



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid**

Grado en Enfermería

Curso 2017/18

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS
CUIDADOS DE ENFERMERÍA “EL
PACIENTE TERMINAL”**

Alumno(a): Beatriz Guijar Rodríguez

Tutor(a): Jose Luis Viaña Caballero

RESUMEN:

La muerte es un aspecto inherente del ser humano, sin embargo, hoy en día sigue considerándose casi un tema tabú, puesto que a pesar de ser un proceso natural, no está aceptado como tal y trata de evitarse o postergarse el máximo tiempo posible.

El aumento de la esperanza de vida que experimenta la sociedad actual favorece la aparición y desarrollo de ciertas enfermedades que, por su naturaleza incurable y progresiva, desembocan en una situación terminal. Debido a ello, los cuidados paliativos adquieren un papel fundamental en la atención a pacientes que se encuentran en la última etapa de sus vidas; no solo a nivel físico, sino también a nivel psicológico, puesto que muchas veces existe una relación entre ambos y satisfaciendo ciertas necesidades, se consiguen solventar otras muchas.

El personal sanitario se encuentra en la posición idónea para llevar a cabo dichos cuidados puesto que al formar parte del entorno del paciente terminal y familiares, pueden proporcionar mediante un abordaje holístico, una mejor calidad en el final de la vida pues como decía Cicely Saunders: “El que no se pueda hacer nada por detener la extensión de una enfermedad, no significa que no haya nada que hacer”(1).

El objetivo de este trabajo es evidenciar la importancia de los cuidados de enfermería respecto a los síntomas psicológicos que muestra el paciente terminal, además se propondrá, mediante diagnósticos de enfermería, un plan de cuidados siguiendo la Taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Palabras clave: “Paciente terminal”, “enfermería”, “cuidados”, “aspectos psicológicos”

ABSTRACT

Death is an inherent aspect of the human being, however, nowadays it is considered as a taboo because, although it is a natural process, we do not accept it, so we constantly try to elude it as much as we can.

The increase in life expectancy which experiences today's society favors the emergence and development of a kind of diseases which lead to a terminal situation due to their incurable and progressive nature. Owing to this situation, palliative care is gaining an essential role in the care provided to terminally ill patients, not just at a physical level, but also in the psychological field for the reason that both aspects are related and by solving a particular need, other ones can be satisfied.

Health workers have the perfect position to supply this type of cares given that they are part of the family and patient's background, so through a holistic assistance, life quality will rise. Just as Cicely Saunders said: "that there is anything that can be done to stop an illness it doesn't mean that there is nothing left to do"

The aim of this work is to show the importance of nursing on psychological symptoms of the terminal patient, in addition, a nursing diagnosis will be proposed based on the NANDA, NOC and NIC taxonomy.

Key Words: "terminal patient", "nursing", "care", "psychological aspects"

ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS:

ICN → International Council of Nurses.

NANDA → North American Nursing Diagnosis Association (Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros).

NIC → Nursing Interventions Classification (Clasificación de Intervenciones de Enfermería).

NOC → Nursing Outcomes Classification (Clasificación de Resultados de Enfermería).

OMS → Organización Mundial de la Salud.

PAE → Proceso de Atención de Enfermería.

SECPAL → Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

SIDA → Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SNC → Sistema Nervioso Central.

SNS → Sistema Nacional de Salud.

ÍNDICE:

1. Introducción y justificación.....	Pag. 1
2. Objetivos.....	Pag. 3
3. Metodología.....	Pag. 4
4. Desarrollo del tema.....	Pag. 6
4.1 Fases de E. Kubler-Ross.....	Pag. 6
4.2 Síntomas psicológicos	Pag. 7
4.3 Proceso de duelo.....	Pag. 9
4.4 Proceso de atención de enfermería.....	Pag. 10
5. Discusión.....	Pag. 16
6. Conclusiones.....	Pag. 17
7. Bibliografía.....	Pag. 18
8. Anexos.....	Pag. 22

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACION:

Desde que nace, el ser humano inicia un camino que irremediamente le conduce a la muerte. Este proceso tiene un carácter personal, pues es percibido por cada individuo de manera diferente, única y particular, que no solo afecta a la propia persona, sino también a sus familiares y a aquellos más cercanos, pues no se acepta como un proceso natural a pesar de ser universal, ya que todo lo que goza de vida está destinado a morir (2).

El aumento de la esperanza de vida que experimenta la sociedad actual es debido principalmente a un avance en la tecnología médica y a un aumento de la calidad de vida, entendida esta, según la OMS, como *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”*(3). Esta situación da pie a la aparición de alteraciones en el estado de salud que abocan a la muerte de la persona incluso si esta no se encuentra en una avanzada edad. Dicho tipo de afecciones son denominadas enfermedades terminales, puesto que la posibilidad de curación es inexistente.

Según la SECPAL *“En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica”* (4).

Esto significa que para que una persona se encuentre en situación terminal, habrá de reunir una serie de características:

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

3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida limitado(4). Inferior a 6 meses (5).

De forma que las enfermedades que cumplen estas características en su etapa final son el SIDA, enfermedades de la motoneurona, y las insuficiencias específicas orgánicas: renales, cardíacas, respiratorias y hepáticas y, sobre todo, el cáncer(4).

El enfermo terminal es muchas veces consciente de que se acerca el final de su vida, de forma que entra en una situación de ansiedad, depresión, incertidumbre y miedo, donde el personal sanitario y, concretamente, el personal de enfermería (puesto que se encuentra en contacto continuo) juegan un papel fundamental. Ya en el año 2000 el ICN reafirmaba la importancia de la función de enfermería al tener la capacidad de proporcionar unos cuidados adecuados a cada paciente que reduzcan su sufrimiento a la par que garanticen su calidad de vida y su dignidad además de una buena muerte mediante una evaluación temprana de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales y una actuación precoz (7).

Es en este punto donde surgen los cuidados paliativos. Para la OMS, son aquellos cuidados activos e integrales administrados a un paciente cuya enfermedad no responde a terapias curativas y que deben aliviar todos los síntomas relacionados con el dolor considerando además otros síntomas psicológicos, sociales y espirituales(6). Por todo ello y porque la vivencia de la muerte es diferente para cada persona, el abordaje terapéutico ha de ser individual e integral además debe comprender al paciente como un todo y no como partes que forman un individuo. Esta atención holística, atendiendo tanto las necesidades y los síntomas físicos como los psicológicos proporciona calidad de vida en la última etapa de esta.

Este concepto de cuidados paliativos y la percepción de la muerte han ido cambiando a lo largo de la historia; desde una muerte domiciliaria donde el enfermo terminal se encontraba rodeado de sus seres queridos y esta era tratada como parte del ciclo vital, se pasó a una completamente hospitalizada, donde deja de ser aceptada como una etapa natural. Los antecedentes de la institucionalización tienen lugar en los Hospicios de la Edad Media, los cuales no tenían realmente una finalidad curativa sino de caridad, a

pesar de lo cual si existía sanación posible, trataba de aplicarse. Si bien, es cierto que la preocupación principal era el bienestar del espíritu (2) (6).

La primera vez que el término “hospice” fue empleado para designar una institución dedicada al cuidado de moribundos, fue en 1842 en la ciudad francesa de Lyon (8). Pero el verdadero auge de los cuidados paliativos no surgió hasta el desarrollo y avance de la medicina y la creación del Movimiento Hospice en 1959 por Ciceley Saunders destinado a fomentar la atención y los cuidados al enfermo terminal en dependencias especializadas (9) (10), quien además fundó en 1967 la institución “St Christopher’s”, pionera en la forma de cuidar a los enfermos terminales (11).

Esta evolución y desarrollo de los cuidados paliativos a lo largo de los años nos lleva a una mejora de los mismos y a la elaboración de estrategias respecto a estos (Concretamente en España contamos con un plan incluido en SNS en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (12)) pero siempre se aspira al continuo desarrollo a y la investigación puesto que el objetivo es mejorar la calidad de vida mediante un abordaje holístico , tanto físico como psicológico, basado en la buena comunicación no solo entre los diferentes sectores del personal sanitario sino también con el enfermo y su familia.

2. OBJETIVOS

General:

- Proporcionar una guía de actuación ante el paciente en situación terminal y así mejorar los cuidados proporcionados.

Específicos:

- Proponer un diagnóstico de enfermería a incluir en un plan de cuidados cuando el paciente experimenta ansiedad ante su propia muerte.
- Plantear un diagnóstico de enfermería orientado a la familia susceptible de desarrollar un duelo complicado una vez que el ser querido ha fallecido.

3. METODOLOGÍA

Procedimiento realizado:

El Trabajo de Fin de Grado que se presenta es una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica que existe sobre el tema planteado en diferentes bases de datos que han sido referenciadas mediante la normativa de Vancouver. Además, se propone un plan de cuidados basado en la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo mediante la lectura de artículos, estudios y proyectos de investigación durante un mes y medio y utilizando bases de datos, de las cuales las más consultadas han sido:

- PubMed
- Google Académico
- SciELO
- NNN Consult

Además, se consultaron plataformas físicas como revistas científicas y libros de la biblioteca de la Universidad de Valladolid que también han sido referenciados en la bibliografía con la normativa Vancouver. Tras la revisión en las fuentes, de 65 documentos, se emplearon aproximadamente la mitad para realizar el trabajo.

Otras plataformas como Cochcrane Plus, Cuiden Plus y Cinhal, también han sido consultadas, pero fueron descartadas puesto que no se obtuvieron artículos relevantes para este trabajo.

Respecto al uso de palabras clave y puesto que la gran mayoría de artículos no se encuentran escritos en castellano, se emplearon, además de la terminología española, las mismas palabras en inglés para acceder a una base de datos científicos más extensa.

Palabra clave	Termino español	Termino inglés
TERMINAL	Enfermedad terminal, enfermo terminal, paciente terminal	Terminal illness , terminal patient , terminally ill
CUIDADOS	Cuidados de enfermería,	nursing care, palliative

	cuidados paliativos, cuidados de calidad	care, quality care
ENFERMERIA	Enfermera, enfermería	Nurse, nursing,
ASPECTOS PSICOLÓGICOS	Aspectos psicológicos, psicología	Psychological aspects

Para la obtención de resultados de interés se emplearon operadores booleanos que acotaron la búsqueda a artículos específicos, los cuales fueron:

- AND: para unir más de un concepto o palabras clave.
- NOT: para descartar artículos cuya información no es relevante, como pacientes pediátricos.

En Google académico se emplea – para eliminar términos.

- “”: para introducir una frase completa.

Previamente, antes de realizar la búsqueda de información se establecieron unos criterios aplicables a todas las bases de datos consultadas.

Los artículos seleccionados datan de un periodo entre el año 2004 y 2017; cualquier artículo anterior a dicho periodo se ha utilizado únicamente para elaborar un marco histórico y para la obtención de conceptos, además en la selección solo se aceptaron artículos originales con base científica que estuvieran centrados principalmente en las funciones de enfermería, así como el papel desempeñado por la enfermera. Fueron excluidos artículos centrados en la perspectiva de los cuidados proporcionados por parte de familiares o aquellos centrados únicamente en procedimientos médicos.

4. DESARROLLO DEL TEMA

La psicología del paciente terminal a menudo queda relegada a un segundo plano, muchas veces oculta tras los síntomas físicos como el dolor que resultan más llamativos en un primer momento. No obstante, el personal sanitario no ha de olvidar la importancia de la psique una vez que el paciente tiene conocimiento de su situación y de su enfermedad terminal. Enfermería adquiere pues, un rol indispensable en la percepción de estos síntomas; el continuo contacto y en cierto modo la “convivencia” llevan a detectar su aparición de forma temprana.

A lo largo de dicha enfermedad, experimentará una serie de fases enunciadas por la psiquiatra Elisabeth Kübler Ross que surgen como medio de autoprotección ante la enfermedad (16), las cuales, como bien observó, no siempre se viven en orden ni duran un periodo de tiempo establecido, a veces se solapan y otras pueden suceder simultáneamente dependiendo de cada paciente.

4.1. Fases de E. Kübler-Ross

1. **La negación:** Rechazo de la realidad de la enfermedad terminal, la persona es incapaz de aceptar el diagnóstico creyendo incluso que se trata de un error médico, lo que a veces les lleva a buscar segundas opiniones
2. **La ira:** El paciente se da cuenta de la gravedad de su enfermedad de forma que la negación es remplazada por esta fase llena de sentimientos de rabia, resentimiento y envidia los cuales crean una situación en la que el paciente culpa e incluso hace responsable de su estado a familiares, amigos, sanitarios e incluso a Dios o a sí mismo.
3. **El pacto o negociación:** El enfermo trata de cambiar su estado, mediante acuerdos y promesas generalmente establecidas con Dios. El paciente promete mejorar, se compromete con su recuperación, tratando así de evitar o evadir su muerte.
4. **La depresión:** Experimenta un profundo sentimiento de desesperanza, de tristeza y vacío pues empieza a asumir que su estado es irreversible

5. **La aceptación:** Finalmente acepta su enfermedad, lo cual no significa que esta sea una fase de feliz; realmente está casi desprovista de sentimientos. El paciente aguarda el final con tranquilidad, e incluso con cierta paz (16).

4.2. Síntomas psicológicos.

A lo largo de la enfermedad y durante estas fases, el paciente desarrollará síntomas psicológicos, (además de los físicos) pues el ambiente que rodea a estos pacientes les hace propensos sufrir ciertas complicaciones derivadas de la propia enfermedad o del propio tratamiento. A pesar de que la forma de sobrellevar la terminalidad, depende de cada persona existen ciertos síntomas comunes que se han de manejar. Los más comunes son:

- **Insomnio:** se define como la dificultad para iniciar el sueño, prolongar su duración y consolidación y tener una baja calidad de descanso a pesar de la existencia de circunstancias óptimas para su conciliación, además, se acompaña de malestar en los ámbitos sociales y conductuales del ser humano. (Según la clasificación internacional de los trastornos de sueño (ICTS-3)) (15). Durante la enfermedad terminal este tipo de trastorno del sueño adquiere un carácter crónico por su continua manifestación a lo largo de la enfermedad. Una vez diagnosticado se puede abordar de manera no farmacológica mediante terapias ocupacionales, reducción de estimulantes del SNC y terapias de relajación, sin embargo, a veces no es suficiente y el abordaje se realiza desde el uso de medicación en el que destacan los benzodiacepinas (13).
- **Ansiedad:** Es un estado de angustia ante un estímulo nocivo que cursa con sintomatología física (taquicardia, disneas...) psíquica (miedo, insomnio...) y conductual (aislamiento, mutismo, hiperactividad o inactividad...) (13) (14). la inminencia de la muerte lleva a desencadenar en el enfermo miedo sobre esta, sobre las necesidades de su familia, el aislamiento y la soledad además de la pérdida del control de la situación que lo vuelve dependiente, y sobre el dolor y el tratamiento puesto que en ocasiones es ineficaz (13).

- **Depresión:** es un trastorno en el estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza, de inutilidad y de culpa, baja autoestima, anhedonia e incluso por la aparición de ideas suicidas y peticiones de muerte asistida o eutanasia. En la enfermedad terminal muchas veces se tiende infravalorar la depresión puesto que existe tendencia a considerarla como “normal”, sin embargo, no deja de ser un problema que ha de solucionarse ya sea mediante antidepresivos o medidas no farmacológicas, pues deteriora enormemente la calidad de vida del paciente y de sus familiares. (13) (14)
- **Agitación o Delirio:** este trastorno cognitivo es frecuente durante la enfermedad terminal, no solo se caracteriza por alteraciones en el estado de consciencia con pérdida de atención y memoria además de desorientación en el tiempo y en el espacio, también comprende el estado confusional agudo e incluso encefalopatías. (13)

Dentro de estos síntomas, incidiré en la ansiedad, pues el miedo y la incertidumbre se presentan con gran frecuencia en pacientes terminales. Para abordarla debemos tener en cuenta cualquier tipo de comunicación con el paciente además de mantener una estrecha relación terapéutica.

No solo basta con la mera observación y diagnóstico médico, también hay que saber el grado de ansiedad que experimenta el paciente. Para medirlo existen gran número de escalas, una de las más empleadas es la Escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo 1)

Dependiendo de los resultados obtenidos tras la realización de esta escala, las actividades de enfermería a realizar se enfocarán de una u otra manera

Debido a la importancia de este síntoma y para responder al primer objetivo específico me centraré en la gran ansiedad que la muerte provoca en el paciente empleando el Proceso de Atención de Enfermería.

4.3 El proceso de duelo:

No se puede proporcionar una buena atención al paciente terminal si no se tiene en cuenta a su familia, ya que ante la inminente pérdida del ser querido se producen reajustes y desequilibrios en aspectos personales y familiares.

El duelo se presenta en esta situación como un proceso natural que todas las personas acaban por experimentar como forma de superación. Su duración (la fecha más aceptada es 2 años) (17) e intensidad dependen exclusivamente de la persona, sin embargo, siempre influirá la relación con quien ha fallecido, las circunstancias del fallecimiento y la propia experiencia. La SECPAL define duelo como el “estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales” (18). La pérdida del ser amado es siempre dolorosa y traumática y trae consigo manifestaciones fisiológicas (palpitaciones y opresión en el pecho, vacío de estómago, cefalea...), conductuales (aislamiento, hiper/hipoactividad...) cognitivas (confusión, alucinaciones, pensamiento recurrente...) y afectivas (tristeza, apatía, angustia, ira, frustración...) (19) por lo que se necesita este proceso como forma de hallar de nuevo el equilibrio ausente.

Al igual que Kubler-Ross, existen muchas teorías, clasificaciones y autores que tratan de definir las etapas del duelo que experimentan las personas ante el conocimiento de su enfermedad terminal y que también sufren los familiares durante su duelo (19). Engel asemeja el duelo a un proceso curativo, es decir, como el proceso de cicatrización que sigue una herida, en cambio, para E. Lindeman es considerado como una enfermedad. Sigmund Freud fue pionero en la elaboración de una teoría sólida sobre el duelo. Con “Muerte y Melancolía” afirma que este se produce debido al apego profesado a la persona fallecida y con el objetivo de aliviar el sufrimiento por la pérdida, obteniendo como resultado la posibilidad de vinculación con otras personas vivas (20).

J. Bowlby toma como punto de partida dicho ensayo de S. Freud para el desarrollo de su modelo basado en el vínculo que se establece entre un individuo y un objeto de apego, generalmente otra persona, para este psicoanalista, existen 4 fases (21): Fase de aturdimiento o shock, Fase de anhelo y búsqueda., Fase de desorganización y

desesperación y fase de reorganización (ANEXO 2). Por otro lado, Kaplan, en su Tratado de Psiquiatría, describen simplemente 3 Fase de shock y negación, Fase de angustia aguda y aislamiento y Fase de reorganización (19) (ANEXO 3).

Todas las teorías suponen la finalización del duelo, volviendo a Worden, describe cuatro tareas básicas en la recuperación de este proceso. (22)

1. Aceptar la realidad de la pérdida. Los familiares han de concienciarse de que la persona ha fallecido.
2. Expresar el dolor emocional. Deben reconocer tanto el dolor físico como el emocional y conductual asociado a la pérdida, manifestarlo y exponerlo, puesto que negarlo podría alargar el duelo.
3. Adaptarse al ambiente en el que el difunto no está presente. Desempeñar de otra vez ciertos roles o asumir nuevos, volver a adaptarse al medio y relacionarse con el entorno.
4. Invertir la energía emotiva en otras personas o relaciones. No se trata de que los familiares olviden o destierren de su mente a la persona fallecida, sino de encontrarle un lugar emocional que les permita continuar con una vida llena de sentido (22).

La resolución y sobreposición a la pérdida es el resultado de un duelo normal y adaptativo donde las personas crecen en la adversidad (resiliencia), sin embargo, la no aceptación, la desmesurada intensidad de las emociones y la incapacidad de llevar a cabo una vida funcional son las características de un duelo patológico (23).

4.4. Proceso de atención de enfermería

El PAE, también conocido como proceso enfermero, es la aplicación a la práctica asistencial de enfermería el método científico, de forma que se garanticen unos cuidados individualizados, lógicos y de calidad que permitan la satisfacción de las necesidades detectadas. Consta de 5 etapas.

- I: Valoración.
- II: Enunciar diagnósticos de enfermería.

- *III*: Planificación.
- *IV*: Ejecución.
- *V*: Evaluación.

La valoración de enfermería puede realizarse desde dos puntos de vista según el modelo de elección:

- Según los Patrones Funcionales de Marjory Gordon,
- Según las necesidades de Virginia Henderson

Los datos se recopilarán a través del historial clínico del paciente, pero también a través de la observación y del propio paciente terminal y sus familiares, de forma que podamos conocer el estado físico del paciente, pero también su estado emocional.

1. Necesidades percibidas en el paciente terminal (25)

El diagnóstico de enfermería empleado es “*ansiedad ante la muerte 00147 relacionado con la situación terminal*”

Se define como “la intranquilidad o sensación de malestar o temor debido a la percepción real o imaginaria de una amenaza que comprometa la propia existencia”

Tras el planteamiento del diagnóstico, veremos alterado:

- Según los patrones funcionales de Marjory Gordon: Patrón 7
Auto percepción-autoconcepto.
- Según las necesidades de Virginia Henderson: Necesidad 11
Creencias/valores

La clasificación puede realizarse según la taxonomía NANDA donde corresponde a:

- Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
- Clase: 2 Respuestas de afrontamiento

El diagnóstico guarda relación con una serie de características y factores:

- Características definatorias:
 - Impotencia
 - Preocupación por el impacto de la propia muerte sobre las personas significativas
 - Tristeza profunda
 - Pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía

- Factores relacionados:
 - Percepción de muerte inminente
 - Confrontación de la realidad de la enfermedad terminal
 - Incertidumbre sobre el pronóstico

Resultados esperados (NOC):

- [2007] muerte comfortable
- [1307] muerte digna
- [1402] autocontrol de la ansiedad
- [1404] autocontrol del miedo
- [1309] resiliencia personal
- [1704] creencias sobre la salud: percepción de amenaza

Intervenciones (NIC):

- [5820] Disminución de la ansiedad
- [5270] Apoyo emocional
- [5230] mejorar el afrontamiento
- [4920] Escucha activa

Actividades que debe realizar el personal de enfermería para desempeñar las intervenciones NIC:

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.
- Escuchar con atención.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
- Estimular la implicación familiar, según corresponda
- Mostrar interés por el paciente.
- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

2. Necesidades percibidas en los familiares del paciente terminal (25)

El duelo es una respuesta natural ante la pérdida. Como ya he mencionado anteriormente, lo común es que las personas se sobrepongan a la muerte del ser querido y crezcan en la adversidad. Sin embargo, ciertas personas pueden no ser capaces de sobreponerse a sus emociones y pueden llegar a verse superados por ellas desarrollando un duelo complicado que se dará sobre todo en aquellos con especial vulnerabilidad, como son quienes padecen de una enfermedad psiquiátrica previa, no cuentan con suficiente apoyo emocional o tenían una relación particularmente estrecha con el fallecido (24).

Es importante reconocer e identificar quien es susceptible de desarrollar un duelo patológico, de modo que, con el fin de responder al segundo objetivo específico, se propone un diagnóstico de enfermería además de las intervenciones para su resolución destinado a que los familiares en situación de riesgo, no desarrollen este tipo de duelo.

El diagnóstico de enfermería utilizado es “**riesgo de duelo complicado (00172)** asociado a la pérdida de una persona significativa”

Se define como “la vulnerabilidad ante un trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa de forma que la vivencia del sufrimiento que acompaña a la muerte de dicha persona no sigue los patrones normales, sino que expresa un deterioro en las funciones que puede llegar a comprometer el estado de salud”.

Tras el planteamiento de este diagnóstico veremos alterados:

- Según los patrones funcionales de Marjory Gordon: Patrón 8 rol-relaciones.
- Según las necesidades de Virginia Henderson: Necesidad 11 creencias/ valores

La clasificación puede realizarse según la taxonomía NANDA donde corresponde a:

- Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al Estrés
- Clase 2: Respuestas al afrontamiento

Factores de riesgo:

- Alteración emocional
- Apoyo social insuficiente
- Muerte de una persona significativa

Resultados esperados NOC

- [2600] afrontamiento de los problemas de la familia
- [1211] nivel de ansiedad
- [1208] nivel de depresión
- [1908] detección del riesgo
- [2608] resiliencia familiar

Intervenciones NIC:

- [5290] facilitar el duelo.
- [7140] apoyo a la familia.
- [5270] apoyo emocional.
- [7100] estimulación de la integridad familiar.
- [5820] disminución de la ansiedad.
- [5300] facilitar la expresión del sentimiento de culpa.
- [8340] fomentar la resiliencia.

Actividades que debe realizar el personal de enfermería para desempeñar las intervenciones NIC:

- identificar la pérdida.
- fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
- animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida, tanto pasados como actuales.
- explicar las fases del proceso de duelo, según corresponda.
- utilizar palabras claras, como muerte o muerto, en lugar de eufemismos

- asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles
- escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia
- favorecer una relación de confianza con la familia
- aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas
- ayudar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y duelo, según corresponda
- facilitar oportunidades de apoyo por parte de grupos que estén en una situación similar
- comentar la experiencia emocional con el paciente
- proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo
- favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- realizar afirmaciones empáticas o de apoyo
- escuchar a los miembros de la familia.
- establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- ayudar a la familia a mantener relaciones positivas.
- facilitar las visitas familiares.
- remitir a la familia a grupos de apoyo de otras familias que experimenten problemas similares.
- animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.
- guiar al paciente/familia en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa.
- ayudar al paciente/familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan estos sentimientos.
- ayudar al paciente/familia a entender que la culpa es una reacción común a trauma, abuso, duelo, enfermedad devastadora o accidentes.
- fomentar el apoyo familiar.
- facilitar la cohesión familiar.

5. DISCUSIÓN

Una enfermedad terminal es una situación difícil no solo para aquel que la padece; los miembros de la familia del paciente también sufren y sienten miedo ante lo desconocido, de forma que los planes de cuidados de enfermería creados para dar lugar al proceso de atención de enfermería permiten garantizar la unificación de los cuidados y que estos no solo sean aplicados a nivel físicos sino también a niveles psicológicos, sociales y espirituales.

Basándome en mi experiencia personal y en las prácticas hospitalarias que he realizado, he podido observar la cantidad de necesidades que un paciente terminal llega a tener, algunas completamente básicas y primordiales, pero que no siempre llegan a ser satisfechas pues e muchos profesionales de enfermería no llegan a realizar una atención integral, pues centran sus esfuerzos en resolver y paliar los síntomas físicos dejando de lado los emocionales, ya sea por falta de información o conocimiento, inexperiencia o por no saber cómo afrontar el sufrimiento.

Con este Trabajo de Fin de Grado se intenta solucionar este problema elaborando una guía que proporcione recomendaciones acerca de cómo tratar un paciente terminal y a su familia durante la enfermedad. Con los diagnósticos de enfermería propuestos para incluir en un plan de cuidados se pretende mostrar las acciones a realizar en una persona que, a consecuencia de esta situación, desarrolla un estado de gran ansiedad; así como las destinadas a prevenir el duelo patológico en los familiares con riesgo.

6. CONCLUSIONES

- El personal de enfermería se encuentra en la posición idónea para detectar las necesidades del paciente terminal puesto que forma parte de su día a día y está en continuo contacto con él.

- Estas necesidades deben ser solventadas mediante unos cuidados enfocados de forma holística, cubriendo tanto síntomas físicos como psicológicos de forma que se mejore la calidad de vida en la última etapa de esta.
- El desarrollo de técnicas de comunicación y habilidades en el manejo y reconocimiento de la sintomatología psicosocial y la ampliación del conocimiento desemboca en una mejor estrategia de cuidados.
- La familia también es susceptible de recibir cuidados, pues junto al enfermo terminal forman una unidad que debe afrontar este duro proceso.

7. BIBLIOGRAFIA

- 1 Centro de HUMANIZACIÓN de Salud, Cáritas. MANUAL BASICO PARA LA . ATENCION INTEGRAL EN CUIDADOS PALIATIVOS. 2012th ed. Bermejo JC, Díaz-Albo E, Sánchez E, editores. Madrid: Caritas Española; 2011.
- 2 Lynch G, Oddone MJ. La percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio . del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos.. [Online]; 2017 Enero. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382017000100007.
- 3 Gómez Mengelberg E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida . a través de los documentos de la OMS. [Online]; 2009. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>.
- 4 Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). [Online].; Madrid 2014.. . Disponible en: http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal.
- 5 Cabarcos Cazón A, Astudillo W. Paliativos sin Fronteras. [Online]. Disponible en: http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/02-NUEVOS-CRITERIOS-PARA-LA-ACTUACION-SANITARIA-EN-LA-TERMINALIDAD-Cabarcos_1.pdf.

- 6 del Río PMI, Palma DA. Cuidados paliativos: Historia y desarrollo. [Online].; 2007..
 . Disponible en:
http://www.agetd.com/phpfm/documentos/publicos/paliativos/Historia_de_los_Cuidados_Paliativos.pdf.
- 7 Martínez Cruz MB, Monleón Just M, Carretero Lanchas Y, García-Baquero Merino MT. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida: S.A. ELSEVIER España; 2012.
- 8 Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso. [Online].; México 2014.. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632014000300006&script=sci_arttext&tlng=en.
- 9 Vidal MA, Torres LM. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. [Online].; Madrid 2006.. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462006000300001&script=sci_arttext&tlng=en.
- 1 Clínica Universitaria de Navarra. Diccionario médico, Movimiento Hospice. [Online]; 0 Pamplona, Navarra 2015. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/movimiento-hospice>.
- 1 St Christopher's Hospice. History and Dame Cicely Saunders. [Online]. Disponible en: <http://www.stchristophers.org.uk/about/history>.
- .
- 1 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Buenas prácticas en la Estrategia 2 en Cuidados Paliativos del SNS. [Online].; 2015.. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP_PALIATIVOS_2015.htm.
- 1 Astudillo DW, Mendinueta DC. Tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos. 3 [Online]. Disponible en: <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/06-TRATAMIENTO-DE-LOS-SINTOMAS-NEUROPSIQUIATRICOS-Astudillo-Mendi.pdf>.

- 1 Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, ansiedad Y depresión en el paciente
4 oncológico. [Online].; Vol 1, Núms 3-3, 2004.. Disponible en:
. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39976066/capitulo18.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1528288231&Signature=1Z7HjjlkH7yLawij0y9GTLhAYOQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DInsomnio_ansiedad_y_depresion_en_el.
- 1 Álamo González DC, Alonso Álvarez DML, Canellas Dols DF, Martín Águeda DB,
5 Pérez Díaz DH, Romero Santo-Tomás DO, et al. Guia de Insomnio. [Online].; 2016..
. Disponible en: <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>.
- 1 Miaja Ávila M, Moral de la Rubia J. El significado psicológico de las cinco fases del
6 duelo propuestas por Kübler-Ross mediante las redes semánticas naturales. [Online].;
. Vol 10, Núm.1 2013.. Disponible en:
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41951/39953>.
- 1 del Castillo Arévalo F. Cuidados a la persona con enfermedad terminal. [Online];
7 Contrueces, Gijón 2013. Disponible en:
. http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas%20para%20la%20Consulta%20Enfermera/CUIDADOS_Enfermo_Terminal.pdf.
- 1 Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). [Online]; 2014. Disponible en:
8 https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_16-duelo.
- 1 Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Manifestaciones del duelo.
9 [Online]; Madrid 2016. Disponible en:
. <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>
- 2 Oviedo Soto SJ, Parra Falcón F, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo.
0 [Online]; Enfermería Global. N°15, febrero 2009. Disponible en:
. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>.
- 2 Montuori DEM. El duelo visto desde la Teoría del Apego. [Online]; Mayo 2013.
1 Disponible en: <https://www.apra.org.ar/pdf/mayo2013/montouri.pdf>.

.
2 Worden JW. El tratamiento del duelo. 2013th ed.: PAIDOS IBERICA.

2

.
2 Echeburúa E, Herrán Boix A. ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que
3 tratarlo? [Online].; Análisis y Modificación de Conducta, 2007, Vol. 33, N° 147..

. Disponible en:
http://rabida.uhu.es/bitstream/handle/10272/5804/Cuando_el_duelo_es_patologico.pdf?sequence=2.

2 Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). El duelo complicado. [Online].

4 Disponible en:
. <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo18.pdf>.

2 NNN Consult. NNN Consult. [Online]. Disponible en: [https://www-nnnconsult-
5 com.ponton.uva.es/noc/1309/147/](https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/noc/1309/147/).

.
26. Servicio andaluz de salud. Escala de ansiedad de Hamilton. [Online]. Disponible en:
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf.

27. Asociación catalana para el tratamiento de la ansiedad y depresión. Escala de
ansiedad de Hamilton. [Online]. Disponible en:

http://www.actad.org/actad_cas/test_cas/test_hamilton.php.

28. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. [Online].; Pamplona, Navarra 2007..

Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-
66272007000600012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012).

8. ANEXOS

Anexo 1: Escala de Ansiedad de Hamilton. (26) (27)

Una vez detectada la ansiedad se emplea esta escala que consta de 14 ítems que hacen referencia a los síntomas. La puntuación se valorará de 0 a 4, la puntuación final indica el grado de severidad de la ansiedad del paciente.

0. Ausente

1. Intensidad ligera

2. Intensidad media

3. Intensidad elevada

4. Intensidad máxima (invalidante)

	Ítem	puntuación
1	Estado ansioso: Inquietud. Preocupaciones. Anticipación de lo peor. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	
3	Miedos: A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño insatisfactorio, con cansancio al despertar. Pesadillas.	
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Variaciones del estado de ánimo durante el todo el día.	
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares.	

	Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (sensación de hormigueos).	
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas)	
10	Síntomas respiratorios: Opresión en el pecho. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultad para tragar. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento	
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección	
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión. Piloerección (pelos de punta)	
14	Conducta en el transcurso del test: Tensión. Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o	

	palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo	
--	--	--

Anexo 2: Fases J. Bowlby (28)

<u>1.Fase de aturdimiento o etapa de shock.</u>	Predomina el sentimiento de incredulidad y desconcierto. Estado de shock como mecanismo de defensa. Incapacidad para aceptar la realidad.
<u>2.Fase de anhelo y búsqueda</u>	Comienza la concienciación sobre la nueva situación y la pérdida. Existen sentimientos de añoranza,
<u>3.Fase de desorganización y desesperación.</u>	Etapa de depresión, tristeza, llanto y falta de ilusión por la vida. Se continua el proceso de aceptación de que la persona querida no va a volver.
<u>4.Fase de reorganización.</u>	Se termina de aceptar la muerte. Se reorganiza la vida con nuevos vínculos y planes.

Anexo 3: fases de Kaplan (19)

<u>1.Fase de shock y negación</u>	Se niega la pérdida, pues esta no se asume. Existe una labilidad emocional acompañada de sentimientos de añoranza y aturdimiento.
<u>2.Fase de angustia aguda y aislamiento</u>	Se comprende la escasa importancia de comportamientos y sentimientos anteriores. Lindemann apunta seis componentes en esta fase: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sufrimiento somático agudo 2. Pensamientos recurrentes relacionados con el fallecido 3. Sentimiento de culpa 4. Angustia y enfado contra ellos mismos,

	<p>familiares y amigos e incluso contra la persona que ha fallecido.</p> <p>5. Dificultad para el descanso</p> <p>6. Identificación con el fallecido. Se llegan a adoptar sus comportamientos.</p>
<u>3.Fase de reorganización</u>	Comprende y asume la pérdida y su significado, pudiendo recuperar su vida anterior a dicha pérdida.