



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS "SAN CRISTÓBAL"

MTRA. LOURDES JAZMIN SARABIA GONZALEZ

PSICOLOGÍA MÉDICA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ENFERMO TERMINAL

TRABAJO PRESENTADO POR:

REBECA MARÍA HENRÍQUEZ VILLAFUERTE

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS, CHIAPAS. A 06 DE NOVIEMBRE DE 2021

<https://psicologiaymente.com/clinica/psicologo-enfermedad-terminal>

Oscar Castellero Mimenza

EL PSICÓLOGO Y SU INTERVENCIÓN EN LA ENFERMEDAD TERMINAL: ¿QUÉ HACE?

EL PSICÓLOGO DEDICADO A LOS CASOS DE ENFERMEDAD TERMINAL DEBE ENFRENTARSE A SITUACIONES DURAS.

Todos sabemos que tarde o temprano vamos a morir. Un accidente, una enfermedad o la simple vejez terminarán provocando nuestro fallecimiento. Pero no es lo mismo saber que un día moriremos que el hecho de que nos diagnostiquen una enfermedad y **nos digan que nos queda como mucho entre dos meses y un año de vida.**

Lamentablemente, esto es lo que le sucede a una gran cantidad de personas en todo el mundo. Y para la mayoría se trata de algo duro y doloroso de asumir. En estas difíciles circunstancias resulta fácil que surjan una gran cantidad de necesidades por parte del sujeto enfermo que éste puede incluso no atreverse a mencionar a su entorno por considerarse una carga, o incluso en los propios familiares. En este contexto, un profesional de la psicología puede realizar un servicio de gran valor. **¿Cuál es el papel del psicólogo en la enfermedad terminal?** Vamos a discutirlo a lo largo de este artículo.

La intervención del psicólogo en pacientes de enfermedad terminal

El concepto de enfermedad terminal hace referencia a aquella **enfermedad o trastorno en fase muy avanzada, en la que no existe probabilidad de recuperación** de la persona que la padece y en el que la esperanza de vida queda reducida a un periodo relativamente breve (generalmente de unos pocos meses).

El tratamiento que se emplea a nivel médico con este tipo de pacientes es de tipo paliativo, no pretendiendo como objetivo prioritario su recuperación sino el mantenimiento durante el mayor tiempo posible de la mayor calidad de vida alcanzable y la evitación de malestar y sufrimiento.

Pero **el tratamiento médico a menudo precisa de la contribución de psicólogos y psiquiatras** que se hagan cargo de las necesidades más psicológicas y emocionales del paciente, no tanto a lo que se refiere a la sintomatología de su enfermedad en sí sino en la preservación de su dignidad y en la aceptación del final de la vida. Asimismo, se busca aumentar el confort y servir de acompañamiento, así como cerrar el proceso de vida de manera positiva y en la medida de lo posible suplir las necesidades psicológicas y espirituales.

El diagnóstico

El momento del diagnóstico y de la notificación es uno de los más delicados, suponiendo para la persona un duro revés. En este sentido, también hay que tener en cuenta que es posible que a la fase terminal se llegue después de un período más o menos prolongado en el que el paciente ha podido presentar diferente sintomatología que sabía que conducía hacia su deceso, pero que también es posible que el diagnóstico de una problemática concreta en fase terminal sea algo completamente inesperado.

En cualquier caso, **es habitual que aparezca un periodo de duelo** en el propio paciente con respecto a su relación con el posible proceso que le llevará a su final. Es habitual que en un primer momento aparezca incredulidad y negación, para que posteriormente despierten fuertes emociones de rabia, ira e incredulidad. Tras ello, no es raro que surjan etapas en las que el sujeto intenta hacer una especie de negociación en la que mejoraría como persona si se curase, para posteriormente ser invadidos por tristeza y finalmente, llegar a una posible aceptación de su estado.

Las actitudes y conductas pueden variar enormemente de un caso a otro. Habrá personas que sentirán una rabia constante que les empujará a luchar por sobrevivir, otros que negarán en todo momento su enfermedad o incluso se convencerán a sí mismos de ello (algo que sorprendentemente en algunas personas puede prolongar la supervivencia siempre y cuando cumplan con su tratamiento, dado que puede ayudarles a no experimentar tanto estrés) y otras que entrarán en un estado de desesperanza en la que se

negarán a cualquier tratamiento por considerarlo inútil. Trabajar esta actitud es fundamental, dado que permite predecir la adscripción al tratamiento y favorecer un aumento en la expectativa de supervivencia.

Tratamiento al enfermo terminal

Las necesidades de la población con enfermedades terminales pueden ser muy variadas, siendo esta variabilidad algo a tener en cuenta en cada caso tratado. A grandes rasgos, como hemos comentado anteriormente, se pretende como principales objetivos **preservar la dignidad de la persona**, servir de acompañamiento en esos momentos, proporcionarle el máximo confort posible, aliviar las necesidades psicológicas y espirituales e intentar trabajar el cierre del proceso vital con tal de que la persona pueda morir en paz.

A nivel psicológico, un elemento que hay que trabajar en gran medida con el paciente es la percepción de falta de control: es habitual que la persona en estado terminal se perciba como incapaz de afrontar la amenaza que le supone el enfermedad y los síntomas que padece, y que se vea a sí mismo como inútil. Será necesario reestructurar este tipo de creencias y aumentar su sensación de control sobre la situación. Asimismo pueden resultar de ayuda técnicas como la visualización o la relajación inducida. El counselling, como estrategia en la que el profesional adopta un papel menos directivo y facilita que el paciente llegue a sus propias conclusiones sobre sus inquietudes, puede servir para mejorar esta percepción de control.

Otro aspecto a trabajar es la existencia de posible sintomatología ansiosa o depresiva. Si bien es lógico que en tales circunstancias aparezcan tristeza y ansiedad, se han de controlar la posible aparición de síndromes de este tipo que empeoren el malestar del paciente y vayan más allá de lo adaptativo. También es necesario tener en cuenta que **en algunos casos pueden aparecer intentos de suicidio**.

Asimismo, que la persona pueda expresar sus emociones y pensamientos es fundamental, siendo muy frecuente que no se atreva a confesar sus miedos y dudas con nadie o con su entorno cercano debido a la voluntad de no causar preocupación o de no ser una carga.

El profesional ha de explorar los miedos, intentar dar apoyo emocional y favorecer la expresión de miedos y deseos con el fin de poder dirigir y gestionar la emoción hacia metas adaptativas y no hacia la desesperación. También la información sobre la situación y lo que puede pasar (por ejemplo el dolor o lo que puede pasar con sus familias tras su muerte) suele ser un tema complicado y algo que puede inquietar a los pacientes. Sin embargo, no todos los pacientes quieren saberlo todo: deben tenerse en cuenta sus deseos en este sentido.

Si el paciente tiene creencias religiosas y ello le proporciona paz, puede ser importante contactar con alguna autoridad, clérigo o guía espiritual que pueda trabajar ese aspecto tan relevante para la aceptación del futuro deceso. La resolución de problemas y el manejo de la comunicación y emociones pueden ser gran utilidad.

La familia: papel del psicólogo en la aceptación y gestión de la situación

La existencia de una enfermedad terminal resulta demoledora para la persona que la padece y ha de ser esta en la que más se centre la intervención, pero **no es la única persona que va a presentar un elevado nivel de sufrimiento**. Su entorno, a menudo, va a necesitar de asesoramiento, pautas de actuación y un gran soporte emocional para poder sobrellevar la situación, tanto la actual como la del futuro deceso.

Mención aparte merecen dos fenómenos que son más frecuentes de lo que parece. En primer lugar **la llamada conspiración del silencio**, en que la enfermedad es negada e ignorada de tal manera que el paciente puede no saber qué le sucede. Si bien la intención suele ser proteger al paciente terminal y no generarle sufrimiento, lo cierto es que en enfermedades prolongadas puede generar sufrimiento al no saber la propia persona qué le ocurre y pudiendo sentirse incomprendido.

El otro fenómeno frecuente es la claudicación familiar, cuando el entorno se rinde y se ve incapaz de dar soporte a las necesidades del enfermo. Ello es más frecuente en situación en que la enfermedad terminal tiene una duración prolongada y en la que el sujeto se vuelve muy dependiente, pudiendo sus cuidadores sufrir un gran nivel de tensión, ansiedad, depresión y la llamada sobrecarga del cuidador. En este sentido **será necesario realizar psicoeducación** y proporcionar un apoyo continuado a la familia, así como poner en vinculación a los familiares con asociaciones que puedan ayudarles (por ejemplo, los RESPIR residenciales en Catalunya) y posiblemente poner en contacto con asociaciones de familiares de personas con dicha enfermedad y/o grupos de ayuda mútua.

La resolución de problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento en gestión de emociones o de comunicación, la psicoeducación y el tratamiento de las diferentes problemáticas que puedan presentar son algunas de las técnicas empleables que poseen gran utilidad. **La aceptación de la futura pérdida**, el trabajo con la emociones, dudas y miedos de los familiares y la adaptación a un futuro sin el sujeto enfermo son elementos a tratar.

Referencias bibliográficas

- Arranz, P.; Barbero, J.; Barreto, P & Bayés, R. (2004). Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos (2a ed.). Ariel: Barcelona.
- Clariana, S.M. y de los Rios, P. (2012). Psicología de la Salud. Manual CEDE de Preparación PIR, 02. CEDE: Madrid.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON EL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL

INTRODUCCIÓN

Cuidar a las personas cuya vida está llegando a su final es un deber ético y profesional indudable. Entendemos que la última etapa de la vida merece ser atendida igual que cualquier otra de las que atraviesa el ser humano con rigor profesional y una gran calidad humana. El cuidado a los moribundos ha evolucionado dentro de un enfoque natural, centrado básicamente en el paciente y basándose al menos en dos principios: en primer lugar, el paciente es capaz de elegir cómo quiere pasar el tiempo que le queda de vida y en segundo lugar, este tiempo ha de ser tan apacible y agradable como sea posible. La Organización Mundial de la Salud define los Cuidados Paliativos como “Cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. El control del dolor, de otros síntomas y de problemas psicológicos, espirituales y sociales, adquiere en ellos una importancia primordial. El objetivo de los Cuidados Paliativos es conseguir la máxima calidad de vida para los pacientes y sus familias” (Organización Mundial de la Salud. OMS, 1987). Así, en una situación de enfermedad avanzada e incurable, los objetivos básicos son el bienestar y la calidad de vida definidos por el propio enfermo y su familia. Estamos pues ante unos parámetros multifactoriales siempre presentes que afectan no sólo a enfermos de cáncer sino también geriátricos, enfermos de SIDA y de otras enfermedades evolutivas en fases avanzadas y terminales. Esta situación implica para las personas inmersas en ella una serie de necesidades que requieren una esmerada atención.

CONTROL DE SÍNTOMAS

Teniendo en cuenta el planteamiento interdisciplinar antes mencionado, comentaremos a continuación algunas de las cuestiones clave a la hora de llevar a cabo un buen control de síntomas. En primer lugar consideramos que el control de los síntomas físicos es imprescindible para el bienestar de los pacientes y por tanto representa la primera medida a tomar. A la hora de plantearse los objetivos para enfrentarse a dichos síntomas es necesario resaltar dos aspectos relevantes de tales objetivos: han de ser realistas y progresivos. Resulta evidente que cualquier persona que sufre dolor o cualquier síntoma aversivo se siente alterada y es necesario su alivio para conseguir mayor bienestar. La situación se complica cuando existen síntomas muy difíciles de controlar que pueden repercutir en una merma de la autoestima del enfermo y de su autonomía. En estas situaciones resulta perjudicial dar falsas esperanzas de control, siendo mucho más efectivo y realista promover la mejor adaptación del enfermo a dichos síntomas. Así pues, un adecuado control de síntomas implica algo más que elevados conocimientos técnicos, sobre todo en un momento evolutivo de una enfermedad donde la curación es imposible. En ese sentido destacamos algunos aspectos a tener en cuenta que en cierta medida se corresponden con algunos principios generales del control de síntomas propuestos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos “SECPAL” (Sanz, Gomez, Gómez y Núñez, 1993) y que ya planteamos en otro lugar (Barreto, Arranz, Barbero y Bayés, 1998).

a) Los síntomas físicos y psíquicos interactúan, resaltando el hecho de que la interacción de ambos potencia el malestar del individuo. El malestar emocional realza la percepción subjetiva del malestar físico y viceversa, el malestar físico repercute directamente en el estado emocional. Por esta razón,

Jones, Johnston y Speck (1989) enfatizan el papel del apoyo emocional en esta situación, sugiriendo que si el afecto negativo del paciente es elevado, la expresión de emociones puede presentarse como el problema fundamental, lo que repercute en una mayor dificultad para que el cuidador detecte las necesidades reales del paciente, pudiéndose producir sensaciones de desamparo tanto en el paciente como en el cuidador.

b) Es preciso evaluar antes de tratar. Además de la causa se debe evaluar la intensidad, el impacto físico y emocional y todos aquellos factores que provoquen o potencien cada síntoma. No siempre la enfermedad será la causante de la sintomatología que presente el paciente. Se debe tener en cuenta la enfermedad, los tratamientos que ésta conlleva, la debilidad que muestran los enfermos, la situación individual antes de la enfermedad actual, etc.

c) Es importante explicar las causas de los síntomas y su tratamiento de manera que los enfermos y sus familiares lo comprendan. Al respecto destacamos el Intervención psicológica con el paciente en situación terminal. Revista de Psicología de la Salud, 13(2), 2001 Journal of Health Psychology, 13(2), 2001 121 impacto emocional del paciente y su familia, su preocupación y su necesidad de conocer a que son debidas las alteraciones que muestra el enfermo. Si se informa de manera correcta, se conseguirá una mayor colaboración y por consiguiente se facilitará el control de los síntomas.

d) La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma.

e) Un aspecto muy importante es el papel activo del enfermo. El tratamiento siempre será individualizado y se discutirán las opciones terapéuticas con cada paciente. Es necesario por tanto que la comunicación entre el personal sanitario y el enfermo sea continua.

f) Los síntomas son cambiantes, por lo tanto es fundamental su evaluación de forma continua, teniendo siempre presente la valoración subjetiva que de ellos hace el paciente, puesto que, tal como se ha puesto de manifiesto en investigaciones previas, la intensidad o frecuencia de un síntoma no necesariamente se corresponde con el grado de preocupación que genera (Barreto et al., 1996). Además es necesario tener en cuenta que la evaluación de los pacientes y de otros agentes, por ejemplo de los familiares, difiere sustancialmente (Higginson, Wade y McCarthy, 1990; Wallston, Burger, Smith y Baugher, 1988), sobre todo en lo que se refiere a la percepción de intensidad y gravedad.

g) Se monitorizarán los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados y esquemas de registro adecuados. Una monitorización adecuada ayuda a clarificar los objetivos y a analizar la eficacia de la intervención.

h) Es primordial ofrecer instrucciones correctas y completas acerca del tratamiento. El enfermo tiene que conocer para qué sirve la medicación prescrita y los efectos secundarios de la misma, sobre todo en aquellos casos en que el prospecto indique una utilidad diferente (p.ej. uso de antidepresivos para control del dolor), evitaremos de esta forma situaciones de confusión por parte de la unidad familiar.

i) Dada la situación cambiante de la sintomatología se hace necesaria una revisión constante de los fármacos administrados, controlando de forma pormenorizada los efectos secundarios de la medicación.

Así pues, controlar los síntomas tiene como objetivo aminorar el sufrimiento y conseguir la relajación tanto física como emocional y espiritual.

LA INTERVENCIÓN ANTE LOS SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

De igual modo que hemos realizado algunas reflexiones generales para el control de síntomas, señalaremos algunas recomendaciones para el manejo de determinados cuadros psicopatológicos tales como la ansiedad, la depresión, los miedos y el delirium y/o estados confusionales. La ansiedad es quizá la reacción emocional más común de la gente cuando enferma (Marino, 1981). En el caso concreto del cáncer, se produce un impacto psicológico en el paciente y su familia que se manifiesta de diversas formas, desde la ansiedad de separación hasta la ansiedad ante la muerte, influyendo en otros síntomas. En otras ocasiones algunos enfermos niegan su estado de ansiedad pese a que su conducta la refleja mediante síntomas físicos como el dolor, vómitos o inquietud o bien mostrando una postura tensa, alteraciones en el sueño o una actividad constante desorganizada (Stedeford, 1988). Así pues, las manifestaciones habituales de ansiedad se refieren a intranquilidad, inquietud psicomotriz, sensaciones de ahogo, sensación de bolo en el estómago, opresión precordial, miedo e insomnio. Stedeford (1988) respecto a la ansiedad de separación ofrece indicaciones para su tratamiento basándose en la cercanía y el contacto físico, aspectos de gran importancia en la terapéutica de la situación incurable. Sin olvidar por ello que identificando los miedos y experiencias pasadas del paciente también contribuimos a aliviar su ansiedad. Al respecto son de gran utilidad dentro de una intervención psicológica especializada las técnicas de relajación inducida mediante verbalizaciones de sugestión o visualización así como la hipnosis (Breitbart et al., 1998) puesto que el uso de procedimientos que impliquen un esfuerzo físico pueden provocar molestias adicionales dada la menor capacidad física de los enfermos.

SOPORTE EMOCIONAL DESDE EL COUNSELLING

En el marco en el que nos encontramos, el counselling se muestra como una herramienta indispensable y se basa, específicamente en cómo informar, educar y comunicar. Al respecto, se considera como la estrategia que parece más adecuada ya que se ha mostrado especialmente útil cuando en la relación cliente - profesional de la salud aparecen situaciones de estrés o ansiedad por una o ambas partes (Barreto, Arranz y Molero, 1997). Cuando hablamos de esta herramienta, nos referimos al fenómeno que refleja la definición de la British Association for Counselling (1992) y no sólo a la idea original rogeriana. En ella se entiende por counselling: "el uso de los principios de la comunicación con el fin de desarrollar el autoconocimiento, la aceptación, el crecimiento emocional, y los recursos personales. El objetivo global es ayudar a que las personas vivan del modo más pleno y satisfactorio posible. El counselling puede estar implicado en la dirección y resolución de problemas específicos, la toma de decisiones, el proceso de hacer frente a las crisis, el trabajo a través de los sentimientos o los conflictos internos, o la mejora de las relaciones con las demás personas. El papel del profesional es facilitar la tarea del cliente, a la vez que respeta sus valores,

sus recursos personales y su capacidad de autodeterminación". Como podemos deducir de esta gran definición, el counselling se basa fundamentalmente en actitudes solidarias, de reconocimiento y aceptación de la persona, en el ejercicio de las habilidades sociales - dentro del marco de la comunicación asertiva -, en técnicas de control emocional y en estrategias de resolución de problemas, por tanto constituye un medio y no un fin en sí mismo. La utilización del counselling ayuda a evitar algo tan frecuente en el ámbito sanitario como el paternalismo. Plantea una relación de ayuda entre sujetos autónomos, aunque, en cuidados paliativos, una de las partes tenga que convivir con una Martínez, E., Barreto, M.P. y Toledo, M. Revista de Psicología de la Salud, 13(2), 2001 Journal of Health Psychology, 13(2), 2001 126 salud en estado muy precario. Es importante recordar que la autonomía es uno de los aspectos que más relevancia tienen para todo ser humano y por tanto para el enfermo en situación terminal. No es posible proporcionar soporte emocional al paciente y a su familia, basándonos en la sobreprotección no solicitada y a menudo ofrecida, los prejuicios sobre los valores y creencias del enfermo o la infantilización de las relaciones interpersonales. Es crucial que se pueda mantener la dignidad del ser humano incluyendo en ella una situación con la máxima autonomía posible. Como hemos comentado, además de un manejo adecuado de las técnicas de control emocional y de solución de problemas, el counselling implica también la comunicación clara, continua, abierta y fluida como un elemento terapéutico básico en cuidados paliativos, permite la actuación coordinada del equipo, la manifestación de necesidades a cubrir y la "ventilación" de sentimientos. Señalaremos a continuación algunos elementos que desde nuestro punto de vista son esenciales dentro del ámbito de la comunicación con el enfermo en situación terminal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arranz, P., Barbero, J., Barreto, M.P y Bayés, R. (1997). Soporte emocional desde el equipo interdisciplinar. En M. Gómez Sancho (Ed.) Medicina del Dolor. Barcelona. Masson.

British Association of Counselling. BAC (1992). Invitation to Membership. Rugby: British Association of Counselling Barreto, M.P. y Martínez, E. (2000).

Cuidados Paliativos. En R. FernándezBallesteros (Dir.), Gerontología Social (pp. 581-595). Madrid: Pirámide. Barreto, M.P., Arranz, P. y Molero, M. (1997). Counselling.

Instrumento fundamental en la relación de ayuda. En M.C. Martorell y R. González (Ed.), Entrevista y Consejo Psicológico (pp. 83-104). Madrid, Síntesis. Barreto, M.P., Arranz, P., Barbero, J. y Bayés, R. (1998) Intervención Psicológica con personas en la fase final de la vida. En V. Caballo (Dir), Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol 2, (pp. 431-451). Madrid. Siglo XXI

