



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2019-2020
Trabajo de Fin de Grado

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

Autora: Irene Ruiz Caballero

Tutor: José Luis Viaña Caballero

RESUMEN

Actualmente y en consecuencia al progresivo envejecimiento de la población, existe un número considerable de pacientes víctimas de enfermedades incurables, cuyo confort o bienestar global depende del enfoque terapéutico paliativo que se les ofrezca.

Dicho enfoque debe brindarse desde una atención integral, de manera que se puedan abordar todos los aspectos que rodean al enfermo desde un punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social.

El papel del personal de enfermería resulta indispensable para ello, no solo teniendo como destinatario al enfermo, sino también a sus familiares, ya que sus necesidades pueden verse alteradas de igual o mayor manera que las del propio paciente.

Es por esta razón por lo que el objetivo que se persigue con la realización de este trabajo es demostrar la relevancia del papel de enfermería en la aplicación de los cuidados a un paciente en situación terminal y a su familia, y más específicamente desde una perspectiva psicoemocional.

Para ello, se expondrán las principales características psicológicas del paciente en esta situación, y se planteará un diagnóstico enfermero para él y otro para la familia con el fin de facilitar dicha tarea al personal sanitario, incluyendo los objetivos y las intervenciones correspondientes según la Taxonomía NANDA, NIC y NOC, herramienta muy utilizada para la consulta, formación y creación de planes de cuidado.

Palabras clave: atención integral, personal de enfermería, situación terminal, familia, planes de cuidado.

ABSTRACT

Currently and due to the progressive ageing of the population, there is a considerable number of patients becoming victim of incurable diseases, and whose comfort or complete well-being is dependent on the palliative therapeutic approach they receive.

Such approach must be comprehensive as to address all aspects of the patient including biological, psychological, familiar, labour and social points of view.

The nursing staff role is essential, not only providing assistance to the patients, but their relatives as well, as their needs will alter potentially even more with any changes.

For that reason, the objective of this project is to demonstrate the importance of nursing staff in the care of end-stage patients and their relatives, particularly from a psycho-emotional perspective.

In order to do so, the main psychological characteristics of the patient will be exposed, and a nursing diagnosis will be provided for both patient and their family. This will facilitate work of the health staff including pertinent objectives and interventions according to NANDA, NIC and NOC classification, a useful instrument for the consultation and formation of care plans.

Key words: comprehensive, nursing staff, end-stage patients, family, care plans.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	4
2.1. General	4
2.2. Específicos.....	4
3. MATERIAL Y MÉTODOS	5
4. DESARROLLO DEL TEMA	6
4.1. Fases adaptativas según Sporken	6
4.2. Fases adaptativas según Kübler Ross.....	7
4.3. Fases del duelo según George Engel.....	10
4.4. Proceso de Atención Enfermera	13
5. DISCUSIÓN	21
6. CONCLUSIONES.....	22
7. BIBLIOGRAFÍA	23
8. ANEXOS	27
Anexo 1: Proceso de Atención Enfermera	27

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- AECC: Asociación Española Contra el Cáncer.
- SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica.
- SNC: Sistema Nervioso Central.
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- HTA: Hipertensión Arterial.
- PAE: Proceso de Atención Enfermera.
- 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).

1. INTRODUCCIÓN

La muerte, como parte de la vida, constituye un momento personal de cada uno de los seres humanos. Es un fenómeno natural, ya que, si no median causas antinaturales, se produce como consecuencia de accidentes, enfermedades o envejecimiento (1). También es universal, ya que todos los hombres están destinados a ella, y único, pues representa un acontecimiento individual, sin precedentes e irrepetible (2).

En cuanto al concepto de enfermo terminal, para la Dra. Cicely Saunders, precursora de los cuidados paliativos, constituye “aquel que se enfrenta a una muerte inexorable en breve plazo” (3).

Los cuidados paliativos se crearon, en un primer momento, para asistir a los pacientes con enfermedades neoplásicas en fase terminal. No obstante, hay enfermos que padecen otro tipo de patologías crónicas distintas al cáncer y en situación avanzada, que pueden verse favorecidos con este tipo de cuidados (4).

Según la definición de la OMS y de la SECPAL, enfermedad en fase terminal es aquella que se encuentra en una fase avanzada, progresiva, incurable y documentada, carece de posibilidades de respuesta al tratamiento específico, presenta síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes, provoca un gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, y conlleva a la muerte en un tiempo variable, generalmente inferior a seis meses (5).

En aquellas situaciones en las que la enfermedad se vuelve incontrolable e irreversible, el objetivo de la atención sanitaria pasa de centrarse en el curar a centrarse en el cuidar al paciente. Es decir, se trata de ofrecer la máxima calidad de vida, cuya meta es ayudarlo a morir en paz o, en otras palabras, a vivir dignamente hasta que le llegue la muerte (3). Bajo este propósito, apareció un nuevo modo de atención médica integral que se nombró cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos surgieron en Inglaterra bajo el movimiento Hospice, concepto creado e impulsado por la Dra. Cicely Saunders (6). En el año 1990, la OMS establece la definición de cuidados paliativos como "el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físico-psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes" (7).

Es decir, los objetivos de dichos cuidados consisten en (8):

- Controlar los síntomas de la enfermedad y aliviar el dolor.
- Afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal.
- No acelerar ni aplazar la muerte.
- Integrar aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar al paciente a vivir del modo más activo posible hasta la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y después de la muerte.
- Utilizar un enfoque de equipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias.
- Mejorar la calidad de vida, e influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- Aplicarse en los primeros momentos de la enfermedad, junto a otras terapias que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia.

En los últimos años se ha observado un incremento en la incidencia de las enfermedades crónicas invalidantes y oncológicas, como consecuencia de los avances de la medicina, del aumento de la expectativa de vida y del progresivo envejecimiento de la población, que acaban dirigiendo al enfermo hacia una situación terminal irreversible, y como consecuencia, a la muerte (4).

El cáncer es la segunda causa de muerte en nuestro país, por detrás de las enfermedades del sistema circulatorio. En el año 2019 se diagnosticaron 277.234

nuevos casos, repercutiendo en cifras de 800/100.000 habitantes para los hombres, y 450/100.000 habitantes para las mujeres, al año (9).

Las enfermedades más frecuentes que conducen al síndrome terminal después del cáncer son: enfermedades degenerativas del SNC, cirrosis hepática, EPOC y arteriosclerosis (HTA, miocardiopatía, diabetes, senilidad) (3).

En cuanto a la situación de España en relación con la atención en cuidados paliativos, se posiciona entre los primeros respecto a otros países y en cuanto a número de recursos. Pese a ello, todavía resulta necesario aumentar su cantidad y sobre todo, optimizar su distribución (10).

Según la SECPAL, un ratio de 1 recurso de cuidados paliativos por cada 80.000 habitantes aseguraría una cobertura de calidad a toda la población. Por lo tanto, teniendo en cuenta que actualmente contamos con 458 recursos, se necesitaría aumentar un total de 200 servicios más (10).

Ya que este tipo de cuidados sigue siendo todavía desconocido por gran parte de la población, es importante que tengan la información suficiente para saber acceder a ellos, conocer cómo funcionan y la clase de beneficios que aportan. Asimismo, se trata de una prestación que va a necesitar, aproximadamente, la mitad de la población al final de su vida, por lo que se debe garantizar un acceso equitativo a los mismos (10).

Por tanto, para garantizar la mayor calidad de vida posible a enfermos y sus familias, resulta indispensable la atención en cuidados paliativos, siendo especialmente relevante el papel de enfermería en la aplicación de estos cuidados, que requieren de una formación específica para ayudar a afrontar la etapa final de la vida, cubriendo de la mejor manera posible las necesidades a las que pacientes y familiares deben enfrentarse, añadiendo asimismo el impacto emocional que supone la pérdida de la propia vida y la del ser querido (11).

2. OBJETIVOS

2.1. General: aumentar la calidad de los cuidados ofrecidos por el personal de enfermería al paciente en situación terminal y a su familia.

2.2. Específicos:

- Proponer un diagnóstico enfermero a incluir en un plan de cuidados, fundamentado en la fase de ira por la que esté atravesando el paciente, para evitar el riesgo de autolesión.
- Proponer un diagnóstico enfermero a incluir en un plan de cuidados, centrado en la familia y en relación con el proceso de duelo.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo de fin de grado expuesto a continuación consiste en una revisión bibliográfica y la elaboración de diagnósticos enfermeros a incluir en un plan de cuidados, centrados en los objetivos enunciados anteriormente mediante la aplicación del PAE.

Para su realización, se ha procedido a la lectura de diferentes publicaciones y documentos, cuya información ha sido contrastada y validada científicamente.

La búsqueda bibliográfica ha sido llevada a cabo a través de distintas bases de datos tales como Google Académico, SciELO y NNN Consult, utilizando como palabras clave “paciente terminal”, “duelo”, “aspectos psicológicos”, “cuidados paliativos” y “plan de cuidados”.

Del mismo modo, he consultado diversas revistas y libros electrónicos, así como páginas web relacionadas con el tema a tratar, como son la SECPAL, la AECC, la SEOM o la OMS.

Para limitar la información existente, en su mayoría se han utilizado estudios y artículos publicados en los últimos años (2003-2020), recogiendo de igual forma publicaciones más antiguas, ya que su contenido sigue siendo relevante hoy en día. De esta manera, todas las referencias bibliográficas han sido mencionadas según la normativa Vancouver.

Puesto que los planes de cuidados estandarizados van adquiriendo cada vez más reconocimiento e importancia en el ámbito sanitario, en este trabajo propongo dos de las necesidades que pudieran estar alteradas dentro de los aspectos psicológicos del paciente terminal y su familia, para incorporarlas en un plan de cuidados de enfermería, de modo que den respuesta a los objetivos formulados.

4. DESARROLLO DEL TEMA

Cuando a una persona se le diagnostica una determinada enfermedad, aparecen una serie de reacciones emocionales como son la angustia, el miedo, la incertidumbre, la ansiedad, o la tristeza (12).

Cuando la enfermedad ha resultado ser incontrolable, sin la posibilidad de adherirse a ningún plan terapéutico, se alcanza la fase final de la misma, en la que la aplicación de los cuidados paliativos se vuelve fundamental (12).

Según Sporken, teólogo del año 1927, el paciente puede pasar por una serie de fases desde que se conoce su diagnóstico hasta que se le comunica (12).

4.1. Fases adaptativas según Sporken

1. Despreocupación o ignorancia: en esta fase el paciente desconoce la gravedad de su situación, aunque los familiares sí han recibido la información. Por ello, aparece entre ella y el paciente lo que se conoce como la “conspiración del silencio”, dando paso a un progresivo aumento de la incomunicación (13, 14).

2. Inseguridad y temor: aparecen periodos de angustia y tristeza, alternándose con momentos de ilusión y expectativas de curación. El paciente quiere salir de su incertidumbre y busca respuestas preguntando a profesionales, familiares y amigos, con la esperanza de que le digan que su enfermedad no es grave (12, 14).

3. Negación implícita: el paciente sospecha la gravedad de su situación. Sin embargo, lo niega para evitar enfrentarse a esa realidad. Comienza a realizar planes y deseos futuros como sistema de defensa (12, 14).

4. Comunicación de la verdad: esta fase ocurrirá en el momento en el que ya no se pueda eludir la conversación acerca de la gravedad y el desenlace de la enfermedad. Para ello, la información debe ser dosificada y transmitida con especial prudencia, respeto, veracidad y confianza (14).

Sporken asume que en el momento en el que el paciente es consciente de su situación, atravesará por las distintas fases adaptativas descritas por la Dra. Kübler Ross.

En el año 1969, la Dra. Kübler-Ross describió una serie de fases que experimentan las personas cuando se enfrentan a la fase final de la vida. Estas cinco fases no tienen por qué ser secuenciales, ni tampoco ha de pasarse por todas, e incluso es posible experimentar sentimientos de varias de ellas al mismo tiempo (12, 15).

4.2. Fases adaptativas según Kübler Ross

1. Negación - aislamiento: aparece en ella un sentimiento de incredulidad acerca de lo que está ocurriendo. El paciente se niega a aceptar que se sufra la enfermedad, por lo que se atribuye el diagnóstico a confusiones médicas.

Son comunes los comentarios del tipo “esto no puede ser cierto” o “se han equivocado en el diagnóstico”.

El personal de enfermería deberá apoyar al paciente en esta etapa mediante la comunicación, evitando compartir la negación del paciente, ya que solo así podrá iniciarse una relación que favorezca su evolución.

2. Indignación - ira: este proceso se manifiesta mediante reacciones de furia, envidia y enfrentamiento por haber perdido la salud, dirigidas hacia los causantes del cambio, los seres cercanos, terceros no definidos e incluso contra entes.

También está presente la rabia u hostilidad hacia sí mismo, al aparecer sentimientos de culpa por haberse provocado la enfermedad, pudiendo llegar a desarrollar conductas de riesgo autolesivas.

Podemos encontrar comentarios del tipo “¿por qué a mí?” “¿qué mal he hecho yo?”.

El papel del personal de enfermería consiste en hacer entender al paciente que la ira es un sentimiento básico y necesario ante este tipo de pérdidas. Se debe evitar

percibir la agresividad del enfermo como un ataque personal, sino como una reacción esperable, ya que solo así se podrán proporcionar unos cuidados para fortalecer los sentimientos de seguridad.

3. Pacto/ negociación: se presenta en ella un sentimiento de afrontamiento de la culpa. El paciente comienza a hacer promesas a aquellos hacia los que dirigió la ira, para verse comprometidos con su recuperación.

Observamos comentarios del tipo "si me curo iré..." "si me pongo bien te prometo que...".

En esta fase, se debe escuchar atentamente al paciente y animarle a que hable para mitigar el sentimiento de culpa o el miedo irracional.

4. Depresión: surge en ella un sentimiento de profundo vacío y dolor. El paciente es consciente de que no puede negar la situación que le está tocando vivir, ni tampoco eludirla.

Aparecen cambios en los patrones de vigilia-sueño, sentimientos de tristeza, silencio o aislamiento. Encontramos comentarios del tipo "¿por qué ahora?" "¿se acaba aquí todo?"

En esta fase, el papel de enfermería se basa en apoyar al paciente en todo momento y permitirle expresar su tristeza. Cobra especial importancia la comunicación no verbal, favoreciendo que el paciente se sienta arropado en todo momento, ya sea mediante una caricia o un abrazo.

5. Aceptación: en esta fase se da un reconocimiento y una aceptación de la enfermedad. Para el paciente ya no existen culpables, sino que surge en él un periodo de afrontamiento y adaptación.

Que se acepte la enfermedad no implica sentirse bien, sino asumir que existe una nueva realidad y que se debe aprender a vivir con ella. Surgen pensamientos tales como "he cumplido con mi misión" "ya puedo morir tranquilo".

En esta última fase, el personal de enfermería debe acompañar al paciente y evitar que se sienta solo. La comunicación y la escucha juegan un papel primordial, de manera que se sienta en confianza de poder transmitir sus miedos y preocupaciones.

De este modo, podemos apreciar el papel que juegan los profesionales de enfermería en la identificación de las fases por las que esté atravesando el paciente y en la aplicación de los cuidados oportunos a sus necesidades, de manera que podamos garantizar su bienestar y confort en la etapa final de la vida.

De entre todas estas etapas me voy a enfocar en la fase de ira, la cual se manifiesta por una expulsión de sentimientos y emociones reprimidos durante la primera etapa del duelo, entre ellos la expresión de la rabia y sentimientos de culpa e injusticia.

El paciente, consciente de su situación y de la gravedad de su enfermedad, se convierte en una persona irascible. Surge en él un sentimiento de resentimiento hacia aquellos que tienen salud, apareciendo diferentes reacciones emocionales tales como la rabia, el enfado, la hostilidad y la agresividad dirigidas hacia la familia, amigos, personal sanitario, e incluso contra él mismo (16).

Estas reacciones de ira y agresividad pueden ser tomadas como algo personal por parte de los profesionales o los familiares, reaccionando, en consecuencia, con más ira por su parte, fomentando así la conducta hostil del paciente. Por ello, no debemos dejar que el paciente se sienta incomprendido, sino facilitar que se desahogue emocionalmente y no responder a sus enfados ni intensificarlos. Por otro lado, debemos explicar a la familia que el paciente se encuentra en una fase transitoria, y que para reducir su ira debemos dedicarle atención y escuchar qué es lo que le preocupa, y sobre todo, pedirles que tengan paciencia y acepten sus desahogos y enfados, a veces irracionales e injustos, sin abandonarle (17).

En ocasiones, la agresividad y la rabia presentes en esta fase de ira pueden desembocar en conductas de riesgo lesivas, tanto para la propia persona como para la gente que le rodea, tanto familia, como amigos o personal sanitario.

La autolesión consiste en una forma dañina de canalizar el dolor emocional, la ira intensa y la frustración. Surge como consecuencia de un mal abordaje de esta etapa, en la que se han reprimido las emociones y sentimientos, no se ha favorecido el desahogo emocional, y la culpa y la frustración acumuladas acaban manifestándose en forma de agresividad y daño contra uno mismo.

Por esta razón y en referencia al primer objetivo específico formulado, voy a orientar este trabajo hacia el planteamiento de un diagnóstico enfermero en relación al riesgo de autolesión causado por un elevado nivel de ira, y en el desarrollo de un plan de cuidados para abordarlo mediante la aplicación del PAE.

Por otro lado, debemos ayudar a la familia a afrontar la pérdida de su ser querido, y para ello, les ofreceremos información acerca del proceso de duelo, su duración, sus manifestaciones y orientaciones, y recursos que puedan ayudar a tolerar la pérdida sufrida (18).

Según la definición de la SECPAL, el duelo es “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” (19).

George Engel, un psiquiatra inglés (1964), relacionó de forma semejante el duelo y la fisiología de una herida (20).

Según él, la pérdida de un ser querido, al igual que una herida, es un proceso traumático y doloroso. Para recuperarse necesita un tiempo y un proceso, lo que constituiría el duelo (19).

Acorde a su teoría, divide el duelo en 6 estados o fases (21).

4.3. Fases del duelo según George Engel

1. Conmoción e incredulidad: la familia se encuentra aturdida en un principio, necesitan tiempo para procesar el hecho de la muerte.

2. Desarrollo de la conciencia de pérdida: aparecen una gran cantidad de impulsos emocionales, tales como el llanto, la rabia, la irritabilidad y la culpa, manifestándose a través de ellos la angustia sufrida.

3. Restitución: el proceso de recuperación comienza cuando se reconoce la realidad de la pérdida.

4. Resolución de la pérdida: en esta fase la familia sería capaz de recuperar fuerzas y reconectar con su vida diaria. Los recuerdos dolorosos y nostálgicos del fallecido son sustituidos por recuerdos cariñosos mezclados con tristeza.

5. Idealización, que podría ayudar a reprimir sentimientos negativos hacia el fallecido.

6. Resultado: el proceso total de duelo podría durar un año o más. Para Engel, la dependencia del familiar con el fallecido, así como su grado de culpa, edad y número de pérdidas anteriores, afectarían al resultado y al tiempo empleado en la resolución del proceso.

Por tanto, las cuatro tareas clave a realizar durante el proceso de duelo consistirían en aceptar la realidad y trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un modelo de vida sin la persona fallecida, y establecer nuevas relaciones emocionales (22).

El "duelo normal", a veces llamado "duelo no complicado", incluye un amplio rango de sentimientos y conductas consideradas como normales después de una pérdida. Una gran parte de los autores e investigadores piensa que el duelo es un proceso normal de adaptación ante la muerte de un ser querido, por extrañas que sean sus manifestaciones (23).

En ocasiones, las personas implicadas en el proceso de duelo no logran su recuperación después del tiempo estimado para ello. En este caso, puede haberse dado un estancamiento en alguna de las fases del mismo, estando también relacionado con las características propias de personalidad, o cualquier otro factor que obstaculice el desarrollo normal del proceso (20).

Según William Worden, existen una serie de manifestaciones dentro de las esferas cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual de los familiares involucrados en el proceso de duelo, que podrán presentarse o no, o bien presentarse una o varias al mismo tiempo. Todas estas alteraciones presentes durante el duelo forman parte del proceso normal del mismo, por tanto, su aparición no determina un peor pronóstico en su desarrollo (20).

Dentro de las esferas anteriormente mencionadas, las manifestaciones típicas son (22):

- E. cognitiva: sentimiento de incredulidad y confusión, presencia de alucinaciones, dificultades en la concentración, atención y memoria, pensamientos e imágenes frecuentes, obsesión por recuperar la pérdida...
- E. afectiva: alivio, fatiga, anhelo, tristeza, apatía e insensibilidad, sentimientos de angustia, ira y frustración, síntomas de ansiedad, estado de soledad...
- E. fisiológica: opresión en la garganta y en el pecho, sensación de despersonalización y de falta de aire, vacío en el estómago, falta de energía, dolor de cabeza, sequedad de boca...
- E. conductual: trastornos del sueño y alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, evitar recordatorios del fallecido, visitar lugares que recuerden al fallecido, hiper o hipo actividad...

Por lo tanto, resulta fundamental que los profesionales que se ocupan de estos pacientes conozcan las distintas manifestaciones que pueden ir surgiendo, de manera que puedan aconsejar sobre su correcto manejo y le concedan la importancia que merecen. Como personal de enfermería, los objetivos de orientación en el duelo consistirían en aumentar la realidad de la pérdida, ayudar a la persona a expresar sus sentimientos, ayudar a vencer los obstáculos que evitan la reorganización tras la pérdida, e incitar la despedida del fallecido para llegar a sentirse cómodo con la nueva situación (20).

Por esta razón, y para responder al segundo objetivo específico planteado, me centraré en el proceso de duelo por el que tienen que atravesar aquellas personas afectadas por el fallecimiento de un familiar, para que se desarrolle de la manera más natural y llevadera posible, elaborando un plan de cuidados mediante la aplicación del PAE.

4.4. Proceso de Atención Enfermera

El PAE consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Su principal objetivo se centra en componer una estructura que pueda cubrir de forma individualizada las necesidades del paciente, familia y comunidad. Consta de una serie de etapas, entre las que podemos destacar las siguientes (24) (Consultar Anexo 1):

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

Una vez se ha realizado la valoración del paciente terminal y su familia, se procederá a la formulación de un diagnóstico de enfermería, y se propondrán unos objetivos y unas intervenciones encaminadas a conseguirlos, proporcionando unos cuidados enfermeros mediante las taxonomías NANDA, NIC Y NOC.

Dado que son innumerables las necesidades percibidas por el paciente en situación terminal, tanto a nivel físico, como psicológico o emocional, el presente plan de cuidados está encaminado a la asistencia de estos enfermos y a su familia, en concreto, centrado en el paciente con un alto nivel de ira que pudiera

incurrir en autolesión, y en el duelo relacionado con la muerte de una persona significativa.

Para el primer objetivo específico, centrado en el paciente, presento el siguiente diagnóstico enfermero, con sus respectivos objetivos e intervenciones de enfermería:

1. Diagnóstico de enfermería:

[00140] Riesgo de violencia autodirigida

Este diagnóstico se puede definir como “aquella persona susceptible de tener conductas que demuestren que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma”.

Según el modo de valoración, podemos distinguir entre:

- *Los Patrones Funcionales de Marjory Gordon*, entre los que se ve alterado el Patrón 7, que pertenece a Autopercepción – autoconcepto.
- *Las Necesidades de Virginia Henderson*, entre las que se ve alterada la Necesidad 9, que pertenece a Evitar peligros/seguridad.
- *La Taxonomía NANDA*, en la que el diagnóstico formulado pertenece al Dominio 11, Seguridad/protección, y a la Clase 3, Violencia.

2. Características y factores:

- Aislamiento social
- Conflicto en las relaciones interpersonales
- Ideas suicidas
- Señales conductuales de intentos de suicidio
- Señales verbales de intentos de suicidio
- Patrón de dificultades en el entorno familiar

- Problemas de salud física
- Problemas de salud mental

3. Resultados esperados (NOC):

- [1302] Afrontamiento de problemas
- [1409] Autocontrol de la depresión
- [1410] Autocontrol de la ira
- [1405] Autocontrol de los impulsos
- [1204] Equilibrio emocional
- [2602] Funcionamiento de la familia
- [2603] Integridad de la familia

4. Intervenciones (NIC):

- [5330] Control del estado de ánimo
- [4354] Manejo de la conducta: autolesión
- [4640] Ayuda para el control del enfado
- [4370] Entrenamiento para controlar los impulsos
- [6487] Manejo ambiental: prevención de la violencia
- [5230] Mejorar el afrontamiento
- [5440] Aumentar los sistemas de apoyo
- [7110] Fomentar la implicación familiar

5. Actividades enfermeras en relación con las intervenciones:

- ✓ Administrar cuestionarios autocumplimentados (Inventario de depresión de Beck, escalas del estado funcional), según corresponda.

- ✓ Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.
- ✓ Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas.
- ✓ Desarrollar expectativas y consecuencias conductuales apropiadas basadas en el nivel de funcionamiento cognitivo y capacidad de autocontrol del paciente.
- ✓ Retirar los elementos peligrosos del entorno del paciente.
- ✓ Comunicar el riesgo de autolesión a otros profesionales de la salud.
- ✓ Usar un enfoque calmado y no hostil cuando se trate de comportamientos autodañinos.
- ✓ Ayudar al paciente a identificar estrategias de afrontamiento más apropiadas y sus consecuencias.
- ✓ Proporcionar una observación cercana e individualizada del paciente para preservar su seguridad, cuando sea necesario.
- ✓ Alentar al paciente a buscar a los profesionales de la salud para que hablen cuando se presente la necesidad de hacerse daño a sí mismo.
- ✓ Explicar y reforzar las conductas efectivas para enfrentar la situación y expresar adecuadamente los sentimientos.
- ✓ Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente.
- ✓ Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad.
- ✓ Instruir al paciente a reflexionar sobre sus propios pensamientos y sentimientos antes de actuar impulsivamente.
- ✓ Instruir a las visitas y demás cuidadores acerca de las cuestiones relevantes sobre la seguridad para el paciente.

- ✓ Colocar al paciente con riesgo de autolesión con un compañero para disminuir el aislamiento y la oportunidad de abandonarse a pensamientos de autolesión, si resulta oportuno.
- ✓ Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- ✓ Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- ✓ Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.

Para el segundo objetivo específico, centrado en la familia, presento el siguiente diagnóstico enfermero, con sus respectivos objetivos e intervenciones de enfermería:

1. Diagnóstico de enfermería:

[00136] Duelo

Este diagnóstico se puede definir como “proceso complejo 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”.

Según el modo de valoración utilizado, podemos distinguir entre:

- *Los Patrones Funcionales de Marjory Gordon*, entre los que se ve alterado el Patrón 8, que pertenece a Rol – relaciones.
- *Las Necesidades de Virginia Henderson*, entre las que se ve alterada la Necesidad 11, que pertenece a Creencias/valores.
- *La Taxonomía NANDA*, en la que el diagnóstico formulado pertenece al Dominio 9, Afrontamiento/tolerancia al estrés, y a la Clase 2, Respuestas de afrontamiento.

2. Características y factores:

- Alteración en el nivel de actividad
- Alteración en el patrón de sueño
- Búsqueda del significado de la pérdida
- Culpabilidad por la sensación de alivio
- Desesperación
- Desorganización
- Mantener una conexión con el fallecido

3. Resultados esperados (NOC):

- [2608] Resiliencia familiar
- [1304] Resolución de la aflicción
- [1605] Control del dolor
- [1305] Modificación social: cambio de vida
- [1307] Muerte digna
- [2001] Salud espiritual
- [1836] Conocimiento: manejo de la depresión
- [1309] Resiliencia personal

4. Intervenciones (NIC):

- [5290] Facilitar el duelo
- [5230] Mejorar el afrontamiento
- [7140] Apoyo a la familia
- [5270] Apoyo emocional

- [4920] Escucha activa
- [7100] Estimulación de la integridad familiar

5. Actividades enfermeras en relación con las intervenciones:

- 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.
- Fomentar la identificación de los miedos más profundos sobre la pérdida.
- Explicar las fases del proceso de duelo, según corresponda.
- Proporcionar un ambiente de aceptación.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos.
- Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia.
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.
- Ayudar a la familia a identificar sus fortalezas y habilidades para sobrellevar la situación.
- Facilitar oportunidades de apoyo por parte de grupos que estén en una situación similar.
- Informar a la familia sobre cómo puede ponerse en contacto con el personal de enfermería.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo.
- Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
- Ofrecer la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje recibido.
- Ayudar a la familia a resolver los sentimientos irrales de culpa o responsabilidad, si está justificado.
- Informar a los miembros de la familia de que la utilización de expresiones típicas de afecto en un entorno hospitalario es segura y aceptable.
- Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas.

5. DISCUSIÓN

Hoy en día, la aplicación de los cuidados profesionales por parte de los enfermeros se ve facilitada gracias a los planes de cuidados estandarizados. Gracias a ellos, se pueden brindar unos cuidados más específicos, centrados en los problemas reales o de riesgo que puedan estar presentes en el proceso o enfermedad de un determinado paciente, así como la realización de las intervenciones asociadas más efectivas.

En el caso del paciente terminal, son numerosas las necesidades que se ven alteradas, tanto física como psicológicamente, por lo que resulta de gran importancia cubrir estos aspectos, ambos imprescindibles para garantizar el confort del paciente. No obstante, en muchas ocasiones el aspecto psíquico del enfermo queda relegado a un segundo plano con respecto al físico, como consecuencia de la falta de capacidad para comunicarse ante estas situaciones, o la escasez de recursos para afrontarlas desde el punto de vista psicoemocional.

Es por ello por lo que este trabajo pretende dar una solución, exponiendo los conocimientos existentes sobre el tema y elaborando diagnósticos de enfermería a incorporar en un plan de cuidados para mejorar el abordaje psicológico del paciente.

Por lo tanto, sugiero diferentes planes de actuación con respecto a las necesidades percibidas en pacientes de este tipo y su familia, más explícitamente sobre cómo reducir la ira y por consiguiente el riesgo de autolesión, así como ofrecer apoyo emocional al paciente terminal y a su familia durante el proceso.

6. CONCLUSIONES

Por lo tanto y tras la realización de este trabajo podemos concluir que:

- El enfermo terminal es un tipo de paciente que requiere de unos cuidados muy específicos, y que abarcan tanto aspectos físicos, como emocionales, psicológicos, sociales y espirituales.
- A la hora de prestar estos cuidados, se debe tener en cuenta que la familia es un integrante más del proceso, por lo que, del mismo modo que al paciente, resulta indispensable apoyarle y cubrir sus necesidades desde un enfoque integral.
- Resulta fundamental conocer las distintas etapas por las que atraviesa el enfermo y su familia, de manera que se puedan ofrecer los cuidados oportunos y que más se adapten a esa situación.
- El personal de enfermería es el miembro del equipo sanitario más idóneo para asumir este tipo de cuidados, ya que es la persona que se encuentra en más íntimo contacto con estos pacientes y su familia.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Bonilla Merizalde J, León FX (dir). El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo [tesis doctoral en Internet]. Quito: Universidad libre internacional de las Américas. 2011 [citado 21 marzo 2020]. Disponible en: <http://enfermeriajw.com/wp-content/uploads/2012/10/bonilla-Afrontar-la-muerte-hospital.pdf>
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. Rev Cienc Soc. [Internet]. 2017 [citado 21 marzo 2020]; 30(40), 129-150. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/racs/v30n40/v30n40a07.pdf>
3. Zamora Calvo A. El enfermo terminal y la muerte. Rev Bioét y Cienc de la Salud [Internet]. Valladolid. 2010 [citado 22 marzo 2020]; 5(2). Disponible en: https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/paliativos/ENFERMO_TERMINAL_Y_LA_MUERTE.pdf
4. Buigues Mengual F, Torres Pérez J, Mas Sesé G, Femenía Pérez M, Baydal Cardona R. Paciente terminal. Guía de actuación clínica en A.P. España [Internet]. 2013 [citado 25 marzo 2020]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>
5. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Definición de enfermedad terminal [Internet]. 2014 [citado 25 marzo 2020]. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal
6. Vidal MA, Torres LM. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. Rev Soc Esp del Dolor [Internet]. 2006 [citado 26 marzo 2020]; 13(3), 143-144. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000300001

7. Del Castillo A. Cuidados a la persona con enfermedad terminal [Internet]. Gijón: Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias. 2003 [citado 30 marzo 2020]. Disponible en: https://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas%20para%20la%20Consulta%20Enfermera/CUIDADOS_Enfermo_Terminal.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [citado 3 abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
9. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España [Internet]. 2020 [citado 4 abril 2020]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf :
10. Asociación Española Contra el Cáncer. Situación actual en cuidados paliativos. Resumen ejecutivo [Internet]. 2020 [citado 7 abril 2020]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/todo-sobre-cancer/observatorio/documentos/resumen-ejecutivo-paliativos.pdf>
11. Oriol I, Gómez M, Gándara A, Herrera, E. Asociación Española Contra el Cáncer. Informe de la situación actual en cuidados paliativos [Internet]. 2014. [citado 10 abril 2020]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/todo-sobre-cancer/observatorio/documentos/informe-situacion-actual-cuidados-paliativos.pdf>
12. Sociedad Española de Oncología Médica. Comunicación del diagnóstico [Internet]. 2020 [citado 18 abril 2020]. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/comunicacion_oncologia/8.pdf
13. Siurana Aparisi JC. ¿Muerte solitaria o acompañamiento en el con-morir? [Internet]. Universidad de Valencia: Departamento de filosofía del Derecho, Moral y Política. 1997. p. 118. [citado 20 abril 2020]. Disponible en: <https://www.uv.es/qibuv/SiuranaConmorir.pdf>

14. Molina Restrepo ME. El derecho a morir con dignidad. Rev Inv y Educ en Enfermería [Internet]. 1987 [citado 20 abril 2020]; 5(2), 53-66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5299370>
15. Cuadrado Salido D. Las cinco etapas del cambio. Rev Cap humano [Internet]. 2010. [citado 24 abril 2020]; 241, 54-58. Disponible en: https://factorhuma.org/attachments_secure/article/420/c303_cincoetapas.pdf
16. 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. Rev Psic [Internet]. Monterrey: Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. 2013. [citado 27 abril 2020]; 10(1), 109-130. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/41951/39953>
17. Centeno Cortés C, Gómez Sancho M, Nabal Vicuña M, Pascual López A. Manual de medicina paliativa [Internet]. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra. 2009. [citado 4 mayo 2020]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1evJCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=manual+de+medicina+paliativa&ots=XcH_GEkcSB&sig=8pcrjE5FcTUHb4N874RhmhSOpQA#v=onepage&q=manual%20de%20medicina%20paliativa&f=false
18. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía para familiares en duelo [Internet]. 2014. [citado 7 mayo 2020]. Disponible en: http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxiu/doc_guia_para_familiares_en_duelo.pdf
19. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Duelo [Internet]. 2014. [citado 8 mayo 2020]. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_16-duelo
20. Sociedad Española de Oncología Médica. Manifestaciones del duelo [Internet]. 2020. [citado 11 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>

21. Montoya Carrasquilla J. Medicalia.org. Fundamentos Teóricos del Duelo - Parte II [Internet]. 2013. [citado 14 mayo 2020]. Disponible en: <https://medicalia.ning.com/profiles/blogs/fundamentos-te-ricos-del-duelo-parte-ii>
22. Neimeyer RA. Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo [Internet]. 2007. [citado 15 mayo 2020]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/1df1/7b70cfd450d732f530cb3372d3b71b8a07fc.pdf>
23. Meza Dávalos EG, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Sauri Suárez S, Martínez Silva B. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Rev de Esp MQ [Internet]. México: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. 2008. [citado 17 mayo 2020]; 13(1), 28-31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/473/47316103007.pdf>
24. Elso Gálvez R, Solís Carpintero L. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. El proceso de atención de enfermería en urgencias extrahospitalarias [Internet]. 2010. [citado 18 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c06b7e5-ca29-40c6-ab63-f84959a87362/c618e862-974d-4faf-8093-66eae984e3da/TRABAJO CONGRESO GRAFICA AJUSTADA.pdf>
25. Tejada Domínguez FJ, Ruiz Domínguez MR. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. Rev Enf global [Internet]. 2009. [citado 20 mayo 2020]; 8(1). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/49551/47401>
26. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015. [citado 20 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>

8. ANEXOS

Anexo 1: Proceso de Atención Enfermera

El PAE consiste en la aplicación del método científico en la práctica profesional, ofreciendo unos cuidados individualizados con el fin de conseguir unos objetivos lo más eficientemente posible. Los cinco pasos que lo constituyen son la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación (25).

Tabla 1: Características del Proceso de Atención de Enfermería. Fuente: 24

<u>Características del proceso</u>
Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo.
Es sistemático.
Es dinámico e interactivo.
Es flexible.
Tiene una base teórica aplicable a cualquier modelo de enfermería.

Tabla 2: Fases del Proceso de Atención de Enfermería. Fuente: 24

<u>Etapas del proceso</u>	
1. Valoración	Proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Las principales fuentes de información suelen ser el propio paciente, su historial médico, su familia o alguna persona relacionada con él. Para la elaboración del historial médico se usan como modelo los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon y las 14 necesidades de Virginia Henderson.

2. Diagnóstico	Enunciado del problema real o potencial del paciente, realizado a partir de los datos recogidos en la fase anterior según la valoración desde la perspectiva del personal de enfermería, y que requiera de su intervención para disminuirlo o resolverlo. Se elabora según la Taxonomía II de NANDA.
3. Planificación	Se fijan los cuidados de enfermería que se van a realizar, planteando unos objetivos y unas intervenciones y actividades según la clasificación NOC y NIC, respectivamente, y procediendo a su documentación y registro.
4. Ejecución	Consiste en poner en práctica el plan de cuidados establecido. Se llevarán a cabo las intervenciones enfermeras encaminadas tanto a la resolución de problemas como a las necesidades de las personas. En esta etapa, resulta esencial la recogida de datos para valorar en la última fase.
5. Evaluación	Por último, se valorará la evolución, y en caso de ser necesario, se podrán realizar modificaciones en las decisiones tomadas.