe realizarse en la sesión terapéutica, pero el paciente puede realizarla también en casa no en si la técnica completa debido a que se necesita de un guía que vaya instruyendo, pero si puede reproducir la imagen de limpieza mental que esta técnica genera, y combinarse con música de relajación, cada vez que el paciente lo considere necesario.

EVALUACION: El terapeuta podrá medir la efectividad de la técnica en la medida que el paciente logre externalizar su temor, y se relaje con la visualización.



TECNICA N° 25

NOMBRE DE LA TECNICA: Plasmando mi temor

OBJETIVOS: Permitir al paciente externalizar su temor de forma artística dando la libertad de expresarlo de acuerdo a lo que su nivel de miedo y deseo por descargar se lo pidan.

AREA A INTERVENIR: Reducir los niveles de temor, pánico y eliminación de temores irracionales

MATERIALES: Hojas en blanco, pinturas de agua, colores, plumones

Humanos: Terapeuta, paciente

TIEMPO DE APLICACION: En sesión terapéutica

PROCEDIMIENTO: El terapeuta iniciara esta técnica realizando un ejercicio de relajación mental y una corta visualización se le pedirá al paciente que traiga a su mente todo el temor que siente y le dé una forma y un nombre esto con el fin de realizar una interpretación cognitiva de lo que significa este temor a raíz de la enfermedad en su vida.

Luego de esto se le indicara que es hora de representar gráficamente ese temor visualizado, para ello el terapeuta deberá contar con todos los materiales que sean necesarios, y dar al paciente la libertad de escoger los colores y tomarse el tiempo que necesite para realizarlo.

Una vez finalizado se le pedirá que explique su dibujo, y el porqué eligió esa figura, así se podrá tener un panorama de cuan significativa es todo el temor que posee y cuál es el principal temor que le aqueja.



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

Al finalizar la socialización el terapeuta lanzara la opción al paciente de destruir el dibujo si así lo desea para dejar ir también su miedo con el, si no es ese su deseo puede llevárselo pero viéndolo como una representación de lo que siente en su interior, y que es uno de los tantos obstáculos a los que se enfrenta en la asimilación del tratamiento, y en su ánimo que nunca debe decaer muy a pesar de las condiciones que se vivan.

EVALUACION: El terapeuta podrá medir la efectividad de la técnica en la medida que el paciente logre externalizar su temor y brinde un significado profundo al mismo.



TECNICA N° 26

NOMBRE DE LA TECNICA: Mi lugar seguro

OBJETIVOS: Ofrecer al paciente una alternativa de alivio al temor que le produce el tratamiento a su enfermedad.

AREA A INTERVENIR: Reducir los niveles de temor, pánico y eliminación de temores irracionales

MATERIALES:

Humanos: Terapeuta, paciente

TIEMPO DE APLICACION: En sesión terapéutica

PROCEDIMIENTO: EL terapeuta realizara con el paciente la visualización mi lugar seguro (ver anexo 2), una vez realizada la técnica no se le debe preguntar cuál es ese lugar escogido y vivido a través de la técnica, únicamente se le reforzara que ese es su lugar, en donde nada puede dañarlo, donde el dolor no puede alcanzarlo, no hay problemas ni sufrimiento.

Se le indicara al paciente que a este lugar seguro puede accesar cada vez que se sienta mal que el temor lo ataque y lo domine, también cuando vaya a enfrentarse por ejemplo a la quimioterapia, los efectos secundarios de las pastillas para el VIH lo dañen, dependiendo cual sea la enfermedad que padezca y los momentos que le generen mayor temor.

Esta técnica puede llegar a convertirse de gran utilidad para el paciente pues baja los niveles de temor, e incluso de dolor, al alejar la mente del momento de dolor físico.

EVALUACION: Será el paciente el que mida su efectividad de acuerdo a la utilización frecuente o necesaria de la técnica.



TECNICA N° 27

NOMBRE DE LA TECNICA: Visualización reservada

OBJETIVOS: Enfrentar al paciente a sus máximos temores con el objetivo de que aprenda a dominar sus niveles de miedo, y que se desensibilice ante ellos.

AREA A INTERVENIR: Reducir los niveles de temor, pánico y eliminación de temores irracionales

MATERIALES: Humanos: Terapeuta, paciente

TIEMPO DE APLICACION: En sesión terapéutica

PROCEDIMIENTO: La técnica consiste en que el paciente encuentre un momento y un lugar donde no será molestado, y pueda pensar en esas situaciones que temen más. Una vez visualizado el terapeuta instruye al paciente para que concentre en el todos sus sentidos.

El terapeuta dirigirá esta visualización con las siguientes preguntas ¿Qué ves? ¿Qué sonidos, ruidos, voces, músicas se logran sentir? ¿Hay olores particulares? ¿Cómo es la temperatura en el ambiente? Como te sientes? ¿Cuales emociones y sensaciones pruebas?

El secreto para obtener el mejor resultado en esta técnica son los detalles. El paciente debe centrarse en los detalles hasta ser completamente capturado de la fantasía creada. Y poco a poco que experimente las sensaciones del miedo, que se limite a observarlo, a conocerlo.

Por ejemplo, al inicio podría imaginar un lugar que conoce y que tienes un poco de temor en recorrer solo en ciertas circunstancias. Entonces que imagine todas las condiciones peores y viva en primera persona la experiencia mental más clara que logre obtener. En el primer nivel, debe limitarse a solo analizar las reacciones



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

internas. Con el pasar del tiempo y práctica de esta técnica, puede visualizar cómo reacciona positivamente a las situaciones de temor

EVALUACION: Será el paciente el que mida su efectividad de acuerdo a la utilización frecuente o necesaria de la técnica.



6.8 TECNICAS OPCIONALES

TECNICA N° 28

NOMBRE DE LA TECNICA:“El ultimo día de mi vida”

OBJETIVOS: Permitir al paciente tener una visión previa de lo que desearía hacer antes de morir, estableciendo así una lista de prioridades que pueden servirle como una guía diaria motivacional.

AREA A INTERVENIR: Establecimiento de prioridades a realizar, solidificación de los lazos familiares,

MATERIALES:

Humanos: terapeuta, paciente

TIEMPO DE APLICACION: En sesión terapéutica

PROCEDIMIENTO: Estas técnicas opcionales únicamente se podrían aplicar dependiendo del nivel de sensibilidad que el paciente posea ante la muerte, ya que si este tema muy a pesar que saben que algún día llegará, daña gravemente sus emociones , y aun no es asimilado tanto por él como por la familia no podrá ser tomado en consideración por el terapeuta.

Podrá realizarse siempre y cuando la persona durante las sesiones previas y en el diagnostico de daño realizado, haya presentado muestras actitudinales o verbales de la aceptación de la muerte, en este caso el terapeuta realizara junto a él una lista de todas aquellas cosas que quisiera realizar en con sus seres queridos ya sea familia o amigos, como pedir alguna disculpa, dedicar un día especial a alguno de ellos, buscar a un amigo que casi no ve, etc. Si ese fuera el ultimo dia de su vida.



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

Esta lista el deberá ir realizando cada una de las actividades enumeradas de acuerdo a la prioridad que el mismo le dé, el tiempo de realización de cada una el puede decidirlo, pero teniendo siempre en mente que ese podría ser el ultimo día, y debe de disfrutarlo al máximo, y vivirlo intensamente, con esto el paciente contara con un incentivo extra de mantener a pesar de los embates de la enfermedad un positivismo y fuerza de lucha, así como un acercamiento a la idea de lo que dejara en el corazón de sus familiares el día que la muerte llegue.

EVALUACION: Dependerá del grado de motivación y de aceptación del hecho de la muerte por parte del paciente.



TECNICA N° 29

NOMBRE DE LA TECNICA: Visualización “el día de mi funeral” y técnica de descargo y sensibilización “carta de despedida”

OBJETIVOS: Sensibilizar a la familia ante la situación emocional de su familiar, permitiendo así un mejor nivel de comprensión, apoyo y convivencia de ellos hacia él/ella.

AREA A INTERVENIR: Sensibilización de la familia ante la emocionalidad, actitudes y acciones del paciente, solidificación de los lazos familiares.

MATERIALES: Humanos: Terapeuta, familia.

TIEMPO DE APLICACION: En sesiones terapéuticas individuales y únicamente con la familia del paciente

PROCEDIMIENTO: Esta técnica tiene como objetivo principal lograr una mayor sensibilización de la familia ante la situación emocional que su familiar vive, debido al ascho de la muerte ante su diagnóstico, es de recalcar que esta técnica es opcional al igual que la anterior porque su aplicación dependerá de la aceptación de la familia del tema de la muerte, y puede ser aplicado en mayor medida en aquellos círculos familiares en donde hay miembros que no alcanzan a comprender las diversas reacciones y actitudes de los pacientes, así como sus variaciones emocionales, produciéndose conflictos a nivel interno ante estas situaciones. O en casos donde la indiferencia haya sido tomada como la actitud de escape emocional de la situación de dolor de su familiar, pero esta genere daño mayor en el paciente.

El terapeuta iniciara este técnica pidiéndole a ese miembro de la familia, mucha seriedad, y concentración en el ejercicio que van a realizar, debido al impacto



emocional que puede generar, y dándole la libertad de abandonarlo si siente una emoción demasiado fuerte.

Se realizara un ejercicio de Respiroterapia para conseguir la relajación necesaria, luego se aplicara la técnica de visualización “el día de mi funeral” (ver anexo 3), luego de realizar la técnica y una vez observada la reacción emocional del familiar, se le solicitara que realice una carta de despedida hacia sus familiares en la cual les diga a todos y cada uno que quiere que recuerden de él/ella, así como que se lleva de cada uno, se le dará el tiempo que sea necesario.

Al finalizar ambas técnicas se realizara una reflexión del tema y se hará una comparación del ejercicio con la realidad que su familiar vive ante ese final que sabe que llegara en determinado momento, señalando que debido a esa situación es que se merece mucha comprensión y apoyo para poder sobrellevarlo y no recriminaciones o enojos, pues esto empeora su estado emocional.

EVALUACION

¿Cómo te sentiste viéndote en el ataúd?

¿Crees que estás listo para morir?

¿Consideras ahora que la situación emocional de tu familiar es complicada?



TECNICA N° 30

NOMBRE DE LA TECNICA:“Evaluándonos como familia”

OBJETIVOS: Propiciar una charla evaluativa familiar, sobre lo que esperan unos de otros y lo que el paciente espera de ellos, ante su futuro y complicaciones, así como de cómo se siente cada uno ante el proceso psicoterapéutico.

AREA A INTERVENIR: Convivencia familiar, expectativas a futuro , progresos logrados en el plan psicoterapéutico desarrollado

MATERIALES:

Humanos: Terapeuta, paciente y familia

TIEMPO DE APLICACION: En sesión terapéutica familiar

PROCEDIMIENTO: Se realizara una reunión familiar , de preferencia en casa del paciente para mayor comodidad, o en el lugar que este disponga, el objetivo principal de esta técnica es que la familia completa pueda realizar una análisis racional de la situación que viven a partir del diagnostico y las complicaciones de físicas del paciente, así como de lo que el paciente espera de cada uno de ellos y cualquier observación que como familia quieran hacerle al paciente. Algo que no debe nunca olvidar el terapeuta es que su función siempre debe ser aliarse con el paciente para brindarle el poder necesario y el protagonismo en la discusión familiar.

Esta técnica únicamente puede ser aplicada si el terapeuta evalúa el ambiente familiar como flexible , abierto a la critica entre ellos mismos, y que exista un entendimiento más racional de lo que el enfermo necesita y de lo que la familia también necesita ver en él para continuar siendo su apoyo positivo.

En esta técnica el terapeuta únicamente desempeña el papel de moderador, pues no debe meterse en ella pues es una discusión que solo concierne a la familia



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

misma, pero desarrollada siempre en un ambiente controlado como lo es la terapia de familia.

EVALUACION: El terapeuta podrá medir la efectividad de la técnica en el nivel de profundidad e implicación que tengan tanto el paciente como la familia, y de la racionalidad de cada señalamiento, en relación a la convivencia, y a la terapia.



Plan psicoterapéutico para los practicantes del área clínica en el manejo e intervención de pacientes con enfermedades terminales

Anexos



ANEXO 1

RAYO DE LUZ

- Se ubica al paciente cómodamente , sentado en postura de cochero, manos sobre las piernas erguidas sin objetos apretados, respira suave y profundamente hasta el nivel del abdomen
- Ubica tu cuerpo y tu mente en un momento de tensión, molestia, miedo, presión. Hecho o suceso estresante.
- A ese hecho dale forma, tamaño, color, textura, sonido y temperatura
- Escoge el color que asocies con tu sanación o curación
- Observa con calma que ese color entra en la parte superior de tu cabeza rodeándola y se dirige a esa forma, permeándola y transformándola
- Observa con calma ese rayo de luz que llega e invade todo el cuerpo
- Mira como baja por todo tu cuerpo pasando por tu cuello, brazos, tronco, cintura, piernas hasta llegar a tus pies observa ese rayo de luz como ha cambiado de color ahora ya no es del color que inicio esta negro y sucio
- Mira como sale por tus pies, por tus dedos, y se va negro porque con el se ha llevado todo tu dolor, todo tu sufrimiento, todo tu miedo, nervios, y la soledad que sientes.
- Ahora respira profundamente 3 veces de nuevo a la cuenta de 3, abre tus ojos lentamente.



ANEXO 2

MI LUGAR SEGURO

Para esta técnica se puede acompañar de música de fondo de sonidos ambientales.

- Se le pide al paciente que se siente lo más cómodo posible, o si existe la posibilidad de que se acueste es aun mejor.
- Ya en esa posición debe cerrar sus ojos y respirar profundo 5 veces.
- Y el terapeuta indica: “inicia un viaje hacia un lugar que te resulte agradable puede ser una montaña, el mar , un rio, o cualquier lugar que te haga sentir tranquilo y seguro, vas caminando hacia ese lugar , imagina un camino agradable hacia ese lugar.
- Ahora ya en ese lugar busca el lugar más bello , más apacible donde puedas descansar, el lugar más fresco, desde puedas apreciar mejor el paisaje.
- Dependiendo del lugar donde te encuentres si es en la montaña escucha el sonido del viento, siente la frescura del aire, escucha el cantar de los pájaros.
- Si estas en la playa, siente como la brisa trae a ti gotitas de agua que chocan en tu rostro, escucha las olas, siente la suavidad de la arena, observa muy bien el cielo, y guarda esa imagen.
- En este lugar es donde estas seguro, donde nada puede dañarte, donde solo estás tú y tus pensamientos siendo libre como siempre has querido, acá no hay dolor, todo es paz y tranquilidad plena.
- Reflexiona en todo lo que eres en tu vida, de todo lo bueno que como persona has realizado y hecho por ti y los demás. Siente tu felicidad en este lugar y las sensaciones que estás viviendo allí.
- Bien mira por última vez ese paisaje y grábate en la mente todo lo que ves, levántate y regresa al camino que te llevo hasta ahí, es hora de regresar. Ahora respira profundo 5 veces nuevamente y abre tus ojos. Y recuerda que puedes volver cuando tú lo quieras cuando necesites sentirte en paz.



ANEXO 3

EL DIA DE MI FUNERAL

- La visualización debe ser lo más real posible a un funeral por lo tanto es preferible que se realice en estando la persona acostada.
- Se puede utilizar música que propicie la situación de tristeza, velas, incienso, etc.
- Se le pedirá al participante que se concentre e intente vivir la situación de la forma más profunda posible, una vez realizado un ejercicio corto de respiración que propicie la visualización está listo para iniciar.
- Vas a seguir con tu mente el relato que voy a comenzar a dictarte ahora sin abrir los ojos realmente ábrelos en tu imaginación, estas acostado, en medio de una suave tela blanca, parece que fuera una cama muy estrecha como una cuna pues no puedes moverte, justo cuando estas intentando mover tus brazos, ves a un miembro de tu familia(se puede mencionar a la persona más cercana de acuerdo al rol y a la posición que este tenga en la familia)le hablas le dices que te ayude a salir de ahí pero parece no escucharte, lo ves que está llorando cuando te mira, y le preguntas ¿Qué te pasa?, pero tampoco te escucha, la incomodidad de esa cama te está dando mucho dolor en tu cuerpo, y una vez más intentas salirte de ahí, pero te estas dando cuenta que no estás en una cama, estas en un ataúd, un momento que está pasando acá??? Te preguntas, ¿Por qué me han metido en este ataúd, es una broma de mal gusto? Lo último que puedes recordar es que te dormiste profundamente y ahora que despiertas estas ahí.
- Intentas con todas tus fuerzas salir de ahí pero no puedes, pareciera que tu cuerpo no responde, pues no se mueve, al verte inmóvil gritas con todas tus fuerzas que alguien te saque de ahí, pero nadie te escucha, debe ser por el vidrio que acabas de notar que está justo sobre tu cabeza, cuando te estás cansando de gritar sientes que tu ataúd se está moviendo y piensas que deben estar abriéndolo para recibirte con muchas risas y decirte que todo fue una broma, pero se están tardando mucho en abrirlo y tu ya no aguantas mas en ese lugar, el movimiento se detiene y crees que ya saldrás de ahí, efectivamente abren tu ataúd, y ves los rostros de llanto de



todos tus seres queridos, les dices que estas bien, que dejen de llorar , pero no te escuchan, ellos te abrazan y lloran mas y tu intentas abrazarlos a ellos pero no puedes, todos te dicen frases de despedida y tus has comenzado a llorar también, debido a que nadie te escucha , nadie te ayuda a salir de ahí y al ver a y escuchar a tus familiares despedirse de ti, en ese momento el ataúd se cierra, y solo ves oscuridad, te das cuenta que esto no es una broma y realmente estas muerto, que ellos no están actuando y que no sabes cómo pero estas muerto ya, siente como el aire sientes que empieza a cortarse y como la oscuridad llena todo ese frio ataúd, te has ido , y no tuviste la oportunidad de decirles a los tuyos cuanto los amabas, el fin llego y tu no estabas preparado, y ahora solo hay oscuridad a tu alrededor.

- El terapeuta guardara silencio por un momento permitiendo con esto que la persona se centre en su emociones y sensaciones en ese momento, luego le pedirá que vuelva a respirar y ahí