



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Aspectos psicológicos de los  
cuidados de enfermería en el  
paciente terminal**

Autor/a: Ana Gómez Santiago

Tutor/a: José Luis Viaña Caballero

## **Resumen:**

“La muerte es un fenómeno natural, universal y único. Natural en el sentido de que, si no intervienen causas antinaturales, se produce como consecuencia de accidentes, enfermedades y/o envejecimiento ocasionados en la relación con el medio ambiente o con procesos de desgaste fisiológico. Es universal, porque mediando una u otra circunstancia, todos los hombres han muerto y morirán. Es único porque el propio concepto de muerte entraña la irreversibilidad y a cada persona le acontece una sola vez”<sup>1</sup>.

En el ámbito hospitalario, los profesionales de la salud constituyen una pieza clave del entorno del paciente terminal y su familia, por tal razón, forman parte del proceso del duelo y como tal, su rol debe ser afectivo y respetuoso, abordando las necesidades de la persona de un modo integral<sup>1</sup>.

El objetivo de este trabajo es evidenciar los aspectos psicológicos característicos del paciente terminal. Desarrollando a su vez un plan de cuidados basado en diagnósticos enfermeros utilizando la taxonomía NANDA, NIC y NOC, estableciendo intervenciones, de tal forma que pueda servir como guía para los profesionales de enfermería, mejorando con ello la calidad de los cuidados, y la vida de estos pacientes y sus familias; ya que en ocasiones, por el ritmo de trabajo y por el número de pacientes existentes en muchos servicios hospitalarios, los aspectos psicológicos del paciente quedan relegados a un segundo plano.

Palabras Clave: paciente terminal, plan de cuidados de Enfermería, aspectos psicológicos, calidad de los cuidados.

## **Abstract:**

“Death” is a natural, universal and unique phenomenon. It is natural because, unless it is caused by external reasons, death occurs as a consequence of accidents, illness and/or ageing. These can be caused due to the relationship between humans and environment or physiological wear-off processes. It is universal because however it happens, every human being has died or will die. And it is unique because the concept of “death” itself involves finality and it only happens once in a lifetime.

In the hospital field, health professionals are a key factor in the environment of patients in their terminal phase, and their families. So they are part of the grieving process and thus, their role must be affective and respectful with any of the person needs.

The goal of this work is to convey the psychological aspects of the patients in their terminal phase, developing a patient care plan based on nursing diagnosis which use taxonomy NANDA, NIC and NOC.

Also, planning interventions so that it may serve as a guide for the health professionals in order to improve the quality of their care and consequently, the life of these patients and their families. Sadly nowadays, due to the hectic pace of modern life as well as the high number of patients in many hospital services, the psychological aspects of the patients are pushed into the background or sometimes even neglected.

Key words: Patients in their terminal phase, Patient care plan, Psychological aspects, Quality of the care.

## **Índice**

1. Introducción/Justificación: .....	4
2. Objetivos: .....	7
2.1. General: .....	7
2.2. Específicos:.....	7
3. Metodología:.....	7
4. Desarrollo del tema: .....	8
4.1. Necesidades percibidas en el paciente terminal. ....	14
4.2. Necesidades percibidas en la familia del paciente terminal. ....	18
5. Discusión.....	21
6. Conclusiones:.....	21
7. Referencias Bibliográficas: .....	22
8. Anexos: .....	25
Anexo I: Escala de Autoevaluación de la depresión de Zung (1967). ....	25
Anexo II: Figura I. Diagrama de Gantt (Tabla de elaboración propia) .....	26

## **1. Introducción/Justificación:**

“La muerte, así como el proceso de morir, es individual y subjetivo, por lo que no puede ser vivido por dos individuos de la misma manera, al igual que es concebido por las diferentes culturas de un modo diverso”.

Ha sido siempre, y es, para el hombre, un tema de profundas reflexiones y meditaciones, tanto desde la perspectiva filosófica y religiosa a, la más actual, la científica. Sin embargo en las sociedades industriales avanzadas cada vez es más difícil el convivir o el aceptar la mera idea de la muerte<sup>2</sup>. A pesar de que es parte del ciclo vital de los seres humanos, y por lo tanto, inevitable.

Existen diversas definiciones de enfermo terminal, Para la Dra. Cicely Saunders (fundadora de los cuidados paliativos), constituye “aquél que se enfrenta a una muerte inexorable en breve plazo<sup>3</sup>”.

Por otra parte, Para Gil y cols. (1988), la fase terminal, mejor enunciado como síndrome terminal de enfermedad, se define como “el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo, presentándose comúnmente como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles<sup>3</sup>”.

Es necesario conocer unos criterios a seguir para determinar si un paciente, se encuentra o no en situación terminal, para ello, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) establece una serie de características que coinciden en todos los enfermos, las cuales son expuestas a continuación:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses<sup>4</sup>.

Por otra parte, en los países occidentales, debido al envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida, están aumentando el número de pacientes pluripatológicos, portadores de enfermedades crónicas y degenerativas, que acaban desembocando en una situación terminal.

La más frecuente es el cáncer, según los últimos datos registrados en 2012, la incidencia se situaba en 215.534 diagnósticos nuevos al año, frente a los 246.713 casos nuevos que se estima para el año 2020, lo que supone un incremento de un 12,6% (31.179 casos nuevos) en menos de una década<sup>5</sup>.

Seguida de las enfermedades de causa no oncológica, como son las degenerativas del sistema nervioso central, la cirrosis hepática, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y la arterioesclerosis (HTA, miocardiopatía, diabetes)<sup>3</sup>.

Los pacientes en estado terminal serán susceptibles de recibir cuidados paliativos, los cuales fueron definidos por el subcomité Europeo de Cuidados Paliativos en 1991 como: "Tipo de cuidados que promueven una asistencia total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es dar calidad de vida al paciente y a su familia sin intentar modificar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso de duelo"<sup>6</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo.

- Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.

- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo.
- Utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- Pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor complicaciones clínicas angustiosas<sup>7</sup>.

Según Cicely Saunders en un momento de agotamiento terapéutico como en el que nos encontramos en la enfermedad en fase terminal, donde el deterioro que va a sufrir el enfermo es cada vez mayor y por lo tanto, muy impactante para la familia y el equipo que le trata, nuestro objetivo debe cambiar y debe ser sustituido por el cuidado como único objetivo. Ese cuidado debe virar hacia proporcionar confort al enfermo y a la familia<sup>8</sup>.

La Estrategia en Cuidados Paliativos en España, se encuentra incluida en el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, cuyo objetivo fundamental es establecer compromisos por parte de las Comunidades Autónomas para contribuir a la homogeneidad y mejora de los Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud<sup>9</sup>.

Por lo tanto, ante una situación irreversible, en la que buscamos proporcionar la mejor calidad de vida posible al paciente, y siendo todo el equipo terapéutico, pero más en especial enfermería, los encargados de ello, tenemos el deber de desarrollar un proyecto de mejora en el manejo de los cuidados psicológicos y psicosociales en la última etapa de la vida, así como el crecimiento en la utilización de cuidados paliativos ajustados a las necesidades de los pacientes y familiares. Manteniendo una visión holística e integral del paciente, basándonos en los beneficios de una buena comunicación terapéutica, para

apoyarlos emocionalmente, ayudarles a afrontar el sufrimiento y acompañarles hacia una muerte digna.

## **2. Objetivos:**

### **2.1. General:**

- Proporcionar a los profesionales de enfermería una herramienta para abordar, y con ello mejorar, la atención y los cuidados al paciente en situación terminal y a su familia.

### **2.2. Específicos:**

- Proponer un diagnóstico de enfermería a incluir en un plan de cuidados, una vez detectada la fase depresiva por la que está atravesando el paciente, para evitar el riesgo de suicidio.
- Sugerir un diagnóstico de enfermería, enfocado a la familia, una vez que éste ha fallecido.

## **3. Metodología:**

El presente trabajo de fin de grado, constituye un trabajo de revisión bibliográfica y formulación de diagnósticos de enfermería a incluir en un plan de cuidados. Por lo que las actividades encaminadas a su realización se basan en la búsqueda de fuentes de información con evidencia científica que den respuesta a los objetivos establecidos desde el comienzo.

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en primer lugar, a través de la lectura de estudios y publicaciones de artículos y trabajos encontrados en la base de datos científica Google Académico y Scielo, utilizando palabras clave como “enfermedad terminal”, “aspectos psicológicos”, “plan de cuidados enfermeros” y “PAE”.

Se ha restringido la búsqueda a publicaciones de los últimos 5 años preferentemente (2011-2016), y recogiendo a su vez, artículos más antiguos, que destacan y han de ser referenciados por su especial trascendencia en este ámbito. Referenciando todo a su vez la bibliografía según la normativa Vancouver.

En segundo lugar, a través de búsqueda manual en la biblioteca de la Facultad de Enfermería de Valladolid. Y por último utilizando mi experiencia personal en la unidad de reanimación cardioquirúrgica del hospital G.M.Lancisi de Ancona (Italia) durante mi periodo de prácticas Erasmus.

Debido a la, cada vez mayor aplicabilidad, de los planes de cuidados en la práctica profesional sanitaria, propongo en este trabajo dos de las necesidades, que considero entrañan mayor importancia para la atención de los aspectos psicológicos del paciente terminal y su familia, que puedan ser incluidas en el plan de cuidados de enfermería de cualquier unidad, en especial las de tipo oncológico.

Mediante un Diagrama de Gantt (Anexo II. Figura 1), muestro la distribución de las actividades encaminadas a la realización del presente trabajo de fin de grado.

#### **4. Desarrollo del tema:**

Debido al impacto a nivel psicológico que supone la enfermedad terminal, tanto en el propio paciente como en los que le rodean, para el personal de enfermería constituye un reto desarrollar actuaciones dirigidas a tratar los aspectos psicológicos de ambos.

##### **Fases de adaptación en el paciente terminal:**

Es importante comprender el proceso que sufre el paciente ante la visión del final de su vida y la imposibilidad de realizar cualquier plan de futuro, para desarrollar de una forma global cuidados, que puedan ser aplicados y útiles para los profesionales de enfermería.

Para abordar esta situación es fundamental conocer las fases que atraviesa el enfermo terminal.

Según la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross existen cinco etapas o reacciones emocionales, que permiten al paciente protegerse de la amenaza, ante un diagnóstico de enfermedad terminal: negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación. La autora observó que estas fases duraban diferentes periodos de tiempo; y se sucedían unas a otras o que en ocasiones se solapaban.

1. *La negación*: Imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real que se padezca la enfermedad, por lo que el diagnóstico recibido se atribuye a errores médicos o algún tipo de equivocación.
2. *La ira*: Es definida como una reacción emocional de rabia, envidia, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud y es dirigida hacia todo el entorno que se percibe como sano o responsable de la enfermedad, ya sea personal sanitario, familiares, amistades, incluso hacia Dios. También incluye la ira u hostilidad dirigida hacia sí mismo al culparse de haberse provocado la enfermedad, pudiéndose incurrir en conductas de riesgo autodestructivas.
3. *El pacto/ negociación*: Es una forma de afrontar la culpa y se entabla, de forma imaginaria o real, con aquéllos hacia las cuales dirigió la ira. Ahora no se perciben como culpables, sino comprometidos con la recuperación del paciente, por lo que éste les hace promesas para alcanzar metas terapéuticas, de supervivencia o desarrollo personal. Se abandona cualquier conducta autodestructiva y empieza a comprometerse con la recuperación.
4. *La depresión*: Son sentimientos de un profundo vacío y dolor ante la situación que el paciente vive, adoptándose una actitud de claudicación ante la enfermedad. En esta fase puede abandonar el tratamiento y dejar de acudir a las citas médicas.
5. *La aceptación*: Se define como el reconocimiento de la enfermedad y situación de dolor y limitaciones que conlleva, sin buscar culpables, ni adoptar una posición de derrota, sino asumir una actitud responsable de lucha y supervivencia. A esta fase se alcanza tras realizar un balance de

la pérdida y dar nuevos significados a la situación que se vive. Kübler-Ross señalaba que la fase de aceptación no debía confundirse con una resignación ante la enfermedad o alcanzar un estado de felicidad <sup>10</sup>.

Dentro de estas etapas, voy a centrarme en *la depresión*, entendiendo por tal la fase en la que el paciente desahuciado no puede seguir negando su enfermedad, su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidas por una gran sensación de pérdida. Esta, se considera un instrumento para prepararse a la pérdida inminente, entonces los ánimos y las seguridades no tienen tanto sentido para facilitar el estado de aceptación. Y si se les permite expresar su dolor, el paciente encontrará mucho más fácil la aceptación final.

En este dolor no se necesitan palabras o se necesitan muy pocas. Es mucho más un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando una mano, acariciando el cabello, o sencillamente, sentándose en la cama en silencio <sup>11</sup>, es decir, a través de una intensa comunicación no verbal.

Para abordar esta dolorosa fase, debemos centrarnos en el establecimiento de una estrecha relación terapéutica, teniendo siempre en cuenta que en la relación con el paciente terminal cualquier forma de expresión (silencios, gestos, palabras) adquiere matices y significados distintos a los que tendría en un contexto normal, generando ansiedad o tranquilidad tanto para el paciente como para el personal sanitario <sup>12</sup>.

Además de una minuciosa observación, básica para detectar las necesidades del paciente, se hace imprescindible en ocasiones conocer el nivel de depresión que presentan, a través de ciertas escalas de evaluación conductual, una de las más completas es la de W.K.Zung (Anexo I).

Una vez se haya realizado la escala al paciente, dependiendo de los resultados obtenidos según los criterios de validación según Zung, podremos concluir en qué nivel se encuentra el paciente, para así enfocar nuestras intervenciones.

Hemos de saber, que la depresión ensombrece el pronóstico de cualquier enfermedad grave y como es sabido en población general es un factor de riesgo para suicidio <sup>13</sup>.

Por ello y en respuesta al primer objetivo específico me voy a centrar en el riesgo de suicidio provocado por un alto nivel depresivo, y en la realización de un plan de cuidados para abordarlo aplicando el Proceso de Atención Enfermera (PAE).

También es importante dirigir la atención de los profesionales a la familia del paciente. Para ello, será necesario centrarse en el duelo por el que atraviesan y en las diferentes etapas de este para su abordaje.

El duelo según Alba Payás es “La respuesta natural a la pérdida de cualquier persona, cosa o valor con la que se ha construido un vínculo afectivo, y como tal, se trata de un proceso natural y humano y no de una enfermedad que haya que evitar o de la que haya que curarse. La expresión del duelo incluye reacciones, que muy a menudo se parece a aquellas que acompañan a trastornos físicos, mentales o emocionales” <sup>14</sup>.

O como es definido por La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en su reciente guía para familiares en duelo, podríamos definir duelo como como “el proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto por la muerte de un ser querido, caracterizado por la aparición de pensamientos, emociones y comportamientos causados por esa pérdida” <sup>15</sup>.

Muchos han sido los autores que han intentado describir las etapas por las que pasan los familiares de las personas fallecidas, estableciendo multitud de clasificaciones, en este trabajo me centraré en una de ellas, la descrita en el Tratado de Psiquiatría de Kaplan, según la cual se establecen tres fases:

1. *Fase de shock y negación*: predomina la negación y el aturdimiento. Se producen intensos sentimientos de separación y una amplia variedad de comportamientos (añoranza, protesta, labilidad...).
2. *Fase de angustia aguda y aislamiento*: comienza cuando el doliente constata la futilidad de los sentimientos y comportamientos anteriores.

Denominada por Engel como penetración en el campo de la conciencia de la pérdida.

Erich Lindemann (experto en psiquiatría social) describe seis componentes dentro de esta fase:

- Sufrimiento somático agudo, es decir, sensación objetiva de sufrimiento corporal, manifestado como disfagia, ahogo, sensación de plenitud, debilidad, cefalea, flacidez...
- Pensamientos recurrentes relacionados con la persona fallecida.
- Sentimientos de culpa.
- Angustia y enfado dirigidos contra ellos mismos, la persona fallecida, familiares, amigos, conocidos, médicos, contra el mundo y en el caso de profesar alguna creencia contra Dios.
- Dificultad para conciliar descanso, inquietud, falta de motivación acompañan al abandono de sus comportamientos y rutinas habituales.
- Identificación con el fallecido, adopción de sus comportamientos y actitudes. Esta fase aguda puede durar semanas o meses dando paso de manera gradual a un reordenamiento o mejora y a la posibilidad de seguir adelante.

3. *Fase de reorganización*: la persona asume el verdadero significado de la pérdida y su extensión, marcando el comienzo de esta nueva etapa en la que recupera su vida anterior, vuelve al trabajo, asume sus roles anteriores y adquiere nuevos si es necesario<sup>15</sup>.

Visto desde un enfoque más descriptivo, y más fácilmente asimilable, podemos definir las manifestaciones del duelo normal definidas por *William Worden* como las siguientes:

- Sentimientos: angustia, tristeza, enfado, culpa, bloqueo, ansiedad, fatiga, insensibilidad, confusión ...
- Cogniciones: incredulidad, confusión, alucinaciones breves y fugaces, sentido de presencia, distorsiones cognitivas, incredulidad...
- Sensaciones físicas: opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de aire, debilidad muscular, falta de

energía, sequedad de boca, vacío en el estómago, sensación de despersonalización...

- Conductas: soñar con el fallecido, evitar recordatorios del fallecido, suspirar, llorar, atesorar objetos que pertenecían a la persona fallecida, buscar y llamar...<sup>16</sup>

W.Worden, en su libro *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (1997), remitiéndose a G.Engel señala “la pérdida de un ser amado es psicológicamente tan traumática como herirse o quemarse gravemente en un plano fisiológico. El duelo representa una desviación en el estado de salud y bienestar, e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo es necesario un periodo de tiempo para que la persona vuelva a un estado de equilibrio similar. Por esta razón, Engel ve el proceso de duelo similar al proceso de curación”<sup>17</sup>.

Por ello y en correspondencia al segundo objetivo específico de este trabajo, elaboraré un plan de cuidados destinado a que los profesionales de enfermería sepan ayudar a los familiares de los pacientes terminales a atravesar todas estas etapas de las que hemos hablado, basándonos en la función beneficiosa del apoyo social para que el duelo por la pérdida de seres queridos no se torne en duelo “patológico”<sup>16</sup>.

#### Proceso de atención enfermera.

El proceso enfermero es un marco organizado para la práctica de la enfermería profesional, basado en los pasos utilizados en el razonamiento científico. Los cinco pasos clave del proceso enfermero incluyen:

- *Paso I:* Hacer una valoración enfermera.
- *Paso II:* Enunciar diagnósticos de enfermería.
- *Paso III:* Planificar, formular y escribir una relación de objetivos/resultados y determinar las intervenciones enfermeras adecuadas.
- *Paso IV:* Implementar los cuidados o ejecución.
- *Paso V:* Evaluación de los cuidados de enfermería que se han llevado a cabo.

La valoración es el primer paso para realizar un diagnóstico enfermero adecuado. Existen diferentes formas de llevarla a cabo, incluyendo los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, las Necesidades de Salud de Virginia Henderson. La recopilación de datos se obtiene mediante una historia médica y sanitaria completa, a través de la cual se podrán detectar los problemas y necesidades del paciente, y en segundo lugar a través de la estricta observación y la formación de una estrecha relación terapéutica, que nos permita conocer no solo el estado, sino los sentimientos y preocupaciones del paciente.

Tras la valoración de los pacientes terminales y sus familias, se llevará a cabo la formulación de un diagnóstico enfermero, con factores relacionados y características definitorias, a partir de lo cual, se podrán establecer unos objetivos y unas intervenciones para conseguirlos, entendiendo estas últimas, como mapas de ruta de las mejores maneras para proporcionar cuidados enfermeros, todo ello a través de las taxonomías internacionales NANDA, NIC Y NOC <sup>18</sup>.

#### Diagnósticos de enfermería, resultados esperados y actividades enfermeras:

##### 4.1. Necesidades percibidas en el paciente terminal.

Hemos de saber, que en una situación tan comprometida como es una enfermedad que pone fin a tu vida, muchos serán los patrones, tanto a nivel físico como psicológico, que se encuentren alterados.

Centrándome en el enfoque psicológico, y más concretamente en un paciente con cierto nivel de depresión y pudiera llegar al riesgo de suicidio, propongo el siguiente diagnóstico, objetivos principales e intervenciones de enfermería para conseguirlos.

##### *a. Diagnóstico de enfermería<sup>19</sup>:*

##### **00150- Riesgo de suicidio relacionado con un estado depresivo ante una situación terminal.**

Según los Patrones Funcionales de Marjory Gordon:

- Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés.

Según las Necesidades de Salud de Virginia Henderson:

- Necesidad 9: Evitar peligros/seguridad.

Según la Taxonomía NANDA:

- Dominio 11: Seguridad/Protección.

Clase 3: Violencia.

Definición: Nombra una situación en que la persona está en riesgo de autoinfligirse una lesión que ponga en peligro su vida.

b. *Características y factores:*

- Conductuales: Cambio notable de conducta, recuperación súbita eufórica de una depresión grave.
- Físicos: Enfermedad terminal.
- Situacionales: Pérdida de la autonomía, pérdida de independencia.
- Sociales: Aislamiento social, alteración de la vida familiar, apoyo social insuficiente, duelo, soledad.
- Verbales: Amenazas de suicidio, manifiesto de deseos de morir.

c. *Resultados esperados (NOC)<sup>20</sup>:*

- ✓ 1208- Nivel de depresión.  
Se identificarán los factores precursores de la depresión [140903], y se planificarán estrategias para reducir estos factores [140904].
- ✓ 1300- Aceptación del estado de salud.
- ✓ 1302- Afrontamiento de problemas.
- ✓ 1402- Autocontrol de la ansiedad.
- ✓ 1408- Autocontrol del impulso suicida. El paciente expresará sus sentimientos [140801] y verbalizará ideas de suicidio, si existen [140804].
- ✓ 2002- Bienestar Personal. El paciente realizará las actividades de la vida diaria [200201].

d. *Intervenciones (NIC)*<sup>21/22</sup>:

- ✓ 6340- Prevención del suicidio.
- ✓ 5330- Control del estado de ánimo
- ✓ 4920- Escucha activa.
- ✓ 5230- Aumentar el afrontamiento.
- ✓ 5820- Disminución de la ansiedad.
- ✓ 5330-Acuerdo con el paciente.
- ✓ 5270- Apoyo Emocional.
- ✓ 4400- Musicoterapia.

e. *Actividades a realizar desde enfermería para llevar a cabo las intervenciones NIC propuestas:*

- Determinar el riesgo de suicidio del paciente y valorar si dispone de medios para realizarlo.
- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Administrar cuestionarios autocumplimentados (Escala de medida de la depresión de Zung), según corresponda.
- Si el riesgo de suicidio es elevado, proteger al paciente manteniendo las ventanas siempre cerradas y no dejando a su alcance objetos que puedan ser peligrosos. En este caso la vigilancia ha de ser continua e intensiva.
- Aumentar la vigilancia de los pacientes hospitalizados en los momentos en que se sabe que la cantidad de personal es inferior (reuniones de enfermería, cambio de turno, horas de comer del personal, durante la noche, fin de semana, momentos de caos en la unidad de enfermería).
- Realizar comprobaciones bucales después de administrar la medicación para asegurarse de que el paciente no se guarda la medicación en la boca para más adelante intentar una sobredosis
- Hablar abiertamente con la persona a cerca de las ideas de suicidio, preguntándole si lo ha pensado y sus medios para llevarlo a cabo.

- Ayudar al paciente a determinar objetivos realistas, que puedan conseguirse y explorar junto a él la mejor manera de conseguir los objetivos.
- Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad, siempre respetando su voluntad.
- Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Permanecer con el paciente el máximo tiempo posible para promover su seguridad y reducirá su miedo, facilitando un ambiente que facilite la confianza mutua.
- Explicar al paciente todos los procedimientos que se le vayan a llevar a cabo y mostrar siempre una actitud empática.
- Favorecer la expresión de acontecimientos positivos de su vida pasada, de una forma no destructiva.
- Animar al paciente a expresar sus virtudes, así como sus sentimientos, percepciones y temores. Mostrando interés por él/ella.
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados y proporcionar tanto al paciente como a la familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo.
- Promover conversaciones agradables y lúdicas, dentro de lo posible, lo que aumentará la confianza y favorecerá el establecimiento de una estrecha relación terapéutica.
- Tratar a los familiares adecuadamente e informarlos siempre de las situaciones, ya que esto provocará un aumento de confianza del paciente en la enfermera.
- Utilizar terapias alternativas, como la musicoterapia, es decir, la utilización de la música como método de relajación que favorezca la eliminación de la ansiedad, la angustia y la depresión.

## 4.2. Necesidades percibidas en la familia del paciente terminal.

### a. Diagnóstico de enfermería<sup>19</sup>:

#### **00136- Duelo, relacionado con la muerte de una persona significativa.**

Según los patrones Funcionales de Marjory Gordon:

- Patrón 8: Rol, relaciones.

Según las Necesidades de Salud de Virginia Henderson:

- Necesidad 11: Creencias y valores.

Según la taxonomía NANDA:

- Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

### b. Características definitorias:

- Sufrimiento, dolor, ira.
- Distrés psicológico.
- Desesperación.
- Culpabilización.
- Búsqueda del significado de la pérdida.
- Conducta de pánico.

### c. Factores relacionados:

- Anticipación de la pérdida de personas significativas .
- Muerte de persona significativa.

d. *Resultados esperados (NOC)*<sup>20</sup>:

- ✓ 1302- Afrontamiento de problemas. El paciente modificará el estilo de vida para superar el estrés [130207].
- ✓ 1304- Resolución de la aflicción. El paciente expresa sentimientos sobre la pérdida [130401].
- ✓ 1305- Modificación Psicosocial: cambio de vida. El paciente Identificará múltiples estrategias de superación [130508].
- ✓ 2601- Clima social de la familia.
- ✓ 1604- Participación en actividades de ocio.

e. *Intervenciones (NIC)*<sup>21/22</sup>:

- ✓ 5290- Facilitar el duelo.
- ✓ 5270- Apoyo emocional.
- ✓ 7140- Apoyo a la familia.
- ✓ 4920- Escucha activa.
- ✓ 5240- Asesoramiento.
- ✓ 5440- Aumentar los sistemas de apoyo.
- ✓ 5300- Facilitar la expresión de sentimiento de culpa.
- ✓ 7100- Estimulación de la integridad familiar.
- ✓ 0200- Fomento del ejercicio.
- ✓ 4362- Modificación de la conducta: habilidades sociales.

f. *Actividades de enfermería para llevar a cabo las intervenciones NIC propuestas:*

Basándonos como ya nombré anteriormente en la función beneficiosa del apoyo social para que el duelo por la pérdida de seres queridos no se torne en duelo "patológico".

- Fomentar la participación de los familiares en los cuidados del paciente terminal, demostrándoles que está recibiendo los mejores cuidados posibles, hasta el momento de la defunción.
- Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre de la pérdida. Se explicarán las fases del proceso de duelo, según corresponda.

- Valorar las estrategias de afrontamiento y la capacidad de manejar los recursos disponibles, por parte de la familia.
- Comenzar precozmente la concienciación, para evitar que el duelo se torne en un duelo complicado o patológico.
- Proporcionar apoyo durante la negación, la ira, la negociación y la aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Se les explicará que lo que sienten es totalmente normal en el proceso de pérdida de un ser querido, y que con el tiempo ese dolor acabará remitiendo.
- Ayudar al paciente a identificar la pérdida y la naturaleza de la unión con la persona perdida.
- Fomentar la discusión de experiencias de pérdidas anteriores.
- Fomentar la expresión de sentimientos de una forma cómoda y en confianza y asegurará la confidencialidad.
- Facilitar el desahogo, basándose en la empatía y el apoyo emocional. Es necesario que lloren.
- Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación.
- Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Identificar fuentes de apoyo comunitario e informar a los familiares a cerca de grupos de apoyo. Remitiéndolos a grupos de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Determinar los puntos fuertes y débiles de los recursos comunitarios y aconsejar los cambios cuando sean apropiados.
- Proporcionar la información solicitada por los familiares y mostrará una actitud cariñosa y adecuada.

- Realizar actividades de ocio y deporte como métodos de distracción y relajación.

## **5. Discusión**

Los planes de cuidados de enfermería son actualmente, sobre todo en el ámbito hospitalario, la herramienta utilizada para llevar a cabo el proceso de atención enfermero desde un criterio científico, permitiendo la unificación de los cuidados y, garantizando la continuidad de los mismos durante toda la estancia de los pacientes.

Los pacientes terminales tienen una gran cantidad de necesidades, que van más allá de lo físico, atraviesan un proceso muy duro, desconocido y lleno de inquietudes. Ante lo cual, como he podido apreciar en mis prácticas hospitalarias, muchos profesionales de enfermería manifiestan una falta de capacidad para comunicarse, informar e incluso afrontar el sufrimiento, no por indiferencia, sino por falta de conocimientos acerca de cómo afrontarlo desde el punto de vista psicoemocional.

En este trabajo se intenta dar solución, desarrollando conocimientos acerca de este proceso, las fases por las que atraviesan, y las posibles necesidades del paciente en cada una de ellas. Mostrando la importancia de la atención psicológica enfermera en estas situaciones.

Propongo actuaciones con aplicabilidad clínica, en base a las necesidades detectadas en este tipo de pacientes sobre cómo reducir la depresión y la ansiedad y brindar apoyo emocional en el paciente terminal y su familia, a incluir en un plan de cuidados.

## **6. Conclusiones:**

El trabajo presenta las siguientes conclusiones:

- Este tipo de pacientes, debido a su enfermedad terminal presentan necesidades que van más allá de lo físico, que han de ser satisfechas.

- El personal de enfermería es el más adecuado para dar respuesta a estas necesidades, por ser el profesional que se encuentra en contacto diario directo con el paciente.
- La mejora de las habilidades básicas de comunicación es necesaria para mejorar el manejo de los cuidados psicosociales en el paciente terminal y en su familia.
- Atender las necesidades psicológicas de los pacientes les ayudará a la mejor adaptación y aceptación del difícil proceso que están atravesando.

## **7. Referencias Bibliográficas:**

1. Merizalde JB. El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. 2011 Enero. Disponible en:  
<http://enfermeriajw.com/wp-content/uploads/2012/10/bonilla-Afrontar-la-muerte-hospital.pdf>
2. Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuad. med. forense n.30. 2002 Octubre. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062002000400004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004)
3. Zamora Clavo A. El enfermo terminal y la muerte. Revista Bioética y Ciencias de la Salud [Internet] Vol5 Nº2. Valladolid. Disponible en:  
[http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/paliativos/ENFERMO\\_TERMINAL\\_Y\\_LA\\_MUERTE.pdf](http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/paliativos/ENFERMO_TERMINAL_Y_LA_MUERTE.pdf)
4. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). [Internet]. Madrid; 2014. Disponible en:  
<http://www.secpal.com/2-definicion-de-enfermedad-terminal>
5. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) [Internet]. Madrid; 2016. Disponible en:

- [:http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/NdP\\_Dia\\_Mundial\\_2016.pdf](http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/NdP_Dia_Mundial_2016.pdf)
6. Martínez MB, Monleón M, Carretero Y, García-Baquero MT. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Madrid. Elsevier; 2012.
  7. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
  8. Buisán R, Delgado JC. El cuidado del paciente terminal. Anales Sis San Navarra v.30 supl.3 [Internet]. Pamplona; 2007. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600008)
  9. Pascual A. La estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Psicooncología. Vol. 5, Núm. 2-3, pp. 217-231 [Internet]. Barcelona; 2008. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/775a9849e1dbd3d4d964044810f8bb04/1?pq-origsite=gscholar>
  10. Miaja Ávila M, Moral de la Rubia J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. Psicooncología. Vol. 10, Núm. 1, 2013, pp. 109-130 [Internet]. Monterrey, México; 2013. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41951/39953>
  11. Míguez Burgos A, Muñoz Simarro D. Enfermería y el paciente en situación terminal (Nursing care for the terminally ill patients). Enferm. glob. n.16. [Internet]. Murcia; 2009. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200018](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200018)
  12. Gajardo-Ugas A, Lavados-Montes C. El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal. Persona y bioética. Vol 14 nº 1. [Internet] 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v14n1/v14n1a05.pdf>
  13. Cabildo Gutiérrez SM. El Enfoque Paliativo en la Insuficiencia Renal Crónica Terminal: una medida para prevenir la depresión y el suicidio. [Internet]. México D.F; 2014. Disponible en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/181%20EI%20enfoque.pdf>

14. Bellver A, Gil-Juliá B, Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*. Vol. 5, Núm. 1, pp. 103-116. [Internet]. Castellón, Valencia; 2008. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130103A>
15. Guillem Porta V, Romero Retes R, Oliete Ramírez E. Manifestaciones del duelo. *Duelo en oncología*. Instituto Valenciano de Oncología (IVO). [Internet]. Valencia. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>
16. De La luz Martínez Fuentes P, Retana González SG. Duelo anticipado. *Asociación Mexicana de Tanatología* [Internet]. México; 2013. Disponible en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/144%20Duelo.pdf>
17. Yofee L. El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Psicodebate 3: Psicología, Cultura y Sociedad*. [Internet]. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/389/3Psico%2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. J.Ackley B, B.Ladwig G. *Manual de diagnósticos de enfermería, Guía para la planificación de cuidados*. 7th ed. Madrid. Elsevier Mosby; 2007.
19. Rodrigo MTL. *Los diagnósticos enfermeros*. 9th ed. Barcelona: Elsevier Manson; 2014.
20. Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona. Elsevier Mosby; 2009.
21. Bulechek GM, Butcher HK, Dochlerman JM, Wagner CM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona. Elsevier; 2013.
22. Johnson M, Moorhead S, Bulechek GM, Dochterman JM, Maas ML, Swanson E, Butcher HK. *Interrelaciones NADA, NOC y NIC, Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 4th ed. Barcelona. Elsevier Mosby. 2006.

## **8. Anexos:**

### **Anexo I: Escala de Autoevaluación de la depresión de Zung (1967).**

Esta escala consta de 20 preguntas que se subdividen en cuatro categorías: afectiva, fisiológica, psicomotora y psicológica. Cada pregunta está relacionada con características específicas de la depresión.

#### **Criterios de validación:**

Las respuestas del paciente van de 1 a 4 en preguntas negativas, y de 4 a 1 en preguntas positivas, entendiéndose que 4 corresponde a “en raras ocasiones” y 1 a “siempre”, aunque en dicho anexo adjunto la tabla reducida. Posteriormente se suman las respuestas y se transforman en un índice que señala el grado de depresión que sufre el individuo. Esta escala ha de utilizarse siempre previa explicación al paciente.

Diagnóstico de los grupos de validación	S.D.S medio sig.	Rango
Controles normales	33	25-43
Deprimidos (hospitalizados)	74	63-90
Deprimidos (ambulatorios)	64	50-78
Reacciones de ansiedad	53	40-68
Reacciones situacionales transitorias	53	38-68

#### **Escala de autoevaluación de la depresión de Zung:**

<i>Señale una respuesta en cada caso</i>	<b>PUNTOS</b>
1. Me siento triste y deprimido	
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tarde	
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro	
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche	
5. Ahora tengo tanto apetito como antes	
6. Todavía me siento atraído por el sexo opuesto	
7. Creo que estoy adelgazando	

8. Estoy estreñado	
9. Tengo palpitaciones	
10. Me canso por cualquier cosa	
11. Mi cabeza está tan despejada como antes	
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto	
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro	
15. Me siento más irritable que actualmente	
16. Encuentro fácil tomar decisiones	
17. Me creo útil y necesario para la gente	
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena	
19. Creo que sería mejor parra los demás si me muriera	
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban	
<b>TOTAL PUNTOS</b>	

**Anexo II: Figura I. Diagrama de Gantt (Tabla de elaboración propia)**



