



CIETSGe
Centro de Investigación y Estudios de
Trabajo Social en Gerontología



dgapa

Dirección General de Asuntos
del Personal Académico

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Trabajo Social
Centro de Investigación y Estudios de Trabajo Social en Gerontología

2° Seminario internacional y multidisciplinario de los cuidados paliativos y tanatología para la atención de personas con pronóstico corto de vida y sus familias.

Atención Psicológica en Cuidados Paliativos (a la persona, familia y profesional)

Mtra. Alejandra Ramírez García

Instituto Mexicano de Psicooncología

ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN CUIDADOS PALIATIVOS

- Manejo del colapso físico, mental, económico, social, emocional.
- Resiliencia y cuidados paliativos.
- Resiliencia institucional y comunitaria en tiempos de crisis y emergencia.



*** PACIENTE**

*** FAMILIA**

**(CUIDADOR PRIMARIO,
REDES DE APOYO)**

*** EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO**

SALUD MENTAL

- Definición: «un estado **de** completo bienestar físico, **mental** y social, y no solamente la ausencia **de** afecciones o enfermedades». “No hay salud sin salud mental” (OMS, 2020).
- Factores sociales, psicológicos, biológicos y económicos.
- Condiciones de la pandemia actual, aumento de nuevas condiciones de salud mental o empeoramiento a las preexistentes al confinamiento.
- Un antecedente del concepto de **salud mental** es el de «higiene **mental**», descrito por el psiquiatra estadounidense Clifford Whittingham Beers en 1908, quien fundó el Comité Nacional de Higiene **Mental** en 1909 y adelantó la campaña por los derechos de los enfermos **mentales**.

CUIDADOS PALIATIVOS

- Posteriormente, la OMS ha ampliado la definición de cuidados paliativos: «Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales» (OMS, 2002).
- El probable origen etimológico de la **palabra paliativo** es la **palabra** latina “pallium”, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento.

MANEJO DEL COLAPSO FÍSICO, MENTAL, ECONÓMICO, SOCIAL Y EMOCIONAL DEL PACIENTE, CUIDADOR PRIMARIO, FAMILIA Y EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.

PACIENTE

El paciente es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud. La palabra paciente es de origen latín “*patiens*” que significa “*sufriente*” o “*sufrido*”.



FAMILIA-CUIDADOR PRIMARIO

Un cuidador primario es definido como aquella persona que, sin ninguna retribución económica, provee cuidado tanto físico como emocional a otra persona que se encuentra enferma, por lo general se trata de un familiar cercano o alguien significativo. En cuidados paliativos este rol de cuidador primario es provisto en un marco en el que se espera que una persona muera (Aoun et al., 2015).



FAMILIA-RED DE APOYO

- **Familia:** Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.
- Las **redes de apoyo** social son: “el conjunto de relaciones que integran a una persona con su entorno social, o con personas con las que establecen vínculos solidarios y de comunicación para resolver necesidades específicas.
- El hombre sobrevive en grupos.



EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

El **equipo multidisciplinario** es aquel que está formado por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, compartiendo un mismo proyecto asistencial y objetivos de atención. Integrado por médico, enfermera, trabajador social, psicólogo, en función del paciente pediatras, cardiólogos, neurólogos, geriatra, oncólogo, ginecólogo, radiólogo, voluntariado, hematólogos, patólogos, endocrinólogos, biólogos, fisioterapeutas, etc.

Die Trill, pág.710.



1° IDENTIFICAR y PRIORIZAR

- SALUD MENTAL
- IMPACTO DE LAS NOTICIAS
- ESFERAS DE LA SALUD

2° RECURSOS

- AFRONTAMIENTO
- RELIGIÓN
- ESPIRITUALIDAD
- REDES DE APOYO
- RESILIENCIA

LAS ESFERAS DE LA SALUD

Modelo Biopsicosocial.

- Macro procesos: social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos.
- Micro procesos: cambios bioquímicos, pensamientos, emociones. (Oblitas pág. 12).

Pluridimensionalidad.

- Física, espiritual, psicológica, social, religiosa, histórica, cultural, ética, estética, lúdica, comunicativa, interpersonal y emocional. (Die Trill, pág 709).



MALAS NOTICIAS

“Ni como hombre ni como médico podrá acostumbrarse a ver morir a sus semejantes” A. Camus.

El médico es quien aporta la decisión de lo que se dice y el cómo, es quien primero conoce el diagnóstico y quien está capacitado para dar un pronóstico.

Como médicos están preparados para curar y salvar vidas hasta el último momento y no los preparan para dar malas noticias.

“Considerándose la muerte como un fracaso terapéutico, siempre resulta difícil anunciar una mala noticia” (Gómez, Marcos 2005 pág.4)

Para ello es importante:

- Enfrentarse a las preguntas del sentido de vida y de la muerte.
- Verificar la situación del paciente.
- Preparar al paciente para la participación de la verdad.
- Solidarizarse.
- Toma de conciencia de mi propia muerte, trabajo de mis propios duelos.
- No nos enseñan a tener un proyecto de muerte.
- El paciente enfrenta: Dos crisis, dos muertes, por vivir un pre-duelo por la proximidad de la muerte y la segunda la muerte en sí.
- Las noticias modifican radical y negativamente la idea del enfermo que se hace de su porvenir y dependerá de las esperanzas, expectativas y la realidad médica.
- Es imposible prejuzgar la reacción del enfermo.

AFECTACIONES EN EL PACIENTE

Sobre todo, tendrá pérdidas.

- Salud, disfunciones sexuales.
- Autonomía, rol en la familia.
- Impacto de la noticia.
- Síntomas psicológicos, equilibrio emocional, niveles de estrés/ansiedad, autoestima, agresividad, depresión.
- Falta de aceptación y adaptación a un nuevo ambiente físico y social.
- Incertidumbre por el curso de la enfermedad y su físico.
- Dolor y miedo a la muerte.

AFECTACIONES EN EL CUIDADOR PRIMARIO

Síndrome de sobrecarga del cuidador. (Nielsen y colaboradores, 2015)

- Cansancio y agotamiento físico, mental, emocional.
- Falta de apetito.
- Problemas de sueño.
- Disminución o abandono de las aficiones, desinterés por vivir.
- Elevada irritabilidad, aislamiento social.
- Dolores sin tener problemas de salud aparente.
- Consumo de ansiolíticos, alcohol, drogas.

AFECTIONS EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

- Burnout: Respuesta al estrés laboral crónico que tiene una gran incidencia en los profesionales del sector de servicios hacia personas. Se caracteriza por un deterioro cognitivo, una experiencia de desgaste psicológico y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y organización. (Bosqued, 2008)
- Fatiga por compasión: Es el resultado de un proceso progresivo y acumulativo causado por el contacto prolongado, continuo e intenso con los pacientes, la exposición al estrés, donde la energía compasiva (puesta en pos del alivio del sufrimiento) que se utiliza supera sus procesos restaurativos, excede el estrés permitido y pierde poder de recuperación. (Carla Joinson, 1992)

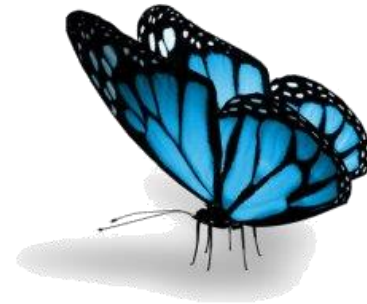
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

- Combinación de dos o más técnicas.
- Psicoeducación.
- Resiliencia.
- Manejo del dolor.
- Expresión de emociones.
- Técnicas de relajación, Mindfulness.
- Tanatología, manejo del duelo.
- Solución de problemas.



RESILIENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

RESILIENCIA



CRISIS



“El hombre sabio
está atento a la
impermanencia de todas
las cosas” Confucio.

EMPODERAMIENTO

RESILIENCIA

El término resiliencia es una castellanización de la palabra inglesa *Resilience*, el cual originalmente es propio de la **Física** y se refiere a la capacidad de un cuerpo elástico para recuperar su tamaño y forma original después de ser deformado.



Salud mental:

Como la capacidad de recuperarse de situaciones traumáticas, implicando la confluencia dinámica de factores que promueven la adaptación ante experiencias adversas.

- *Crisis es una condición inestable, que se presenta en el curso de un proceso, y cuya forma de resolución condiciona y modula la continuidad del mismo.*



CRISIS

- 1.- Vivencia del cambio.
- 2.- Cambio para el que no estamos preparados.
- 3.- Una crisis no puede ser por su esencia permanente.
- 4.- Percepción de encontrarnos en una encrucijada que significa riesgo.

EMPODERAMIENTO

Este VERBO que procede del vocablo inglés *empower*, alude a ayudar a una persona o a un conjunto de individuos a ser más fuertes y a tener más poder siendo la fortaleza la capacidad de defensa, a la resistencia y al vigor.



AFRONTAMIENTO

- De modo general, el afrontamiento se refiere a la serie de «pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles» (Stone y cols.,1988, pág. 183).
- Normalmente se distinguen dos tipos generales de estrategias (Lazarus y Folkman, 1986):
 - 1. Estrategias de resolución de problemas:** son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
 - 2. Estrategias de regulación emocional:** son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

AFRONTAMIENTO

En situaciones de pérdida irreversible. (Avía y Vázquez, 1998).

Mitos

- La depresión o desesperación son inevitables.
- El malestar es necesario y su ausencia indicaría patología.
- Es importante elaborar la pérdida, la negación o el bloque de sentimientos improductivos y patológicos.
- La expectativa de recuperación es buena a largo plazo.
- Se alcanza un estado final de resolución en el que se acepta finalmente la pérdida.

AFRONTAMIENTO

Realidad

La mayoría de la gente no muestra una depresión de intensidad clínica.

Las reacciones de duelo no son necesarias y la gente que no las manifiesta en su momento no desarrolla problemas en el futuro.

Cuanto más se piense sobre las causas del suceso o se intente buscar sentido a lo ocurrido, el malestar psicológico es más intenso y duradero.

Una sustancial minoría de personas parece que tienen una recuperación muy escasa o inexistente después de mucho tiempo.

Para muchas personas lo sucedido nunca va a ser aceptado como algo real o justo, especialmente para sucesos repentinos.

ESPIRITUALIDAD

“Las experiencias espirituales son estados fuertes que pueden tener un profundo impacto en la vida de una persona. Entender las bases neurales de esta experiencia podría ayudarnos a entender su papel en la resiliencia y la recuperación de la salud mental”. Marc Potenza, Universidad de Yale, 2018.

Con el despertar de la espiritualidad encontramos paz, liberación, autoconocimiento, amor, bondad le damos sentido a nuestra vida.

ESPIRITUALIDAD

Es escuchar la voz interior, paz interior, es todo y por tanto está en Dios, es divina, une, impulsa a trascender, nos hace vivir en Dios sin renunciar a nosotros, es meditación, libera nuestra conciencia, es encontrar a Dios en nuestro interior durante la vida y la muerte.

No somos seres humanos que pasan por una experiencia espiritual, somos seres espirituales que pasan por una experiencia humana. Pierre Teilhard de Chardin, 1916.

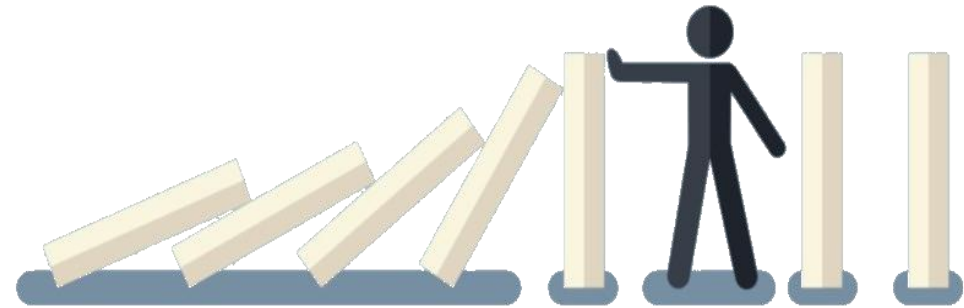
RESILIENCIA INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA EN TIEMPOS DE EMERGENCIA



- Psicológico: Capacidad para anticipar, atención, responder, aprender para toma de decisiones, la conducta, la memoria para la integración y procesamiento emocional, así como la experiencia de placer, respuestas ante un evento estresor. Lo anterior interactúa a su vez con la plasticidad cerebral capacidad de las células nerviosas para regenerarse anatómica y funcionalmente, en respuesta a un cambio ambiental, fenómeno en el cual el cerebro puede compensar distintas funciones para responder con el comportamiento adecuado a diversos estímulos y facilitar la adaptación. (Batra, 2007)
- Social: Lo anterior muy de la mano de la capacidad para la empatía, ya que ésta permite a los individuos generar respuestas emocionales adecuadas en contextos sociales y podría estar relacionado con la competencia social, que es una característica de los individuos resilientes. Contextos personales, familiares y comunitarios.
- Espiritual: vida plena y armónica en conjunto con la realización de valores y virtudes, amor, respeto, tolerancia, paz.
- Físico/Biológico: genética, crecimiento físico, nutrición, sexualidad.

RESILIENCIA

- Autoconocimiento.
- Trabajo de autoestima.
- Fomentar emociones placenteras.
- Búsqueda de aprendizaje.
- Identificar y regular emociones.
- Buscar personas que sumen.
- Tolerar la incertidumbre.
- Mejorar la salud física.
- Cuidar foco de atención –no todo te pasa a ti-.
- Vive.



EMPODERAMIENTO

- Potenciar fortalezas.
- Aceptar los cambios.
- Basarse más en experiencias que en símbolos.
- Fortaleza interna.
- Motivación intrínseca.
- Cambio de creencias.



¿QUÉ Y CÓMO?

- No es cuestión de los recursos que tenemos, sino de **tener claro de cuáles dispongo**.
- La plasticidad cerebral, es para siempre, tenemos la capacidad de reaprender.
- Acepta amablemente tus límites, tu vulnerabilidad.
- Compartir inquietudes, culpas, problemas con propósitos comunes.
- Planificación financiera actual y objetivos deseados.
- Readaptar el proyecto de familia.
- Pide ayuda, derrotarse.
- Conecta socialmente.
- Grupos de apoyo.



- Apoya consumiendo lo que venden en tu comunidad, lugar de trabajo.
- Identifica actitudes que puedan ser obstáculos para el autocuidado.
- Elaboración de plan de cuidados paliativos.
- Programa descansos.
- Espacios de relajación.
- Actividad física.
- Práctica espiritual.
- Revisión de creencias.
- Estrategias, agendas.
- No te sientas egoísta.
- Ahorro.
- Terapias psicología, psiquiatría, tanatología, etc.



CONCLUSIONES

- Siempre concluir la terapia con un paciente.
- Equilibrio vida espiritual, despertar de la conciencia combinado con familia, trabajo, amigos, sana diversión.
- Cuando una experiencia requiere una fortaleza mayor y capacidades que ni siquiera sabemos nuestras, nos desborda tanto que incapacita. Busca apoyo.
- Importancia del contacto visual.
- Nombre del paciente, familiar y equipo multidisciplinario.
- Reintegración.

**“Importas porque eres tú,
hasta el último momento
de tu vida”.**

Cicely Saunders.



BIBLIOGRAFÍA

- Bartra, R. (2007) Antropología del Cerebro, Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
- De Chardin, Teilhard. (1916), La espiritualidad, Edit. Bubok. España.
- De Ribera, L.(2012) Crisis Emocionales. Instituto de Psicoterapia. Madrid.
- Die Trill, M. (2003), Psicooncología, Edit. Ades, Barcelona.
- Garrido, E. (2010), Mi salud mental, Edit. Desclée De Brouwer, Bilbao.
- Gómez, M. (2005), Diagnóstico de cáncer como decírselo, Ediciones Aran, S.L., Madrid.
- Oblitas, L. (2006), Atlas de la Psicología de la Salud, PSICOM Editores, Colombia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2011/rmq111f.pdf>
- <http://www.dolorypaliativos.org/art407.asp>
- <https://www.efesalud.com/fatiga-compasion-empatia-te-desborda/>
- http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225
- Aoun, S., Deas, K., Toye, C. Ewing, G., Grande, G & Stajduhar, K. (2015). Supporting family caregivers to identify their own needs in end-of-life care: Qualitative findings from a stepped wedge cluster trial. Palliative Medicine, 1-10.
- Nielsen, M., Neergaard, M., Jensen, A., Bro, F. & Guldin, M. (2015). Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study. Support Care Cancer, 1-11.



CIE**TS**Ge
Centro de Investigación y Estudios de
Trabajo Social en Gerontología



dgapa

Dirección General de Asuntos
del Personal Académico

¡Gracias por su atención!

alevidactiva@yahoo.com.mx

5563350703