

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE:
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TITULO DEL TEMA DE INVESTIGACION:

Propuesta de programa de cuidados psicológicos paliativos dirigido a pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que reciben atención en la unidad de hemodiálisis y a sus cuidadores en la Clínica Asistencial El Carmelo del departamento de San Salvador.

ESTUDIANTES:

Alfaro Polanco, Carlos Ernesto AP12029

Coto Vides, Sheira Joseline CV13020

Mata Hernández, Kelly Alejandra MH13013

DOCENTE DIRECTORA:

Licda. Mariela Velasco de Avalos

COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADO:

Lic. Israel Rivas

Ciudad Universitaria, agosto 2020.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

RECTOR

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO.

VICE-RECTOR ACADEMICO

PHD. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ.

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA.

SECRETARIO GENERAL

LIC. FRANCISCO ALARCÓN.

FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

AUTORIDADES

DECANO

MAESTRO. OSCAR WUILMAN HERRERA RAMOS

VICE-DECANO

LICDA. SANDRA LORENA BENAVIDES DE SERRANO

SECRETARIO DE LA FACULTAD

MAESTRO. JUAN CARLOS CRUZ CUBIAS

ADMINISTRADORA ACADEMICA

INGENIERO EVELYN CAROLINA MAGAÑA DE FUENTES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

AUTORIDADES

JEFE DE DEPARTAMENTO

LIC. BARTOLO ATILIO CASTELLANOS.

COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN

LIC. ISRAEL RIVAS

DOCENTE DIRECTOR

LICDA. MARIELA VELASCO DE AVALOS

DEDICATORIA

A la Santísima Trinidad: que todo lo dispone de buena manera y para bien nuestro, aceptando su voluntad y los medios que me ha dado para culminar con éxito, permítete disponer del Don que ahora me has dado.

A la Virgen María: que siempre me permite ver los frutos de su intercesión y su amor y me recordó constantemente no romper con el sentido de humanidad en el trabajo con pacientes y mucho menos en los Cuidados Paliativos.

A mi madre: *Carmen Elena Polanco (Q.E.P.D.)*, que en todo siempre ganaste en el amor y en el servicio, sin darte cuenta marcaste una ruta de especialización en mi carrera académica, en la atención Clínica Psicológica a pacientes crónicos y terminales. Con todo mi amor y mi afecto, porque eres el mayor impulso terrenal que poseo de ser igual a ti en el servicio y el amor al prójimo. Gracias por tu apoyo infinito.

A mi demás familia: que creyeron en mí y me apoyaron y que con deseo de verme culminar facilitaron los medios para lograrlo. A mi comunidad OCDS, que han sido mi segunda familia que se alegran con cada éxito que tengo y me permiten experimentar su apoyo incondicional y por forjarme en la perseverancia y el amor.

A mis amigos: *Licda. María Elena Ochoa, Dr. Oscar Figueroa, Lic. Nelson Borja*, que me han mostrado que son verdaderos amigos fuertes de Dios y que, en todo, con profesionalismo siempre se debe anteponer a Dios y al amor para que cada esfuerzo dado tenga buen fruto.

Institución y colegas: a la Clínica Asistencial el Carmelo, por permitirme generar la experiencia y a quienes en medio de esta pandemia han sido luz y guía en este proyecto, *Licda. Mariela Velazco, Ms. Carmen Aida, Licda. Carmen Vargas* y mi equipo de tesis *Sheira y Kelly*, en medio de todo el servicio al prójimo es lo que nos mueve a dar lo mejor siempre.

Carlos Ernesto Alfaro Polanco.

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso: por permitirme alcanzar este logro con éxito a pesar de las dificultades.

A mi familia: mi madre, Marta Vides, mi mejor amiga, la mejor madre del mundo y el ser más maravilloso que existe; mi padre, Miguel Coto (Q.E.P.D.), quien se fue de nuestro lado hace unos meses, y no pudo verme completar esta meta. A mi hermano Kevin, por apoyarme incondicionalmente y a Amir, por ser mi apoyo, amigo, novio y compañero.

A mis amigos y equipo de tesis: por los momentos gratos a lo largo de esta aventura.

A mis docentes: por sus valiosas enseñanzas, en especial a nuestra asesora de tesis, Licda. Mariela Velasco, por su guía y conocimientos.

A Licda. Alba Merin Valencia: psicóloga de Bienestar Universitario, quien desde hace 3 años me ha apoyado e instruido en mi formación práctica, porque más que la encargada de unidad, es mi mentora, y gracias a ella Bienestar ha sido como mi segundo hogar.

A todas las personas con enfermedades crónico-degenerativas, por su valentía y coraje, y a mis consultantes, por enseñarme de ellos mismos.

A mí: por tanta perseverancia y paciencia a pesar de las dificultades.

Sheira Joseline Coto Vides.

DEDICATORIA

A Dios: Mi dador de vida, sin tu misericordia nada de esto sería posible, a pesar de que no siempre las cosas han surgido como yo deseaba, todo se ha cumplido según tu voluntad. Gracias por cumplir mis sueños, te alabo en verdad.

A la Virgen de Guadalupe: Con tu intercesión todo se ha dado. Gracias Madre mía por ser mi pilar en momentos de necesidad y angustia. Quien acude a ti, nunca es defraudado.

A mis padres, Morena y Aníbal: Los amo. Gracias a ustedes soy quien soy y todo lo que he logrado también les pertenece, son mi mayor impulso e inspiración para conseguir mis metas. Gracias por todo lo que han hecho por mí.

A mis compañeros Carlos y Sheira: No imagino tener la misma travesía con otras personas que no sean ustedes dos, gracias por todo lo vivido en esta experiencia, me siento muy contenta del logro que hemos conseguido, hemos sido un gran equipo. Los quiero mucho.

A mi mejor amigo Jaime: Has sido mi gran apoyo a lo largo de la carrera, gracias por animarme e impulsarme a dar lo mejor de mí en todo. Te amo.

Kelly Alejandra Mata Hernández.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de El Salvador: por aceptarnos, formarnos en conocimientos, darnos la oportunidad continua de estudios a pesar de las dificultades económicas de la población estudiantil, demostrando ser un apoyo indispensable y un referente de profesionales forjados con peso dentro de la sociedad salvadoreña.

Al Departamento de Psicología: por formarnos en los conocimientos profesionales y darnos las herramientas básicas para desempeñarnos en el área de la salud mental, dotándonos de la experiencia necesaria en pro del bienestar de la sociedad salvadoreña. A todos los docentes por compartir sus conocimientos y experiencias, ayudando a forjar el carácter del profesional en psicología necesario para su efectivo, eficaz y eficiente desempeño.

A nuestra Asesora: Licda. Mariela Velasco de Avalos, por compartir su experiencia profesional, ayudándonos a construir con su guía y conocimientos un proyecto que nos permite ser referentes en los Cuidados Paliativos a través de la psicología en la sociedad salvadoreña.

A la Clínica Asistencial El Carmelo: por confiar en nosotros y brindarnos la oportunidad de desarrollar este trabajo de grado a pesar de las dificultades presentadas por la actual situación sanitaria, y ser parte del desarrollo de un programa de atención psicológica que permitirá apoyar a la población de Nefrología que sufren la Hemodiálisis y que forman parte de la Unidad de Cuidados Paliativos junto con sus familiares cuidadores.

A nosotros mismos: por ser capaces de mostrar un sentido profesional, eficaz y eficiente en el desarrollo de este proyecto, saliendo adelante a pesar de las dificultades presentadas, colocando como fin principal el servicio a una población necesitada y el actuar ético y profesional en cada una de las temáticas plasmadas.

RESUMEN

La insuficiencia renal crónica es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, cuya atención requiere del trabajo multidisciplinario de un equipo paliativista, y dicha atención se centra no en la curación, sino en mantener en la medida de lo posible la calidad de vida del individuo.

Sin embargo, esta enfermedad afecta no solo a quienes la padecen, sino también a familiares cuidadores e incluso al equipo paliativista que está en contacto con ambos. Entre las principales reacciones psicológicas adversas en el paciente con IRCT se encuentran ansiedad, depresión, ira, frustración, resistencia al tratamiento, adquisición de hábitos insalubres, percepción de muerte inmediata, proyecto de vida truncado, actitud negativa ante la enfermedad, reducción de la capacidad de resiliencia e inestabilidad emocional.

Por otra parte, el familiar cuidador experimenta sentimientos de incapacidad e impotencia, estrés financiero, ambiental y social; burnout, cambios del estilo de vida, incertidumbre y dependencia, desgaste físico, irritabilidad, baja autoestima y tiene repercusiones a nivel social.

En vista de lo anteriormente mencionado, se propone un programa de cuidados psicológicos paliativos que facilite el proceso de atención tanto a pacientes como a familiares cuidadores. Este programa aborda la evaluación e intervención mediante psicoeducación, reestructuración cognitiva, ventilación emocional, manejo del dolor, adquisición de hábitos saludables, espiritualidad y conciencia de finitud.

Así mismo, se propone un protocolo de atención para pacientes diagnosticados con IRCT y sus familiares cuidadores que reciban atención en la institución anteriormente mencionada.

Palabras clave: insuficiencia renal, programa, atención psicológica, cuidados psicológicos paliativos.

INDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	vii
RESUMEN.....	viii
INDICE.....	ix
INTRODUCCCIÓN	xiv
CAPITULO I: DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.....	1
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
2.1 Situación actual.....	2
2.2 Enunciado del problema	5
CAPITULO III: JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	6
CAPITULO IV: OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.....	8
4.1 Objetivo general.....	8
4.2 Objetivos específicos.....	8
CAPITULO V: METAS.....	9
Logros del proyecto	9
CAPITULO VI: FUNDAMENTACIÓN.....	10
6.1 Antecedentes Históricos	10
6.2 Antecedentes Legales y Éticos	12
6.2.1 Aspectos Legales	12
6.2.1.1 Constitución de la República de El Salvador.	12
6.2.1.2 Código de salud.....	12
6.2.1.3 Reglamento General de Hospitales de El Salvador.	13
6.2.2 Aspectos Éticos.....	13
6.2.2.1 Código de Ética para la profesión de Psicología en El Salvador.	13
6.2.2.2 Declaración de principios.	13
6.2.2.3 Principios Básicos.....	13
6.2.2.4 Normas específicas.	14
6.2.2.5 Instituciones que brindan cuidados paliativos y apoyo emocional en El Salvador.	15
6.3 Psicología de la Salud.....	16
6.4 Cuidados Paliativos	17
6.5 El Rol de la Psicología en Cuidados Paliativos	19

6.6 Reacciones del Personal de Salud en Cuidados Paliativos.....	21
6.7 Consideraciones éticas en cuidados paliativos	23
6.7.1 Tratamientos curativos vs. Cuidados paliativos	24
6.7.2 La conspiración del silencio o el pacto del silencio en los familiares de pacientes terminales.....	25
6.7.2.1 Relacionadas con el Paciente.....	26
6.7.2.2 Relacionados con la familia.....	26
6.7.2.3 Relacionados con el médico.....	27
6.8 Enfermedad Crónica	27
6.9 Enfermedad Renal Crónica	28
6.10 Insuficiencia Renal Crónica Terminal.....	31
6.10.1 Enfermedad Renal en Grado 1 y Grado 2.....	32
6.10.2 Enfermedad Renal en Grado 3	32
6.10.3 Enfermedad Renal en Grado 4	32
6.10.4 Enfermedad Renal en Grado 5	33
6.11 IRCT y Cuidados Paliativos Renales.....	34
6.12 Proceso de Toma de Decisiones Compartidas.....	38
6.13 Control del Dolor y Cuidados Psicológicos Paliativos en IRCT	39
6.14 La espiritualidad en los cuidados psicológicos paliativos	45
6.15 El Rol de la Familia en Cuidados Paliativos de pacientes con IRCT	48
6.15.1 Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia.....	48
6.15.2 La familia ante la enfermedad.....	50
6.15.3 Evolución de la crisis provocada por la enfermedad.....	52
6.16.1 En paciente diagnosticado con IRCT	53
6.16.2 En familiar cuidador	56
6.16.3 En equipo paliativista	58
6.16.3.1 Síndrome de Fatiga por Compasión.....	58
6.16.3.2 Síndrome de Burnout o Síndrome de quemarse por el trabajo.....	59
6.17 Manejo del Duelo Anticipado.....	60
6.17.1 Fases del duelo.....	61
6.17.2 Tipos de duelo.....	63
6.18 Intervención Psicológica al Enfermo y sus Familiares Cuidadores.....	65
6.18.1 Necesidades prioritarias de los pacientes según la OMS.....	66

6.18.2 Cuidado al Cuidador.	69
CAPITULO VII: CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN	70
7.1 Intervención con paciente	70
7.2 Intervención con Familia	71
CAPITULO VIII: BENEFICIARIOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	72
8.1 Directos	72
8.2 Indirectos	72
CAPITULO IX: METODOLOGÍA	73
9.1 Tipo de investigación	73
9.2 Diseño de investigación	73
9.3 Cobertura espacial	74
9.4 Diseño de las intervenciones	74
9.5 Evaluación de elementos y resultados	74
9.6 Diseño de técnicas e instrumentos a utilizar	75
CAPITULO X: LOCALIZACIÓN FÍSICA Y COBERTURA ESPACIAL	76
CAPITULO XI: PLAN OPERATIVO.	77
11.1 PROGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON IRCT.	77
11.2 PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES CUIDADORES.	87
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	95
ANEXOS	102
ANEXOS 1. HITOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SALVADOR.	103
ANEXOS 2. DOCUMENTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE CUIDADOS PSICOLOGICOS PALIATIVOS.	0
ANEXOS 3. PROGRAMA DE CUIDADOS PSICOLOGICOS PALIATIVOS “ACOMPañAR, CUIDAR Y CONSOLAR”.	14
INTRODUCCIÓN	i
INDICE	ii
CUIDADOS PSICOLOGICOS PALIATIVOS DIRIGIDO A PACIENTES CON IRCT	1
SESIÓN # 01 - PACIENTE CON IRCT	2
SESIÓN # 02 - PACIENTE CON IRCT	13
SESIÓN # 03 - PACIENTE CON IRCT	34

SESIÓN # 04 - PACIENTE CON IRCT	38
SESIÓN # 05 - PACIENTE CON IRCT	42
SESIÓN # 06 - PACIENTE CON IRCT	48
SESIÓN # 07 - PACIENTE CON IRCT	51
SESIÓN # 08 - PACIENTE CON IRCT	58
SESIÓN # 09 - PACIENTE CON IRCT	62
SESIÓN # 10 - PACIENTE CON IRCT	67
SESIÓN # 11 - PACIENTE CON IRCT	70
SESIÓN # 12 - PACIENTE CON IRCT	75
SESIÓN # 13 - PACIENTE CON IRCT	83
SESIÓN # 14 - PACIENTE CON IRCT	89
SESIÓN # 15 - PACIENTE CON IRCT	93
SESIÓN # 16 - PACIENTE CON IRCT	99
SESIÓN # 17 - PACIENTE CON IRCT	104
SESIÓN # 18 - PACIENTE CON IRCT	109
CUIDADOS PSICOLOGICOS PALIATIVOS DIRIGIDO A FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON IRCT	113
SESIÓN # 01 – FAMILIARES CUIDADORES	114
SESIÓN # 02 – FAMILIARES CUIDADORES	124
SESIÓN # 03 – FAMILIARES CUIDADORES	130
SESIÓN # 04 – FAMILIARES CUIDADORES	137
SESIÓN # 05 – FAMILIARES CUIDADORES	144
SESIÓN # 06 – FAMILIARES CUIDADORES	153
SESIÓN # 07 – FAMILIARES CUIDADORES	158
SESIÓN # 08– FAMILIARES CUIDADORES	168
SESIÓN # 09 – FAMILIARES CUIDADORES	173
SESIÓN # 10 – FAMILIARES CUIDADORES	180
SESIÓN # 11 – FAMILIARES CUIDADORES	186
SESIÓN # 12 – FAMILIARES CUIDADORES	190
ANEXOS 4. PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON IRCT	198
PRESENTACIÓN	i
INTRODUCCION	i

INFORMACION SOBRE LA ENFERMEDAD.	ii
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL (IRCT).	iii
Enfermedad Renal en Grado 1 y 2	iii
Enfermedad Renal en Grado 3	iv
Enfermedad Renal en Grado 4	iv
Enfermedad Renal en Grado 5	iv
IRCT Y CUIDADOS PALIATIVOS RENALES.	iv
PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON IRCT.	vi
DESCRIPCIÓN DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN.	i
Etapa I: Brindar el diagnóstico.....	i
Etapa II: atención en Trabajo social.....	i
Etapa III: Brindar recorrido por la unidad de cuidados paliativos y de hemodiálisis.....	ii
Etapa IV: atención con nutricionista.	ii
Etapa V: atención de especialidades.....	ii
Etapa VI: atención en hemodiálisis a paciente con IRCT.....	ii
Etapa VII: atención psicológica a pacientes con IRCT.....	ii
Etapa VIII: Intervenciones psicológicas grupales con familiares cuidadores.	ii
Etapa IX: Fallecimiento del paciente con IRCT.	ii
Etapa X: seguimiento atención psicológica a familiar de paciente fallecido.	ii
BIBLIOGRAFIA.	iii
GLOSARIO.	iv

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, cuando se habla de cuidados paliativos, se suele pensar mayormente en la población oncológica, y son múltiples los estudios sobre ello desde las distintas ramas de la salud. Sin embargo, existen otras enfermedades que también requieren en algún momento de la atención paliativa, tal como lo es el caso de la insuficiencia renal.

La insuficiencia renal crónica a la cual hace referencia la presente investigación, es una enfermedad que se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal que tiene como consecuencia que el riñón pierda la capacidad de producir orina, y a su vez de eliminar las toxinas de la sangre, entre otras funciones que son necesarias para la vida. Esta enfermedad en América afecta principalmente a países como Nicaragua y El Salvador, debido al uso excesivo de químicos con fines agropecuarios.

Alrededor de este tema giran grandes investigaciones orientadas hacia la búsqueda de las causas de dicha enfermedad, así mismo hacia el tratamiento, no obstante, estas investigaciones se centran mayormente en el área médica, dejando la parte psicológica como un segundo o hasta tercer plano, y las investigaciones desde el punto de vista psicológico respecto a la insuficiencia renal se concentran mayormente en países como España, siendo escasas las que la abordan en El Salvador.

La población con insuficiencia renal crónica sufre de un deterioro paulatino que afecta exponencialmente su calidad de vida, incluyendo diversas afectaciones psicológicas que inciden también en su familiar cuidador, sobre todo cuando se llega al grado 5 de esta enfermedad, donde se vuelve necesaria la implementación de cuidados paliativos, con el propósito de cuidar del bienestar del individuo en la medida en que la enfermedad lo permita.

Debido a lo anteriormente descrito, se visualizó la necesidad de diseñar una propuesta de Programa de Cuidados Psicológicos Paliativos dirigido a pacientes con insuficiencia renal crónica terminal y sus familiares cuidadores, el cual se diseñó enfocado a los usuarios de la Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos de la Clínica Asistencial El Carmelo, y que lleva como nombre “Acompañar, Cuidar y Consolar”. Así mismo, se diseñó un protocolo de atención integral dichos usuarios en esta institución.

El presente trabajo de grado consta de once capítulos; en el primero se describe la propuesta, en el segundo capítulo el planteamiento del problema, comprendido por la situación actual y el enunciado del problema. Seguido de esto se plantea la justificación de la propuesta en el capítulo tres, los objetivos, tanto general como específicos en el capítulo cuatro y las metas propuestas en el capítulo cinco.

A continuación, se plantea la fundamentación teórica en el capítulo seis, abarcando temas como la Psicología de la Salud, Cuidados Paliativos, en rol de la Psicología en Cuidados Paliativos, aspectos legales, aspectos éticos, Enfermedad Crónica, Enfermedad Renal Crónica, Enfermedad Crónica Terminal, Insuficiencia Renal Crónica Terminal y Cuidados Paliativos Renales.

También se trata temas como el proceso de toma de decisiones compartidas, control del dolor y Cuidados Psicológicos Paliativos en Insuficiencia Renal Crónica Terminal, la espiritualidad en los Cuidados Paliativos Psicológicos, reacciones psicológicas adversas en pacientes diagnosticados con esta enfermedad, en familiares cuidadores y equipo paliativista; el rol de la familia, manejo del duelo anticipado y por último intervención psicológica al enfermo y sus familiares cuidadores.

Luego de esto, el capítulo siete trata sobre el contenido de la intervención y en el capítulo ocho se describen los beneficiarios de la propuesta de intervención, tanto lo directos como los indirectos. En el capítulo diez se plantea la localización física y cobertura espacial del programa propuesto, mientras que en el capítulo once se encuentra la propuesta del plan operativo en forma de guías didácticas. Al finalizar el cuerpo del trabajo se definen las respectivas fuentes de información consultadas.

Como parte final del presente trabajo de grado, se encuentran los respectivos anexos, que incluyen el programa como tal, que se dividen en intervenciones con el paciente e intervenciones grupales con los familiares cuidadores. Ambas partes incluyen los objetivos de cada intervención, sus respectivas agendas y desarrollo de las mismas, técnicas a utilizar, modelo del cual se derivan y los materiales psicoeducativos de cada intervención, escalas a utilizar e información para el profesional encargado.

Se incluyen además formatos de contratos terapéuticos, fichas para cada uno de los participantes, hojas evaluativas por sesión con ítems y escala de puntuación para calificar la efectividad de cada jornada. En los anexos, también se encuentra un protocolo de atención integral para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal de la Clínica Asistencial El Carmelo, con su respectivo esquema ilustrado de pasos a seguir para brindar una atención de calidad a esta población.

CAPITULO I: DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta del programa de cuidados psicológicos paliativos está dirigido a pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica Terminal y sus familiares cuidadores que reciben atención en la Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos de la Clínica Asistencial El Carmelo.

Dicho programa está diseñado por el equipo investigador en coordinación con la docente asesora Licda. Mariela Velasco de Avalos y la Hermana Carmen Vargas CM¹, directora de la Clínica Asistencial El Carmelo, ubicada en el municipio de Soyapango, Departamento de San Salvador.

El programa mencionado se diseñó con base en sesiones individuales y grupales para la aplicación dentro de la institución, siendo para los pacientes un promedio de 18 intervenciones de 20 minutos una vez por semana, abordando 6 áreas dentro de la Unidad de Hemodiálisis o la Unidad de Cuidados Paliativos, y para los familiares cuidadores un promedio de 12 intervenciones grupales de 45 minutos una vez por semana, abordando 5 áreas en el Salón de Mártires de la Familia Palautiana.

¹ CM= Carmelita Misionera de Padre Palau.

CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Situación actual.

En la actualidad, las enfermedades resultan ser un tema de análisis recurrente, en parte debido a la naturaleza humana misma, donde experimentar un padecimiento físico resulta inminente en algún momento de la vida. La presencia de enfermedades dependerá generalmente del estilo de vida o antecedentes hereditarios de cada persona, factores de riesgo, morbilidad, comorbilidad, lo cual implica que unas personas son más propensas a padecer una enfermedad crónica determinada que otras.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OPS) (2017), estimó que la diabetes, el cáncer y la insuficiencia renal crónica constituyeron un 62% de las hospitalizaciones y 57% de las defunciones, cifras alarmantes al compararlas con las de años anteriores .

Según la OPS, en Centroamérica y más precisamente en Nicaragua y El Salvador se ha notificado un número creciente de casos de enfermedad renal crónica.

Este incremento de casos de la enfermedad según la Asociación Panamericana de la Salud, inicio en la década de 1970, cuando creció la producción agrícola de monocultivos, como el algodón, al que después le sucedió la caña de azúcar y el uso indiscriminado de sustancias químicas que en El Salvador han sido irresponsablemente distribuidas, comercializadas y utilizadas, las que han contaminado ríos, pozos y suelos (Joma, 2018).

De acuerdo con la International Federation of Kidney Foundation et al. (2019), tal es el impacto de esta enfermedad, que se reportó un total de 850,000,000 de personas a nivel mundial que padecen de enfermedad renal crónica por diversas causas, provocando al menos 2.4 millones de muertes al año, convirtiéndose ésta en la sexta causa de muerte a nivel mundial.

Por otra parte, a nivel de Latinoamérica, según cifras de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, en Latinoamérica existen más de 613 pacientes con insuficiencia renal por cada millón de habitantes (Villeda y Lucy 2018).

De acuerdo con la Dirección Nacional de Enfermedades no Transmisibles. Ministerio de Salud (2018) en el Salvador se estima que hubo 2,390 muertes por enfermedades renales, durante el año 201, por lo que la enfermedad renal crónica se considera una enfermedad prioritaria a nivel nacional. Cada enfermedad y cada caso resulta particular, por lo que debe ser revisado desde múltiples puntos de vista.

Levey, Coresh y Bolton (2002), unificaron la definición de La Enfermedad Renal Crónica (ERC).

De acuerdo a esta guía, la enfermedad renal crónica se define como la disminución de la función renal, expresado por un filtrado glomerular o como la presencia de daño renal de forma persistente (proteinuria, alteraciones en el sedimento de la orina o en las pruebas de imagen renal) durante al menos tres meses. Implica, por tanto, daño funcional o estructural renal y mantenido en el tiempo (Levey et al. 2002).

Alonso, Gracia y Leiva (2018) explican que cuando la ERC llega a una etapa avanzada (ERCA), es necesario ajustar el tratamiento del paciente. Los objetivos de los cuidados dependen sustancialmente de la esperanza de vida y las preferencias del paciente, sin embargo, en la práctica clínica solo se tiene en cuenta la situación de la enfermedad renal para diseñar el tratamiento alejándose de lo que debe ser una evaluación más integral y centrada en el paciente, y es aquí donde surge la opción de los Cuidados Paliativos (CP).

Marinelli, Navarres y Rojas (2016) definen a los cuidados paliativos como el conjunto de las acciones destinado a mantener o mejorar las condiciones de vida de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo, y estos cuidados incluyen múltiples ramas, como la médica, nutricionista, espiritual y psicológica; La función del psicólogo será complementar y optimizar la consecución del bienestar para el enfermo y la familia, favoreciendo la adaptación psicológica al proceso de la enfermedad y la muerte (Lacasta 1997).

En El Salvador no existen suficientes estudios sobre la incidencia de los cuidados paliativos psicológicos en la población con Insuficiencia Renal Crónica (ERC), ya que los estudios existentes a nivel nacional se centran más en la población oncológica y son limitados para algunas instituciones de salud que brindan cuidados paliativos, y los estudios

que si hacen referencia a los cuidados paliativos en la ERC se centran en países más desarrollados como España, Estados Unidos o México.

En cambio, en El Salvador, los protocolos de salud existentes se centran únicamente en la parte médica, dejando la parte psicológica como opcional.

Anteriormente se han realizado estudios sobre la aplicación de técnicas para la disminución del dolor en pacientes oncológicos, demostrando que la utilización de técnicas psicológicas en esta población resulta ser vital dentro de los cuidados paliativos, no obstante, este y otros estudios no han sido incluidos dentro de los protocolos de atención en instituciones que brindan dichos servicios (Cereghino, Rivas y Sosa 2018).

La causa de esto es que se suele subestimar las posibles consecuencias a nivel emocional que el padecimiento y los cambios repentinos del estilo vida que conlleva el tratamiento de la enfermedad, los cuales varían de acuerdo a muchos factores, como la personalidad, contexto, etapa de la enfermedad, etc.

La enfermedad como tal genera una situación de indefensión con una carga emocional importante, que hace sentirse a la persona desvalida, por lo cual necesita que esa relación con el médico sea lo más humana posible (Perazzo, Aza y Mendoza 2015). Sin embargo, la falta de este adecuado trato es tan frecuente que en la actualidad ya se le llama "deshumanización de la salud", que consiste en una atención despersonalizada y no integral (Pezoa 2012).

Esto conlleva a que los pacientes y sus familiares perciban una carencia en la calidad del servicio, donde el área psicológica tiende a subestimarse e incluso a suprimirse, ya que no se toman en cuenta las necesidades emocionales de cada uno de los afectados. Esto se refleja desde el momento en que se le brinda el diagnóstico a la persona, no especificando el papel del cuidador ni las implicaciones de la enfermedad.

Esta situación en la medida en lo que continúe presentándose, tiene como consecuencia que el paciente y sus familiares experimenten mayor afectación tanto a nivel físico como mental, perjudicando aún más el bienestar del individuo (Anon 2013).

Una forma de dar una respuesta a esta situación, es comenzar a diseñar programas de cuidados paliativos psicológicos en instituciones de salud, evidenciando la utilidad de estos en la disminución de las diferentes reacciones psicológicas adversas que surgen a raíz de padecer Insuficiencia Renal Crónica y encontrarse en la etapa terminal de esta enfermedad.

Rodriguez, Espinoza Y Violeta (2014) del Ministerio de Salud en El Salvador, en el Manual de Lineamientos Técnicos para la Atención del Dolor Crónico y Cuidados Paliativos², mencionan la función del Psicólogo en la operativización de las unidades del dolor y cuidados paliativos en el literal C, donde expresa en dos líneas, que el psicólogo debe proporcionar soporte psicológico al paciente y sus familiares, sin detallar sus funciones en concreto para estos casos.

Por lo tanto, los resultados del diseño de un programa de cuidados paliativos psicológicos, permitirá comenzar a poner en evidencia la utilidad de la psicología en la atención de los pacientes paliativos y concretar un protocolo de atención que permita abordar de forma adecuada a esta población.

2.2 Enunciado del problema

¿Mejorara la asistencia a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal y sus Familiares Cuidadores una propuesta de programa de cuidados paliativos psicológicos en cuanto a soporte físico, emocional, social y espiritual?

² el cual fue actualizado por última vez en abril del 2014.

CAPITULO III: JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La insuficiencia renal es una de las principales causas de muerte por enfermedad a nivel mundial y la tercera a nivel nacional, al punto que para el año 2017 se reportó un total de 2,390 muertes debido a ella; esto se debe a que en El Salvador hay una utilización constante de pesticidas para la producción agrícola, lo cual ha provocado que desde los años 70 aumentara considerablemente la prevalencia y mortalidad de la misma.

La insuficiencia renal crónica es cuando los riñones dejan de cumplir sus funciones normales de manera gradual, e implica un conjunto de síntomas tanto físicos como emocionales que progresivamente afectan de negativamente la calidad de vida de la persona y sus familiares, las cuales a menudo suelen ser incomprendidas o deshumanizadas por parte de algunos miembros del personal sanitario, quienes suelen darle importancia únicamente a la parte médica y no a la emocional.

Durante años se han venido realizando estudios sobre la relación que existe entre mente y cuerpo, reconociendo que la mente tiene una gran incidencia en las manifestaciones del organismo.

Algunas ramas de la psicología han demostrado que las emociones y cogniciones juegan un papel importante en el desencadenamiento y curso de la enfermedad humana; así mismo, también se han establecido estudios acerca de cómo las terapias psicológicas contribuyen junto con los tratamientos médicos convencionales al mejoramiento de la salud.

A pesar de esto, en El Salvador cuando se habla de atención a pacientes con enfermedades crónicas, la psicología sigue considerándose como algo opcional, lo cual implica que tienda a desestimarse o incluso a suprimirse en lugar de ser incluida dentro de la atención paliativa, es decir, cuando la enfermedad está muy avanzada y sin posibilidades de mejoría.

El valor teórico de esta investigación además de llenar vacíos de conocimiento sobre que son realmente los cuidados paliativos psicológicos y su aplicación en la realidad salvadoreña, ofrece la posibilidad de una exploración sobre cuidados paliativos psicológicos en pacientes que presentan Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), una temática que ha sido poco

estudiada, pero que es muy relevante en el ámbito de la psicología de la salud, y por ende, de la salud en general y de la sociedad misma.

Este estudio a la vez dará la pauta para la creación de nuevas investigaciones sobre otro tipo de enfermedades crónico degenerativas en el ámbito de la psicología de la salud, permitiendo dar una respuesta oportuna ante los efectos que produce el enfrentar la etapa final de la vida a raíz de una enfermedad crónica, puesto que en futuras investigaciones los efectos de ésta, pueden ser retomados para su aplicación a otras poblaciones.

Este proyecto de grado, metodológicamente, contribuyo al diseño de una propuesta de programa de atención psicológica en cuidados paliativos y a la creación de un protocolo especializado e idóneo para atender las necesidades de los pacientes que padecen IRCT y sus familiares cuidadores, logrando mejorar la atención en salud a partir de la inclusión de la psicología como parte vital del proceso de atención paliativo, sugiriendo a la vez como trabajar más adecuadamente con esta población.

CAPITULO IV: OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

4.1 Objetivo general

- Diseñar un programa de cuidados psicológicos paliativos que facilite el proceso de atención en la unidad de hemodiálisis a pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal y a sus familiares cuidadores en la Clínica Asistencial El Carmelo.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar los factores psicológicos asociados a la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT).
- Describir como los factores psicológicos inciden en la calidad de vida de los pacientes con IRCT y sus familiares cuidadores.
- Identificar las reacciones psicológicas adversas que se presentan a raíz de la IRCT en pacientes y sus familiares cuidadores.
- Diseñar una propuesta de programa en cuidados psicológicos paliativos para pacientes con IRCT y sus familiares cuidadores para disminuir las reacciones psicológicas adversas que se presentan y modificar el proceso de aceptación de éstos con relación a la muerte.
- Crear una propuesta de protocolo de atención a pacientes diagnosticados con IRCT, que facilite la adecuada atención a esta población y sus Familiares Cuidadores, en la Clínica Asistencial El Carmelo.

CAPITULO V: METAS

- Recopilar en un 70% información bibliográfica que sustente los elementos teóricos necesarios para llevar a cabo el diseño de un programa de atención, referidos a la insuficiencia renal crónica terminal y los cuidados psicológicos paliativos.
- Establecer en un 80% las reacciones psicológicas adversas que se presentan a raíz de la IRCT en pacientes y sus familiares mediante recolección bibliográfica.
- Diseñar en un 100% un programa en cuidados psicológicos paliativos para pacientes con IRCT y sus familiares para mejorar la calidad de atención a esta población.
- Elaborar con un 95% de precisión un protocolo de atención a pacientes diagnosticados con IRCT que facilite la adecuada atención a esta población y sus Familiares Cuidadores, en la Clínica Asistencial El Carmelo.

Logros del proyecto

- Comprender en qué consiste la insuficiencia renal crónica terminal y la función de los cuidados psicológicos paliativos en la atención a pacientes en proceso de Hemodiálisis y a sus familiares cuidadores.
- Organizar de manera sistemática las reacciones psicológicas adversas que se pueden presentar en la IRCT, reafirmando la importancia de la psicología en los cuidados paliativos para dar respuesta a estas dificultades.
- Crear un programa de cuidados psicológicos paliativos que cubra las necesidades psicológicas de los pacientes con IRCT y sus familiares cuidadores.
- Crear un protocolo de atención eficiente que al ser aplicado dentro de la Clínica Asistencial El Carmelo proporcione una atención adecuada a los pacientes con IRCT y sus familiares cuidadores.

CAPITULO VI: FUNDAMENTACIÓN

6.1 Antecedentes Históricos

Durante la Edad Media los hospicios fueron lugares de acogida para peregrinos, los que muchas veces venían gravemente enfermos o moribundos. De esta manera, estos lugares no sólo daban refugio y alimento a extranjeros, sino también cuidados a enfermos y moribundos. Sin embargo, la mayoría de los hospicios tuvieron un fin bastante abrupto con la llegada de la Reforma (Doyle, Hanks y Chery, 2004).

La primera vez que se vuelve a usar el término hospicio, pero esta vez directamente en vinculación con el cuidado a los moribundos, fue en Francia, en 1842, fecha en que Mme Jeanne Garnier fundó los llamados Hospicios o Calvarios. Posteriormente en 1879 aparecen Our Lady's Hospice en Dublín y en 1905 St Joseph's Hospice en Londres, ambos frutos del trabajo de Las Hermanas de la Caridad irlandesas (Ignacia del Rio y Palma, 2007).

El “inicio oficial” del llamado Movimiento de Hospicios Moderno se atribuye a la fundación del St Christopher's Hospice en Londres, en 1967. Los resultados obtenidos en esta institución lograron demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias.

Este fue el primer Hospicio en el que, además de dar atención a pacientes terminales, se realizó investigación, docencia y apoyo dirigido a las familias, tanto durante la enfermedad como en el proceso de duelo. Su fundadora, la ya mencionada Dame Cicely Saunders, es considerada pionera en esta área (Doyle et al. 2004) y (Clark y Centeno, 2006).

El diccionario de la Real Academia Española define cuidar como “poner atención y solicitud en la ejecución de asistir, guardar, conservar y mirar por la salud”. El término paliar viene del latín palliare, que significa "aliviar las fatigas del cuerpo o aflicciones del ánimo, dar mejoría al enfermo

El origen etimológico de la palabra paliativo proviene del latín palliare, que significa “aliviar las fatigas del cuerpo o aflicciones del ánimo, dar mejoría al enfermo” (Marinelli et al. 2016).

En francés, la palabra Hospice puede usarse como sinónimo de hospital. Por esta razón y para evitar posibles confusiones, Balfour Mount acuñó el término de Cuidados Paliativos en lugar de Hospice para hacer utilizado en Canadá. Asimismo, Inglaterra optó por nombrar como Medicina Paliativa a la disciplina que en el año 1987 sería aceptada por primera vez como una subespecialidad de la medicina (Doyle, 2005)

En 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. Una década y media después la OPS también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales (De Lima y Bruera, 2000).

El término Medicina Paliativa se refiere fundamentalmente al quehacer de los médicos dedicados a esta disciplina, mientras que el de Cuidados Paliativos es un concepto más amplio que considera la intervención de un equipo interdisciplinario, incorporando en la definición el trabajo integrado de médicos y de otros profesionales como psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y guías espirituales (Doyle et al. 2004).

En El Salvador los Cuidados Paliativos tienen su origen en 1966 con la creación del Hospital Divina Providencia por las Hermanas Carmelitas Misioneras de Santa Teresa, destinado para la atención de pacientes adultos con cáncer el cual se creó con el objetivo, de albergar a los pacientes del Instituto del Cáncer con limitaciones económicas que viajaban desde diferentes puntos del país para recibir su tratamiento.

En el año 1999 reevalúa la atención brindada a los pacientes y se decide contratar a un médico a tiempo completo, adoptando la concepción de alivio del dolor y atención espiritual al paciente.

Este movimiento de los cuidados paliativos se ha ido desarrollando y ha sido en el año 2002 que se inició el Programa de Cuidados Paliativos como iniciativa del Sistema Nacional

de Salud, que actualmente cuenta con médicos, equipo de enfermería, fisioterapeutas, nutricionistas y psicólogos (Pastrana et al. 2012).

6.2 Antecedentes Legales y Éticos

6.2.1 Aspectos Legales

6.2.1.1 Constitución de la República de El Salvador.

Art. 1: El Salvador reconoce la persona humana como el origen y el fin de la actividad del estado (...) en consecuencia, es obligación del estado asegurar a los habitantes de la República el goce de la salud.

Pese a esto en El Salvador no hay una ley que regule la prestación de cuidados paliativos, ni proceso en marcha para legislarla, pero hay intenciones aisladas, sin embargo, la publicación del Ministerio de Salud sobre "lineamientos técnicos para la atención del dolor crónico y cuidados paliativos" (Ministerio de Salud, 2014) hace mención de los siguientes artículos que está respaldando indirectamente la administración de los cuidados paliativos en El Salvador.

6.2.1.2 Código de salud.

Art. 40: el Ministerio de Salud es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud.

El art. 41 numeral 4, establece que corresponde al ministerio organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias.

6.2.1.3 Reglamento General de Hospitales de El Salvador.

El Art. 3 establece que los hospitales desarrollarán sus actividades según lineamientos emanados por la autoridad competente, enmarcados dentro de la red nacional de Salud (Ministerio de Salud, 2017).

6.2.2 Aspectos Éticos

6.2.2.1 Código de Ética para la profesión de Psicología en El Salvador.

Los principios específicos que rigen al profesional en psicología al realizar cualquier tipo de investigación donde se involucre la participación de seres humanos son los siguientes (JVPP, 2009):

6.2.2.2 Declaración de principios.

B) Respetar la dignidad e integridad de la persona humana, apegado al cumplimiento de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y a los fines científicos de la profesión.

6.2.2.3 Principios Básicos.

4. Respeto a los derechos fundamentales

Como profesional se debe respetar los derechos fundamentales, la preservación la vida, la dignidad y los valores de los seres humanos; reconoce las diferencias individuales referidas a edad, sexo, género, religión, ideología política, estado socioeconómico, cultura, nacionalidad, etnicidad, discapacidad, idioma y otras; respeta la libre determinación y autonomía de las personas, así como su privacidad y su secreto profesional; no participan prácticas que violen la libertad del ser humano.

6.2.2.4 Normas específicas.

Atención al usuario.

M) Informar al usuario de los quehaceres y circunstancias de la atención, consultoría o asesoría en lo que se refiere a la realización de entrevistas, uso de material psicotécnico, grabadora, videos, observación o presencia de otras personas.

Confidencialidad.

A) Proteger con celo profesional la confidencialidad individual y grupal de toda información obtenida en el proceso de atención.

F) Actuar con prudencia cuando se utiliza información privada de los usuarios con fines científicos, didácticos, publicaciones, investigación, foros; evita revelar datos que puedan identificar a personas o instituciones involucradas, excepto cuando ellos lo autoricen por escrito, procurando siempre no causar daños personales o institucionales.

Uso de instrumentos de Evaluación psicológica.

C) Cuidar que el material psicotécnico y psicodiagnóstico que utiliza, esté estandarizado en la realidad nacional o en ambiente sociocultural similar, y que tenga la adecuada confiabilidad y validez. En caso de no contar con estos índices, ocupar el sano juicio profesional para su interpretación.

D) Aplicar en forma apropiada las técnicas de valoración psicológica, observación, entrevistas, pruebas o instrumentos, previa explicación al usuario de su naturaleza y propósitos y para dar los resultados explícitos de acuerdo con los hallazgos, salvando cualquier situación que ponga en riesgo la estabilidad emocional del mismo cliente.

N) Controlar todo tipo de interferencia y cuidar que las condiciones ambientales sean las óptimas para la aplicación de los instrumentos y técnicas de evaluación.

6.2.2.5 Instituciones que brindan cuidados paliativos y apoyo emocional en El Salvador.

Según Pastrana, De Lima y Wenk (2012) en el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, en El Salvador se identificaron 5 servicios/equipos multinivel: domiciliarias y consulta externa.

El Centro Internacional de Cáncer del Hospital de Diagnóstico: está conformado por una unidad para adultos y cuenta con 10 camas y un equipo interdisciplinario.

- El Hospital Divina Providencia: dirigido por una religiosa, cuenta con 3 médicos, 14 enfermeras, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta respiratoria además de voluntarios. Además de hospitalización, se realizan visitas domiciliarias y consulta externa.
- Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom: Solo los pacientes de oncología cuentan con la atención de un equipo multidisciplinario, no disponible para el resto de pacientes en tratamiento paliativo. No cuenta con voluntarios.
- Clínica Médica Rural Madre María Balbina: cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por personal médico y de enfermería, voluntarios y profesionales que realizan prácticas.
- Clínica Asistencial El Carmelo: ubicado en Soyapango, esta obra benéfica se fundó en el año 1968 y a pesar de no encontrarse aún en el atlas de cuidados paliativos latinoamericano, ha comenzado a incluir el área de cuidados paliativos a partir del año 2018, atendiendo principalmente a pacientes con Insuficiencia Renal³.

³ Para mayor información ver: <https://www.carmelitasmisioneras.org>

6.3 Psicología de la Salud

La psicología de la salud es el campo dentro de la psicología que busca comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que llega a este y como responde una persona cuando está enferma (Latorre y Beneit 1992 p.17).

Este término viene utilizándose desde finales de la década de los sesenta por un gran número de psicólogos, para determinar la actividad de la psicología en el área de la salud.

Si se entiende la salud como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no meramente como ausencia de enfermedad, se encuentra con la necesidad de incorporar dentro de las ciencias de la salud el componente social y el psicológico, ya que el biológico ha sido y es todavía, el imperante dentro de estos.

Para entender el significado de esta disciplina, hay que hacer referencia a los cambios en el concepto de salud dominante, incluyendo asimismo factores de riesgo asociados con las principales causas de mortalidad unidos dentro del enclave como estilo de vida. (Latorre y Beneit 1992, p.18).

Según el estudio de estos autores el transcurso de algunos problemas graves de salud, corresponde al estilo de vida en un 51%, los factores biológicos en un 20%, las influencias ambientales 19% y los servicios de cuidados de salud un 10%. Se observa cómo el estilo de vida (hábitos de comportamiento), pueden repercutir sobre el estado de salud.

Debido a la naturaleza crónica de muchos problemas de salud, la mayoría de las veces, el individuo necesita aprender conductas nuevas o modos de comportamientos diversos, así como una reestructuración de su estilo de vida particular anterior, de manera que se adapte lo mejor posible a las secuelas psicosociales del problema de salud, favoreciendo la rehabilitación y previniendo posibles recaídas.

Al mismo tiempo intenta comprender los cambios que se producen en una persona cuando se enfrenta a una determinada enfermedad crónica, estableciendo una serie de recomendaciones para la interacción del personal de salud con el paciente. A pesar que

estudia los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad, la atención se centra sobre la promoción y el mantenimiento de la salud.

6.4 Cuidados Paliativos

Dentro de la psicología de la salud, el psicólogo también se encarga de la atención de las necesidades psicológicas del paciente dentro de las etapas de mayor complicación en el proceso o desarrollo de una enfermedad con pronóstico desfavorable, tal como lo son los usuarios del área de Cuidados Paliativos.

El área de trabajo de los cuidados paliativos tiene que ver con el cuidado como tal, es decir con el control de los síntomas, del dolor, la nutrición, el apoyo emocional y espiritual al paciente y a su familia, y al mismo tiempo con el apoyo del equipo de salud que experimenta fenómenos de estrés.

Los cuidados paliativos van tomando la importancia necesaria como alternativa válida para ofrecer al paciente la muerte digna que este se merece, ya sea dentro de un entorno hospitalario, en un centro dedicado para este objetivo o en uno familiar, con la asistencia debida.

No resuelven la situación de enfermedad de la persona si con ésta se entiende la curación, pero sí proporcionan al enfermo una serie de atenciones específicas para que conserve al máximo sus capacidades física-emotivas, espirituales y sociales para que se eviten todas las molestias, dolores y cualquier otro síntoma negativo posible, aun en medio del inevitable progreso de la enfermedad y del acercamiento de la muerte.

Los Cuidados Paliativos se caracterizan por:

- Entender que la curación del enfermo no es posible.

- Asumir como objetivo la calidad de vida más que la supervivencia, y tratar de controlar los síntomas de la enfermedad con el fin único y fundamental de garantizar al enfermo el máximo bienestar posible.
- Resolver de raíz y en favor de la calidad de vida el dilema moral entre prolongar la vida a toda costa y vivir del mejor modo posible la última fase de esta, puesto que la filosofía de los Cuidados Paliativos rechaza rotundamente la eutanasia y toda forma de mantener con vida a la persona, incluyendo la resucitación.

Los Cuidados Paliativos y todo el conjunto de cuidados para los enfermos terminales tienen que ver con los derechos de los enfermos; de los que se han derivado los que se refieren a los enfermos terminales.

Se habla del derecho:

- A tener una muerte en paz y digna.
- Adecuada asistencia.
- Ser tratado como un ser humano “vivo” hasta el momento de su muerte.
- Ser asistido en sus necesidades espirituales y religiosas.

El tratamiento orquestado por los Cuidados Paliativos según la Organización Mundial de la Salud⁴, tiene los siguientes objetivos:

- 1) Reafirmar la importancia de la vida, considerando la muerte como un proceso normal.
- 2) Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la prolongue.
- 3) Proporcionar alivio al dolor y otros síntomas angustiosos.
- 4) Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente.
- 5) Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.
- 6) Ofrecer un sistema de apoyo a la familia, para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el periodo de duelo.

⁴ Organización Mundial de la Salud, Cuidados Paliativos <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>

6.5 El Rol de la Psicología en Cuidados Paliativos

Barrera y Manero (2007) señalan que, si bien debe reconocerse el trabajo de la atención médica dentro de los cuidados paliativos, se han descuidado los aspectos psicológicos dentro del acompañamiento de los enfermos terminales en su proceso de muerte.

Así mismo el tratamiento adecuado a las familias, como también prevención en las secuelas que podrían prolongarse debido al fallecimiento del familiar por enfermedades crónicas degenerativas.

En la práctica médica dominante, el dolor y el sufrimiento son lo que se intenta disminuir, sin embargo, para lograr esto en muchas ocasiones se llega a incurrir en tratos deshumanizantes, lo cual puede llegar a producir sufrimiento a nivel emocional.

El servicio de cuidados paliativos es el lugar en el que estas representaciones y significaciones encuentran su límite. Es un espacio institucional que se constituye en el crisol de nuevas prácticas y representaciones en la que la atención médica está obligada a reintegrar, de manera distinta, eso que la tecnología médica ha disociado de la concepción de la vida: el dolor, el sufrimiento y la muerte.

La atención psicológica al enfermo en el ámbito de los cuidados paliativos requiere unas características especiales inherentes al contexto, por lo tanto, se requiere un tratamiento específico ante la presencia de numerosos problemas o síntomas intensos múltiples, multifactoriales y cambiantes, generando gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico (Peralta y Díaz-Albo, 2011).

El campo de actuación en cuidados paliativos coloca al psicólogo en la necesidad de organizar el trabajo en función del tiempo que se dispone para evaluar e intervenir, puesto que será corto, se debe integrar la evaluación y la intervención sin olvidar que este tiempo es valioso para el paciente y su familia ya que es el último que les queda para compartir, lo que recuerda la responsabilidad que existe en la adecuada gestión del mismo y en la atención siempre a las necesidades del enfermo.

El psicólogo en Cuidados Paliativos debe estar formado para garantizar la eficiencia en cada una de sus intervenciones. El objetivo será siempre garantizar el máximo bienestar posible para el paciente y minimizar el sufrimiento evitable, acompañando el que es inevitable.

Las funciones específicas, se articulan en tres ejes fundamentales:

- Formación fundamental del psicólogo en aspectos emocionales y de comunicación.
- Investigación en los aspectos subjetivos que tienen lugar una vez que el ser humano toma conciencia de su propia muerte, importante para la mejora en la atención y creación de estrategias.
- Asistencia en la que supone explorar recursos de afrontamiento, reforzando los que resulten adaptativos; facilitar la percepción de control del paciente, ya que la enfermedad les coloca en una situación de indefensión en un mundo que resultaba predecible y ahora en ocasiones no permite ni siquiera el control del propio cuerpo.

Es necesario valorar las necesidades e información, facilitar su colaboración e integración psicológica, así como el manejo de las reacciones que esto genera.

El apoyo emocional básico al enfermo ha de ser multidisciplinario, pero en este caso, el psicólogo se encargará de la evaluación e intervención específica con el objetivo de facilitar el manejo de reacciones psicológicas que dificultan el proceso de adaptación del paciente.

El enfermo comienza con una pérdida de gran impacto, como es la pérdida del estado de salud y la necesidad de adaptación al estado de enfermedad, que conlleva una serie de pérdidas asociadas: autonomía, funcionalidad, identidad, proyectos, roles, aficiones, vida social, las cuales se resolverán en el afrontamiento de la última y gran pérdida: la de la propia vida.

La familia en cuidados paliativos es otra de las áreas que trabaja el psicólogo en la cual se va a presentar unas particularidades que se deben conocer para anticipar la actuación del psicólogo al posible escenario que va a presentarse.

Por una parte, la familia es prestadora de cuidados durante todo el proceso de enfermedad y va a encargarse de muchas tareas que tienen que ver con el cuidado y la comunicación, y son la fuente de apoyo emocional primario para el enfermo, por lo que el apoyo del psicólogo sirve para orientar dichas funciones, que en muchas ocasiones la familia no prevé.

Por otra parte, la familia ha de ser receptora de cuidados por parte del equipo asistencial durante todo el proceso de enfermedad, pero esta atención, ha de extenderse en acompañamiento con el psicólogo tras el fallecimiento, como se menciona más adelante.

Teniendo en cuenta estos aspectos, se debe garantizar una atención de excelencia también al entorno del enfermo, cubriendo sus necesidades de información, comunicación, expresión emocional y en los últimos momentos de la vida, acompañando en el afrontamiento de la última gran crisis irresoluble a la que tendrán que enfrentarse de modo individual y como grupo familiar: la muerte y separación definitiva de su ser querido.

Por tanto, es fundamental la atención en el proceso para la pérdida y el duelo, lo que se ampliará más adelante.

El compromiso del psicólogo en la atención en cuidados paliativos es acompañar hasta el final para prevenir el sentimiento de soledad y abandono que puede aparecer en estas situaciones, por lo cual, es necesario cumplirlo con la familia del enfermo hasta garantizar la adaptación a la vida sin su ser querido, facilitando el proceso de reorganización familiar.

6.6 Reacciones del Personal de Salud en Cuidados Paliativos

El trabajo en Cuidados Paliativos pone al profesional en contacto directo con el sufrimiento del otro, lo que le recuerda su propia vulnerabilidad, suponiendo un trabajo costoso a nivel psicológico por la intensidad de las emociones que aparecen y el significado del momento que se está viviendo.

Es una situación de riesgo en la que es imprescindible la introspección y aprender a manejar y revisar las dificultades personales para poder seguir atendiendo de forma eficaz a

las personas que requieran asistencia psicológica por el profesional, puesto que en situaciones límite los recursos suelen encontrarse también al límite.

En una investigación realizada por Martínez, Martínez y Gongora (2010) se entrevistó a 20 profesionales de la salud entre médicos, enfermeras, promotores de salud y psicólogos, reflejando que un 75% de los entrevistados al comunicar un diagnóstico terminal, presentaban algún tipo de afectación emocional.

El diagnóstico terminal suele impactar fuertemente a los profesionales desde el momento que están a cargo de brindar este tipo de noticias, lo que en algunos puede generar una serie de pensamientos comparativos de la realidad del paciente recién diagnosticado con su realidad personal, por lo que se les dificulta no verse afectados emocional y psicológicamente.

Además, tienen la responsabilidad de dar un seguimiento al caso de cada uno de los pacientes y realizar evaluaciones o intervenciones hasta que se llegue el momento del deceso, por lo que surge la frustración e impotencia por no poder proporcionar alternativas de mejoría al paciente.

De acuerdo con Pulido y Lopera (2009), los profesionales que trabajan en los cuidados paliativos, deben asumir las siguientes funciones, lo que supone un alto índice de capacitación formativa y experiencial, además de lo que del mismo modo puede suponer una fuente de estrés:

- 1) Propiciar un clima de confianza que permita al paciente y a su familia ventilar sentimientos y expresar emociones.
- 2) Ayudar al paciente a interpretar aspectos afectivos y conductuales de la familia.
- 3) Ayudar a la familia a interpretar las emociones y conductas del paciente.
- 4) Facilitar al paciente la exploración de sentimientos que le resultan difíciles de aceptar.
- 5) Proteger la esperanza del paciente con una correcta orientación.
- 6) Fomentar en el paciente, en la medida de lo posible, la sensación de control.
- 7) Velar por la dignidad, autoestima y la autonomía del paciente.
- 8) Dar apoyo emocional y ser soporte en momentos de incremento de la angustia.

- 9) Aclarar al paciente y a la familia conductas médicas.
- 10) Facilitar al paciente la recuperación de vínculos significativos perdidos.
- 11) Establecer con el paciente y la familia metas alcanzables en el manejo de la situación.
- 12) Orientar al paciente sobre sus propias reacciones, evitando los sentimientos de culpa y desconcierto.
- 13) Ayudar al paciente y a su familia a reestructurar los roles y la dinámica familiar, en la medida en que los cambios producidos por la evolución de la enfermedad así lo requieran.
- 14) Motivar al paciente en la búsqueda de bienestar y condiciones confortables.
- 15) Interactuar permanentemente con todos los miembros del equipo, retroalimentando.

6.7 Consideraciones éticas en cuidados paliativos

La ética de los CP es aquella que surge de las ciencias médicas en general, aunque es preciso identificar cuáles son las necesidades específicas que surgen en el contexto del final de la vida (Bertolino, Bunge y Daud, 2014):

- La preservación de la vida y el alivio del sufrimiento: En el final de la vida, el alivio del sufrimiento tiene aún más importancia en la medida en que la preservación de la vida se torna progresivamente imposible, irreal. Es por ello que una estrategia terapéutica apropiada para un enfermo agudo, potencialmente recuperable, puede ser inapropiada en la etapa terminal.
- Toma de decisiones informadas: Deben hacerse todos los esfuerzos para fortalecer la autonomía del paciente y de la familia a través de su participación en el proceso de toma de decisiones y para dar una explicación honesta y simple de los tratamientos, de tal forma que aquéllos puedan expresar su consentimiento informado o su rechazo informado, brindándoles una sensación realista y continua de estar respaldados, proveyéndoles consejos apropiados y ayuda práctica.

La solicitud de consentimiento o rechazo informado presupone una comunicación veraz y confidencial, y se sustenta en tres requisitos fundamentales: la competencia plena del paciente, la información veraz sobre el tratamiento y la libertad de decisión.

- El marco del sufrimiento en el final de la vida: es una prioridad fortalecer la libertad de decisión a través de la resolución de aquellas necesidades básicas que, estando insatisfechas, se convierten en coacción y fuente de conflicto: el alivio del dolor y los síntomas físicos que lo acompañan es una realidad muy frecuente que aún no recibe respuestas eficientes. La soledad, la incertidumbre y el desasosiego suelen ser parte de esta escena carente de alivio.

La provisión de CP es la respuesta apropiada de la sociedad a las preocupaciones de la gente sobre el cuidado y confort en el final de la vida, fortaleciendo la autonomía de los enfermos.

6.7.1 Tratamientos curativos vs. Cuidados paliativos

Está éticamente justificado discontinuar el uso de técnicas para prolongar la vida cuando su aplicación significa una carga o sufrimiento para el paciente, desproporcionado respecto del beneficio esperado.

- La vida no es un bien absoluto: no existe una obligación de emplear tratamientos cuando su uso puede ser descrito mejor como una prolongación de la agonía. Llega un momento, en un tiempo distinto para cada paciente, en que los esfuerzos basados en la tecnología pueden interferir con los valores personales más importantes.

En la mayoría de los países latinoamericanos es todavía más frecuente que se ofrezca a los pacientes tratamientos con intención curativa (o para controlar la enfermedad) que CP.

Aquellas terapéuticas se justifican:

- Cuando la curación es médicamente posible.
- Cuando existe probabilidad demostrada de prolongar la vida significativamente.

- En el contexto de investigación clínica con nuevos métodos potencialmente efectivos, con el marco académico, ético y legal de la investigación.

6.7.2 La conspiración del silencio o el pacto del silencio en los familiares de pacientes terminales

- La inevitabilidad de la muerte y la consciencia de la misma: es un asunto importante que se trata frecuentemente de evitar, si además se añade un diagnóstico terminal, que aún se vive como sinónimo de dolor, sufrimiento, deterioro y finitud, conlleva a un tabú multiplicado (Ruiz-benítez, 2008).

Cuando se aúnan estas circunstancias parece obvio existan serias dificultades para establecer una buena comunicación que facilite, en lo posible, una despedida digna, coherente y en paz con los valores vitales.

- Informar acerca de un diagnóstico: comunicar que el proceso de dicha enfermedad no evoluciona favorablemente, hablar de la posible muerte de alguien con quien hay un vínculo, o bien hacerlo sobre la propia muerte, es el más difícil de los temas que ha de afrontar el ser humano, por lo que requiere mucha sensibilidad y habilidad para comunicarse, no obstante, cuando ésta se encuentra próxima, las barreras para la comunicación se intensifican considerablemente.

Este ocultamiento da origen a lo que se ha denominado “Conspiración o el pacto de silencio” (CS) en los familiares de los pacientes terminales. Silenciar la cercanía o presencia de la muerte, es hasta cierto punto, una consecuencia lógica derivada del rechazo y la negación que es potenciada por la sociedad.

Se entiende por Conspiración del Silencio o Pacto del Silencio, el acuerdo para ocultar total o parcialmente la información del estado real del paciente sin tener en cuenta los deseos de saber del mismo, siendo una barrera en torno a la verdad.

Los motivos que los familiares suelen argumentar para ocultar al paciente la verdad sobre el diagnóstico o el pronóstico de su enfermedad suelen ser los siguientes (Ruiz-benítez, 2008) :

- Hace perder la esperanza.
- Conlleva depresión.
- Acelera la progresión de la enfermedad y la muerte.
- Aumenta el riesgo de suicidio.
- Causa sufrimiento psicológico.

Sin embargo, los familiares también pueden no ser conscientes de la gravedad de la situación o estar situados en la “negación” o tener un conflicto entre ellos en relación a este tema, todo lo cual supone el mantener la colusión.

Las razones por las que la CS va en contra de los principios éticos de una buena práctica clínica son variadas y tienen que ver con el paciente, la familia o el profesional médico.

6.7.2.1 Relacionadas con el Paciente.

La CS es contraria al principio ético de autonomía y revelar el diagnóstico a los familiares antes que al paciente incumple el derecho de confidencialidad: Cuando se produce la CS los pacientes no pueden ejercer el derecho de dar su consentimiento informado (y así el recibir un tratamiento apropiado pudiendo verse afectado). De la misma forma los pacientes pueden perder sus oportunidades para completar tareas y deseos antes de su muerte.

6.7.7.2 Relacionados con la familia.

La CS supone para la familia, soportar la carga de la falta de claridad o del engaño, lo que suele llevar a sentimientos de culpa más adelante. A la vez, surgen barreras de comunicación entre los familiares y el paciente (en la medida en la que aquellos ejercen conductas evitativas en momentos cuando el paciente más los necesita). Esta situación, limita la capacidad de los familiares a guiar decisiones finales de tratamientos.

6.7.7.3 Relacionados con el médico.

La CS conlleva un alto riesgo para la relación médico-paciente que se puede ver negativamente afectada llevando a una pérdida de confianza en el médico por parte del paciente. Igualmente genera dificultades para ofrecer el mejor tratamiento.

6.8 Enfermedad Crónica

La enfermedad crónica es definida por la OMS⁵ como una enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta (OMS, s.f.).

Al adentrarnos en el campo de la psicología para entender el origen de las enfermedades crónicas, nos encontraremos con diversos estudios que explican el vínculo de padecimientos físicos, producidos como efecto de una dificultad mental o psicológica.

Oblitas Guadalupe (2006) en múltiples definiciones de «enfermedad crónica» deduce la importancia de estos factores al destacar que se trata de un «proceso incurable, con una gran carga social, tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación.

Se considera que en la atención a las personas con enfermedades crónicas no siempre se les da la prioridad necesaria a los correlatos de la enfermedad con los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología como en su evolución de la enfermedad a lo largo del tiempo.

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente con una enfermedad crónica, a nivel cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual, contribuye a desarrollar un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación más rápida a una vida satisfactoria aun conviviendo con la enfermedad.

⁵ OMS = Organización Mundial de la Salud.

Dorlen (2010) perteneciente a la American Psychological Association⁶, expresa que sobrellevar los desafíos mentales y emocionales de una enfermedad crónica requiere hacerse un planteamiento realista pero también positivo. Adaptarse a su condición o sentirse bien respecto al futuro puede parecer difícil al principio, pero con un adecuado acompañamiento es posible.

En un reciente estudio con pacientes con problemas renales sometidos semanalmente a múltiples tratamientos de diálisis, se descubrió que su estado de ánimo percibido y su satisfacción con respecto a la vida no era diferente del de un grupo control de personas sanas.

Un psicólogo cualificado puede ayudar a desarrollar la fortaleza emocional necesaria para sobrellevar las dificultades que conllevan las enfermedades crónicas. Al trabajar con el médico y otros especialistas, el psicólogo puede ayudar a desarrollar estrategias adecuadas para enfrentar la enfermedad, que no sólo fortalecerán el tratamiento, sino que además contribuirán a la realización personal pese, a cualquier limitación física (Dorlen, 2010).

6.9 Enfermedad Renal Crónica

Un adecuado funcionamiento de los diferentes subsistemas del organismo del ser humano es determinante para definir el curso de un padecimiento, como por ejemplo si una persona padece de Diabetes, que según el tipo (tipo 1, tipo 2 o gestacional) y el estilo de vida de quien lo padece, hará surgir efectos secundarios que modificarán el funcionamiento de su sistema orgánico. En este caso, esta investigación se enfoca en la Enfermedad Renal Crónica (ERC) retomándolo desde el momento en que los riñones son incapaces de cumplir con sus funciones.

Los riñones filtran los desechos de la sangre y regulan otras funciones del organismo. Estos purifican la sangre al quitarle el exceso de líquidos, minerales y productos de desecho, además de producir hormonas que mantienen la salud de los huesos y la sangre, por lo que su función es elemental para que la persona pueda vivir orgánicamente estable.

⁶ Asociación Americana de Psicología.

La actividad de los riñones puede verse afectada por diversas causas, muchas de ellas relacionadas con la calidad y estilos de vida que asumen las personas.

Cuando los riñones son incapaces de cumplir las funciones anteriormente mencionadas se está ante una Enfermedad Renal Crónica. La mayoría de las veces se presenta lentamente, no tiene cura y llega hasta una etapa terminal en la que el enfermo necesita un tratamiento renal sustitutivo del tipo: Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Trasplante Renal.

La ERC se define como una pérdida irreversible del filtrado glomerular, que se asocia, a medida que avanza, a la pérdida de las restantes funciones ejercidas por el riñón. Todo ello determina, en sus fases finales, una situación clínica característica, conocida también como uremia, en la que el medio interno se encuentra totalmente alterado sobreviviendo la muerte del individuo en caso de no aplicarse las medidas terapéuticas oportunas (Massry y Glasscock, 1995).

Se reconocen como causas más frecuentes de la insuficiencia renal crónica: la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las glomerulopatías y las enfermedades obstructivas renales.

Los síntomas de ERC son muy variados y pocas veces claros. Algunos pacientes no muestran síntomas por mucho tiempo. Produce lesiones graves antes de que la persona sospeche que está enferma.

La mayoría son de índole general: debilidad, irritabilidad, dolor de cabeza, orinar constantemente durante la noche, mareos, náuseas, vómitos, picazón, inflamación corporal, falta de aire, pérdida del apetito, fatiga, lentitud y calambres.

Con el avance de la enfermedad, la piel se vuelve de color terroso, seca y con tendencia a descamarse, con manchas y aumento de la presión arterial, aliento con olor a orina, dificultad para respirar, exceso de sueño durante el día y dificultad para dormir durante la noche (Sellarés y Martín, 2002).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENECA-ELS) en el año 2015 en El Salvador, la enfermedad renal crónica alcanzó una

prevalencia de 12.6%, afectando más a los hombres (17.8%) que a las mujeres (8.5%), principalmente en la zona rural (14.4%) que en la urbana (11.3%) (MINSAL 2020).

De acuerdo con un artículo desarrollado por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en el 2019, se registró una incidencia de 40 casos nuevos al mes a escala nacional, en total, se tienen 2,380 pacientes con insuficiencia renal crónica en todo el país y que son atendidos en los hospitales Médico Quirúrgico, San Miguel, Santa Ana, Sonsonate y en Ciudadela Monserrat.

Asimismo, el 47% de ellos se encuentran en tratamiento por hemodiálisis y el 53% en las modalidades Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y Diálisis peritoneal Automatizada. Durante el 2018 se detectaron 810 casos de enfermedad renal crónica y la prevalencia de edad oscila entre 30-80 años de edad.

El ISSS brinda capacitación y formación continua a nutricionistas y médicos nefrólogos para prevención y manejo de pacientes con enfermedad renal crónica (Hernández, 2019), lo cual refleja que el papel del psicólogo en el proceso de atención a este tipo de pacientes sigue invisibilizado.

Resulta innegable que la afección mantenida de la función renal y la inminente pérdida de un riñón o de ambos, para el paciente que se adentra al proceso médico de Diálisis o hemodiálisis provoca diversas limitaciones en su vida personal, laboral, familiar y social.

Sin embargo, se hace necesario desde los puntos de vista científico y asistencial profundizar en el conocimiento de los posibles correlatos entre las vivencias y estados psicopatológicos que se estructuran en las personas con ERC con vista a desarrollar alternativas terapéuticas más efectivas para mejorar el bienestar de la persona y su calidad de vida.

De ahí la importancia de la psicología aplicada a la nefrología, que se encarga de la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, específicamente aquel bajo tratamiento de hemodiálisis, que presenta en su diagnóstico y tratamiento factores emocionales que permean, agravan o causan mayores dificultades en su vida (Bingaman, 1980).

En el curso de la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis aparecen diferentes formas de subjetivar el problema, como son la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento. Los pacientes pueden presentar alguna mejoría temporal, o desarrollar otras enfermedades y otros síntomas, que pueden ser de difícil entendimiento si no se concibe al ser humano como un todo integrado.

Varios trabajos ya realizados y publicados por ejemplo los de Bingaman (1980), Menzies y Stewart (1968), Barros y Barros (1986), Rebollo et al. (2001), sugieren que los factores psicológicos están entre las variables más críticas en la determinación del ajuste del paciente renal al tratamiento de hemodiálisis.

6.10 Insuficiencia Renal Crónica Terminal

La tasa de filtración glomerular (TFG) es la mejor medida de la función renal. Es el número que se utiliza para determinar la etapa de la enfermedad renal de una persona. Para calcular la TFG, se utiliza una fórmula matemática que tiene en cuenta la edad de la persona, la raza, el sexo y la creatinina sérica. Un médico ordenará un análisis de sangre para medir el nivel de creatinina sérica. La creatinina es un producto de desecho que proviene de la actividad muscular.

Cuando los riñones están funcionando correctamente, eliminan la creatinina de la sangre. A medida que la función renal disminuye, los niveles de creatinina en sangre, se elevan.

De acuerdo con DaVita Inc. (s.f.) los siguientes, son los cinco grados de la enfermedad renal crónica, y la TFG para cada etapa:

- Grado 1 — Normal o alta TFG (TFG > 90 ml/min).
- Grado 2 — ERC leve (TFG = 60-89 ml/min).
- Grado 3 — ERC moderada (TFG = 30-59 ml/min).
- Grado 4 — ERC grave (TFG = 15-29 ml/min).
- Grado 5 — ERC terminal (TFG < 15 ml/min).

6.10.1 Enfermedad Renal en Grado 1 y Grado 2

A menudo hay pocos síntomas en los grados 1 y 2 de la ERC. La ERC temprana, generalmente se diagnostica cuando se presentan las siguientes condiciones:

- Presión arterial alta.
- Niveles superiores a los normales de creatinina o de urea en la sangre.
- Sangre o proteínas en la orina.
- Evidencia de daño renal en una resonancia magnética, tomografía axial computarizada, ultrasonido o rayos x de contraste.
- Antecedentes familiares de enfermedad renal poliquística (ERP).

6.10.2 Enfermedad Renal en Grado 3

En el grado 3 de la ERC pueden aparecer: la anemia (falta de glóbulos rojos) y/o la enfermedad ósea temprana. Estas condiciones pueden ser tratadas para ayudar a que el paciente se sienta lo mejor posible y a reducir los problemas que puedan presentarse en la evolución de la enfermedad.

6.10.3 Enfermedad Renal en Grado 4

Cuando la ERC ha progresado hacia el grado 4, es el momento de empezar a prepararse para la diálisis y/o un trasplante de riñón. Si la TFG cae por debajo de 30, la mayoría de los pacientes necesita ver un especialista en enfermedades renales (llamado nefrólogo). El nefrólogo le hablará acerca de los tratamientos para la insuficiencia renal, incluyendo la diálisis y el trasplante.

Una TFG por debajo de 15 indica que posiblemente es necesario iniciar uno de estos tratamientos.

6.10.4 Enfermedad Renal en Grado 5

Una persona con ERC en grado 5 tiene Enfermedad Renal en etapa Terminal (ERT), con una TFG de 15 ml/min o menos. En esta etapa avanzada de la enfermedad renal, los riñones han perdido casi toda la capacidad de hacer su trabajo con eficacia, y finalmente se necesita iniciar la diálisis o un trasplante de riñón para sobrevivir.

Las personas diagnosticadas con ERC en grado 5 necesitan ver a un nefrólogo inmediatamente. El médico ayudará a decidir cuál es el mejor tratamiento a seguir: la hemodiálisis, la diálisis peritoneal o un trasplante de riñón. Así mismo, recomendará hacerse un acceso vascular para la diálisis.

Un nefrólogo desarrollará un plan de atención general y dirigirá al equipo de atención médica que prestará servicios al paciente.

En El Salvador, la Enfermedad Crónica Avanzada (ERCA) es llamada comúnmente Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).

El Tratamiento Renal Conservador (TRC) se define como un plan de cuidado integral centrado en el paciente con IRCT Grado 5, cuyo objetivo es retrasar la progresión de la IRCT y tratar las complicaciones asociadas, realizar una toma de decisiones compartida, tratar activamente el dolor y los síntomas asociados a la IRCT, comunicar e informar detalladamente, planificar cuidados paliativos avanzados, asegurar soporte psicológico y social, planificar los cuidados al final de vida y atender también los aspectos culturales y espirituales.

El objetivo final es mejorar la calidad de vida de estos pacientes y hacer confortable la trayectoria de la enfermedad (Murtagh, Burns y Moranne, 2016).

La valoración pronóstica en la IRCT, el conocimiento de la trayectoria funcional, la detección de síntomas refractarios y los criterios de enfermedad terminal van a ser determinantes para saber si el paciente va a tener necesidad de Cuidados Paliativos Renales (CPR) y hacer una apropiada toma de decisiones.

6.11 IRCT y Cuidados Paliativos Renales

Los Cuidados Paliativos Renales (CPR) se definen como un modelo de transición entre la diálisis orientada a la enfermedad con objetivo rehabilitador, y el paso a una medicina centrada en el paciente y basada en el tratamiento de los síntomas, respecto a sus preferencias y mejora de la calidad de vida (Alonso Babarro et al. 2018).

Los CP parten del objetivo de cuidar, con base en el pronóstico. Los pacientes con IRCT son una población apropiada para recibir CP, dado que se caracterizan por tener una edad avanzada, una alta comorbilidad, una elevada carga de síntomas y una mortalidad más alta que la población general.

A pesar de ello, muy pocos tienen definidas directrices de cuidados avanzados. Por esta razón, la investigación en este campo es un área de interés creciente para nefrólogos y profesionales paliativistas.

La retirada del tratamiento también entendida como retirada de diálisis significa que, en el curso regular de la técnica, la diálisis se detiene porque las complicaciones del tratamiento son inasumibles. Esto implica un acto clínico que lleva implícito que el Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) se puede detener permanentemente.

No es muerte tras retirada si la suspensión de la diálisis se sigue de una complicación aguda o por falta de cumplimiento terapéutico. Esta definición se ha propuesto tras revisar las amplias variaciones internacionales para clasificar la retirada de diálisis, y se propone codificar en 3 categorías la muerte del paciente tras la retirada. Esto es muy importante para programar los cuidados paliativos al final de la vida (Murphy, Germani y Cairns, 2014), (ver Tabla 1).

Tabla 1

*Causas de muerte tras retirada de diálisis.***Muerte precedida de retirada de diálisis de causa renal/urémica**

- Elección del paciente del TRC.
- Moderado o bajo score de comorbilidad.
- Tiempo de muerte desde la retirada de diálisis > 8 días, dependiendo de la FRR.
- Causa primaria de muerte: complicaciones de la uremia.
- Muerte precedida de retirada de diálisis por causa no renal.

Muerte precedida de retirada de diálisis por causa no renal

- Generalmente toma de decisiones equipo/ familia/ paciente.
- Elevado score de comorbilidad / paciente anciano frágil.
- Tiempo desde la última diálisis hasta la muerte > 8 días o menos en función de la SUD.
- Causa primaria de muerte: fallo de órgano renal.

Muerte en diálisis

- Sin proceso de decisión de retirada.
- Tiempo desde la última diálisis hasta la muerte > 3 días.
- Causa primaria de muerte: enfermedad que ha iniciado el proceso.
- La diálisis no se ha realizado antes de la muerte debido a proceso de inestabilidad.

FRR: función renal residual; **SUD:** situación de los últimos días; **TRC:** tratamiento renal conservador.

Nota. Fuente: Sánchez Hernández (2018).

Cuando se analizan los datos de supervivencia de estudios realizados en pacientes en diálisis, la mortalidad más elevada sucede en los primeros 120 días desde el inicio, y es más frecuente en individuos con edad superior a 85 años. Durante estos primeros meses también hay más retiradas de diálisis (Robinson, Zhang y Morgenstern, 2014).

Los motivos de retirada son similares en diálisis peritoneal y en hemodiálisis (Murtagh y Germain 2007), (ver tabla 2).

Tabla 2

Factores asociados con la retirada de diálisis.

-
- Deterioro funcional.
 - Comorbilidad.
 - Enfermedad de mal pronóstico.
 - Intolerancia a la técnica.
 - Depresión, soledad, dolor y mal control de síntomas.
 - Pérdida de acceso vascular.
 - Edad avanzada.
 - Demencia.
 - ERC o fracaso renal agudo con enfermedad crítica en hospital.
 - Documento de voluntades anticipadas.
-

ERC: Enfermedad Renal Crónica.

Nota. Fuente: Sánchez Hernández (2018).

Mientras la retirada de diálisis se considera como una opción, muchos pacientes y familiares pueden no estar preparados para la suspensión completa, porque consideran que el cese ocasionará mucha sintomatología y la muerte inminente. Está descrito que la supervivencia media, en ausencia de diuresis residual, suele estar entre 8 y 10 días.

Adaptar el esfuerzo terapéutico con una técnica de diálisis paliativa en estas circunstancias podría servir de transición mientras se valora la retirada. Durante esta etapa se puede reducir el tiempo y la frecuencia dialítica, disminuir la dosis de medicamento e incorporar en el seguimiento del paciente a los equipos de CP.

La elaboración o existencia de un documento de instrucciones previas va a facilitar la toma de decisiones y la comunicación con el paciente, fomentando el diálogo y la sensación de autocontrol (Robinson et al. 2014).

En los CPR es muy importante tener un enfoque terapéutico multidisciplinario y requieren de una formación básica del nefrólogo en CPR. Estos conocimientos y la incorporación en la atención del enfermo de equipos especializados pueden mejorar la atención y su calidad de vida en la fase de deterioro y en sus últimos días.

En España Leiva, Sánchez y García (2012), especialistas en medicina paliativa, Sánchez, especialista en nefrología, García Llana, especialista en psicología, junto a sus colaboradores proponen un modelo multidisciplinar de los CPR, que deben estar disponibles desde el diagnóstico de la ERC, aplicables a todas las modalidades de TRS hasta el final de la vida.

La implementación de programas de soporte renal y de CPR comienza detectando a los pacientes con IRCT susceptibles de CP y estableciendo unos objetivos de cuidados sobre la base del pronóstico.

No obstante, esta investigación, se ha enfocado solamente en los pacientes en Grado 5 debido a que se entiende que el ingreso a cuidados paliativos es desde el momento en que ya no se le puede ofrecer medidas curativas al paciente en hemodiálisis, tal como se ha descrito anteriormente.

Los expertos en CPR de las guías *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)*⁷, proponen un mapa de ruta que lleve a mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes paliativos renales.

Recalcan aspectos fundamentales de los CPR, sobre el porqué y para quién son necesarios y cuál es el enfoque deseable de los programas de desarrollo de IRCT y CPR (Davidson, Adeera y Moss 2015), (Ver tabla 3).

Tabla 3.

Mapa de ruta para el desarrollo de programas de cuidados de soporte y paliativos renales.

¿Por qué son necesarios los CPR?

- Elevada carga de síntomas físicos y psicológicos en la IRCT.
- Mortalidad anual muy elevada en diálisis, > 20%.
- Retirada de diálisis frecuente.
- Cuidados al final de la vida insuficientes en los pacientes con IRCT.
- Muchos procedimientos intensivos en situación de últimos días.
- Imprescindibles en pacientes con IRCT.

⁷ “Enfermedad renal: mejora de los resultados mundiales”.

¿Para quién son necesarios los programas de CPR?

- Pacientes susceptibles de diálisis que deciden TRC.
- Pacientes ancianos con elevada comorbilidad y mal pronóstico en diálisis.
- Situación clínica en la que no está indicada la diálisis.
- Pacientes con falta de capacidad de decisión a quienes no se les oferta TRS.

Enfoque de desarrollo de programas de CPR

- Liderazgo.
- Equipo multidisciplinar.
- Toma de decisiones compartidas.
- Estimación pronóstica específica.
- Discutir siempre los objetivos de cuidados con el paciente y la familia.
- Plan de cuidados paliativos avanzados.
- Monitorización y tratamiento del dolor y los síntomas.
- Formación básica en cuidados paliativos y en habilidades de comunicación.

CPR: cuidados paliativos renales; **IRCT:** insuficiencia renal crónica terminal; **TRC:** tratamiento renal conservador; **TRS:** tratamiento renal sustitutivo.

Nota. Fuente: Sánchez Hernández (2018).

Hall, Haines y Gorbatkin (2016), plantean que es pertinente incluir en algunos casos la atención domiciliaria con algunos pacientes, tomando en cuenta el grado de estabilidad y síntomas junto con una valoración integral geriátrica y de acuerdo a ello, establecer una frecuencia de visitas, que abarque las áreas: a) clínica; b) funcional; c) cognitiva; d) nutricional; e) afectiva; f) social, con apoyo al cuidador, y e) espiritual. Es menester aclarar que incluir esta modalidad de atención requiere una valoración institucional por parte de la unidad de CP que otorgue estos servicios.

6.12 Proceso de Toma de Decisiones Compartidas

Las guías de práctica clínica sobre la toma de decisiones de inicio, no inicio o retirada de diálisis, recomiendan que los pasos que se deberán seguir se tienen que compartir con el

paciente y la familia. Debe constar de una deliberación ético-clínica y de una información adecuada de las opciones de tratamientos de la IRCT.

Si existen dudas, una opción válida es un período de prueba en diálisis. Se debe valorar con estos la calidad de vida en TRS y TRC.

Cada paciente requiere un proceso individual de Plan de Cuidados Paliativos Avanzados (PCPA) que se podría iniciar con algún profesional con habilidades de comunicación, que le informe de la situación de la enfermedad y el pronóstico, explore sus deseos, facilite la transmisión de malas noticias y trate de forma adecuada la respuesta emocional. En este sentido, la integración en la planificación de equipos de CP puede facilitar mucho el trabajo.

Barreto et al. (2005) explican que si el paciente elige TRC, hay que tener y exponer un plan de soporte avanzado que cuente con los equipos específicos de CP y la atención primaria.

La incorporación del equipo de psicólogos en el proceso de toma de decisiones aporta una gran ayuda a la hora de comunicar malas noticias y controlar las emociones del paciente, de la familia y también de los profesionales, (Barbero, Prados y Gonzales 2011).

6.13 Control del Dolor y Cuidados Psicológicos Paliativos en IRCT

Dentro de los cuidados paliativos, uno de los retos más grandes hasta el día de hoy, ha sido el no tener claro de qué manera abordar el dolor interno del paciente que no esté vinculado con el dolor físico, como normalmente se entienden los cuidados paliativos, es por ello que surge la necesidad de establecer dentro de los CP la integración de la Psicología como medio de respuesta a esta necesidad.

Haley, Larson y Kasl-Godley (2003) citados por (Espinoza, 2019) define los Cuidados Paliativos Psicológicos (CPP), como el conjunto de estrategias aplicadas a la observación de

procesos y abordajes de tipo psicológico en cuatro momentos por los que atraviesan la familia, el paciente y el personal de salud:

1. Antes de que la enfermedad se manifieste.
2. Durante el periodo de diagnóstico y comienzo del tratamiento médico.
3. Avance de la enfermedad.
4. Después de la muerte del paciente.

Es importante distinguir entre “dolor” y “sufrimiento”.

Según explica Piccininni (2018), el “dolor” es físico y su retroceso depende del avance de la sociedad y la ciencia. En este campo específico, los avances de la ciencia médica en los últimos años han permitido el desarrollo de innumerables mecanismos para minimizar el dolor físico y mejorar la calidad de vida de las personas en situación de cuidados paliativos.

Con respecto al dolor (Marinelli et al. 2016), expresa que en la actualidad hay diversas escalas para medirlo de manera práctica, entre las cuales se cuenta las siguientes:

Escalas Analógicas Unidimensionales:

- Escala de Clasificación verbal: ligero, moderado o severo.
- Escala de Evaluación Numérica: 0-10.
- Escala visual Análoga (EVA).
- Escala de rostros de dolor para pacientes pediátricos.

Marinelli et al., (2016) menciona que, en todas estas formas de expresar el dolor, la respuesta que siempre se ofrece es por parte de la medicina, a través del uso de fármacos vía oral, rectal o parenteral-subcutánea, recurriendo a la sedación cuando la muerte se vuelve un hecho inevitable, buscando disminuir el nivel de conciencia superficial o profundamente, con la intención de aliviar el sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas.

Dentro de los CP la calidad del final de la vida y de la muerte son más importantes que su duración.

El “sufrimiento”, por su parte, es emocional y mental. Se sufre por temor a perder lo que se tiene, por temor a no lograr lo que se desea, por temor a la enfermedad, a la soledad, a la

muerte y por temor en general. La incomunicación, la angustia, la desorientación, la violencia externa e interna son generalmente consecuencias del sufrimiento mental cuando no puede ser tratado de una manera adecuada.

El dolor físico y el sufrimiento mental interactúan, se realimentan mutuamente, por lo que un indicador común suele ser la necesidad de aumento constante de dosis de analgésicos con escasa eficacia. A este fenómeno también se le suele llamar “dolor psicógeno”. Es por ello que ambos necesitan ser enfocados de una manera integral.

Barlow y Durand (2003), sugieren que entre los factores psicológicos y sociales asociados al dolor, las diferencias de personalidad, el estilo de afrontamiento, situación socioeconómica y las contingencias sociales, pueden influir en la experiencia de dolor de la persona. Eccleston (2001), sugiere los siguientes factores psicológicos asociados al dolor: el miedo, la depresión, el afrontamiento, la personalidad, el género, la edad y la cultura.

Por ejemplo, hay un rasgo de personalidad llamada “evasión del daño”, que de acuerdo con Hamer y Copeland (1998), consiste en que la persona es propensa a experimentar altos niveles de ansiedad, depresión, hostilidad, un mayor riesgo a desarrollar enfermedades y una mayor preocupación y susceptibilidad por el dolor.

Eccleston (2001) se refiere a un tipo de personalidad propensa al dolor. Raselli y Broderick (2007) encontraron una relación significativa entre la evaluación del dolor y rasgos de la personalidad como el neuroticismo y la depresión.

Si bien, la personalidad es una variable importante en la respuesta de un individuo a situaciones estresantes como el dolor, también lo es el estilo de afrontamiento, de acuerdo con Eccleston (2001), la persona puede asumir un estilo de afrontamiento pasivo o activo, siendo aquellos que creen tener la capacidad de controlar el dolor, quienes presentan una mejoría a nivel funcional y un ajuste más efectivo.

De acuerdo con el mismo autor, afrontar el dolor alejando la atención de éste es tan válido como informarse acerca del dolor; así mismo, es más conveniente que el paciente comprenda la etiología del dolor para darle un sentido y un significado, aquellos pacientes que desconocen el origen del dolor que experimentan, tienden a presentar mayores dificultades para enfrentar el dolor.

Tal como se ha revisado en líneas anteriores, existe un importante factor psicológico en la experiencia del dolor, es por ello que el componente psicológico se ha incluido como parte vital del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico.

De acuerdo con Russo y Brose (1998), las terapias psicológicas para el dolor crónico incluyen el *biofeedback*, la visualización, y las técnicas de relajación. Coren, Ward y Enns (2000), incluyen el modelamiento social, la sugestión y la concentración de la atención como técnicas cognitivas para el tratamiento del dolor.

Autores como Eccleston (2001) & Levy y Walter (2005), proponen la terapia cognitiva conductual como el tratamiento de elección para el dolor crónico.

Merriam-Webster (2003), define la terapia cognitiva conductual como una forma de psicoterapia basada en el concepto de que nuestros pensamientos afectan la manera como nos sentimos a nivel emocional. La terapia cognitiva conductual se centra en los esquemas de pensamiento actuales, el comportamiento y la comunicación, antes que en las experiencias pasadas y se orienta hacia la solución de problemas.

Eccleston (2001), complementa esta definición afirmando que la terapia cognitiva conductual incluye una combinación de tratamientos destinados a reducir la influencia de los factores que mantienen las conductas, creencias y patrones de pensamiento desadaptativos de los pacientes.

Levy y Walter (2005), afirman que la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de dolor crónico, utiliza un enfoque multimodal que toma en cuenta las cogniciones asociadas al síntoma, la activación psicológica y la reestructuración de actividades.

Autores como Joseph, Gierlach y Housley (2005), han concluido que tanto la terapia cognitiva conductual como la terapia operante conductual son tratamientos eficaces para mejorar la discapacidad física y psicológica, así como la intensidad del dolor.

De acuerdo con Eccleston (2001), hay siete factores claves que deben tenerse en cuenta para que la terapia cognitiva conductual tenga éxito:

- El reforzamiento positivo directo del comportamiento asociado al dolor.
- El reforzamiento positivo indirecto del comportamiento asociado al dolor.

- El reforzamiento positivo de los comportamientos adaptativos.
- Estar en buena forma y funcionalidad.
- La reestructuración cognoscitiva.
- La educación y el empoderamiento.
- Los factores críticos del proceso.

En la terapia cognitiva conductual se intenta generar un ambiente sensible a las situaciones en las que el paciente es reforzado directamente por comportamientos de dolor y se busca así mismo, minimizar el efecto de dicha contingencia.

También se procura reemplazar los patrones de reforzamiento positivo indirecto, de los cuales el mejor ejemplo es la evitación de actividades, alentando a los pacientes a comportarse de acuerdo con contingencias temporales y a planear y alcanzar metas, el logro es reforzado.

Con relación a esto es preciso tomar en cuenta que los pacientes con dolor crónico, pocas veces son reforzados por sus conductas adaptativas, ya que tanto las familias como el personal de salud responden sobre todo a las complicaciones y a las necesidades antes que, a las conductas favorables, por lo tanto, en un ambiente de terapia cognitiva conductual el paciente, el personal y la familia deberían estar entrenados para reconocer y reforzar el comportamiento saludable y positivo.

El logro personal y estar en buena forma y funcionalidad son metas frecuentes para los pacientes con dolor crónico en este esquema terapéutico, y a menudo proporcionan un punto de partida para el reforzamiento positivo y el auto reforzamiento.

Constituye también un factor fundamental en la terapia cognitiva conductual, la reestructuración cognitiva, que consiste en desarrollar un entendimiento del efecto que pueden tener los pensamientos en los sentimientos y viceversa, entre los contenidos que se abordan en este punto, están las habilidades de comunicación, identificación y solución de problemas, manejo de la ira, reducción del estrés y estrategias de autorrelajación.

La educación y el empoderamiento se refieren a instruir al paciente respecto a las causas y consecuencias del dolor, el manejo de la comunicación entre médico y paciente, anatomía y biomecánica, reglas de la interacción social, e higiene del sueño.

Entre los modelos y/o enfoques que abordan de manera más efectiva los cuidados paliativos psicológicos, además del modelo cognitivo conductual, se encuentra también el modelo humanista y la psicología positiva.

En el pasado los tratamientos de cuidados paliativos psicológicos se empleaban técnicas para controlar el malestar emocional y el estrés, por lo que se pensaba que el problema eran las reacciones emocionales exageradas a la enfermedad. Sin embargo, desde la psicología positiva el foco no está en controlar el síntoma para no sufrir, sino ampliar la conciencia vital de cómo quiere funcionar la persona cuando su vida ha sido amenazada, tratando de fortalecer la resiliencia.

No se trata de menoscabar la importancia del manejo del dolor, sino abordarlo como un aspecto más dentro de los CPP.

Estudios como los de Casellas-Grau, Vives y Font (2016) y Ochoa, Casellas y Vives (2017) han demostrado que el uso del enfoque de la psicología positiva mejora el estado de ánimo del paciente y el afrontamiento de la enfermedad.

Por su parte, la psicología humanista al ser empleada con las debidas reservas en cuidados paliativos, proporciona a la persona la capacidad de no focalizarse en lo patológico, sino en concebirse a sí mismo de manera más integral, más compleja y dotada en todo momento de poder de decisión, (Aragón 2018).

Este autor plantea que la psicología humanista se caracteriza por ver a la persona en su conjunto, de forma global, teniendo cada uno de los aspectos la misma relevancia: los pensamientos, el cuerpo, las emociones y el ámbito espiritual. Estos aspectos se interrelacionan y confluyen mutuamente y son la principal vía para que el individuo se encuentre a sí mismo.

Esto al aplicarse en los CPP facilita al paciente atravesar su experiencia con una mayor aceptación al visualizarla como un medio para alcanzar un significado mayor. Un error frecuente en los CPP es mantener el enfoque de la psicología como un medio para “curar”, puesto que es la forma en la que se suele percibir al psicólogo: como un curador, cuando en los CPP su función es más la de un acompañante durante la recta final de la vida.

Es por ello que, a pesar de la gran utilidad del modelo cognitivo conductual y su gran respaldo científico, se vuelve necesario incluir la delicadeza y cercanía que proporciona el modelo humanista y la fortaleza y reconexión interna que permite el enfoque de la psicología positiva. Cada uno de ellos aportan importantes contribuciones al cuidado del enfermo terminal.

La forma de incluir de manera equilibrada estos tres elementos en la atención a una persona que se encuentra al final de su vida debido a una enfermedad tan compleja como lo es la IRCT, no es mediante extenuantes sesiones de 40 minutos como tradicionalmente se realiza, sino mediante actividades cortas y ejercicios que impliquen más la reflexión que la acción, puesto que el trabajo con esta población en particular presenta muchas limitantes.

Es importante tomar en cuenta siempre la brevedad de las intervenciones a realizar, la decisión de la persona de participar o no en la actividad y la practicidad de esta.

6.14 La espiritualidad en los cuidados psicológicos paliativos

Tanto el modelo humanista como la psicología positiva proporcionan las condiciones necesarias para el abordaje de una dimensión que en CP es de vital importancia: la espiritualidad.

Cuando se habla de espiritualidad, es necesario hacer hincapié en que este término no hace referencia a la religiosidad, sino que debe entenderse como el sentido de carácter inmaterial del ser humano y la trascendencia del mismo. Es decir, debe entenderse a la espiritualidad como el conjunto de ideas, pensamientos, creencias y valores sobre el significado de la vida y de la conciencia (Bermejo, 2009).

Peterson y Seligman (2004), como principales referentes de la psicología positiva, postulan que la espiritualidad forma parte de las fortalezas y las virtudes humanas, y establecen que la espiritualidad es la forma como el individuo se relaciona con sus creencias de forma personal y permite la comprensión de la existencia más allá de lo terrenal o

tangible; estas permanecen en el tiempo y sirven para que el sujeto se oriente hacia un fin personal, de construcción de significados propios y la búsqueda de respuestas.

Bermejo (2009) explica que la religión comprende la disposición de la persona en sus relaciones con Dios (o la figura que considere como poder supremo) dentro del grupo al que pertenece y en sintonía con los modos de expresar la fe.

Por su parte, la dimensión espiritual según este mismo autor es mucho más vasta y hace referencia al significado que las personas otorgan a los símbolos. Cada individuo vive la espiritualidad de acuerdo a su propia manera de ver e interpretar el mundo, es decir, tiene un rol integrador de la persona: estos factores espirituales (ideas, pensamientos, creencias y valores) guían una gran parte de las decisiones del ser humano sobre cómo manejar el cuerpo y la enfermedad en él, así como todo lo que conlleva.

Respecto a la espiritualidad según Marinelli et al. (2016) puede decirse que posee un importante papel en la capacidad de sobrellevar una enfermedad terminal y de dar sentido a las experiencias dolorosas por las que se ha de pasar.

Esta capacidad de otorgar sentido o significado a la experiencia determinan la visión de la vida, si el paciente colabora o no con los profesionistas y cuidadores, la manera en que maneja emociones y por supuesto, la actitud frente al desenlace próximo de la vida, es decir, la conciencia de finitud.

A continuación, se indican las necesidades espirituales según la Guía SECPAL (Barbero et al. 2008):

- Necesidad de ser reconocido como persona: el paciente no debe perder su identidad ni percibirse como un ser anónimo.
- Necesidad de amor: al final de la vida, el riesgo de experimentar soledad y/o despersonalización conlleva un fuerte refuerzo de la necesidad de amar y ser amado. El amor manifestado por el enfermo puede dar sentido a su sufrimiento y ofrecer la seguridad que su existencia es valiosa y útil a los demás.
- Necesidad de manifestar la angustia y preguntas difíciles: se trata de necesidad de dialogo y desahogo emocional. Implica también no evadir las preguntas difíciles

con abstracciones ni racionalizaciones, sino centrarse en el significado único que tiene el acontecimiento para la persona.

- Necesidad de releer la vida propia: Surge la necesidad de narrar la propia vida, descubriendo las cosas que han valido la pena y relacionándolas con las menos significativas.
- Necesidad de sentido: sitúa a la persona frente a lo esencial, lo que proyecta sentido para ella. La búsqueda y satisfacción de esta necesidad genera sensación de libertad en la persona, aun frente a la enfermedad.
- Necesidad de perdón: perdón hacia si mismo y para con los demás. Resolver aquello que se concibe como no cerrado proporciona una gran paz en la persona.
- Necesidad de trascendencia: al final de la vida se experimenta la necesidad de continuar, ya sea mediante lo material o mediante lo divino.
- Elaborar el dolor por las separaciones y dar continuidad: el objetivo es ayudar al paciente no a evitar las separaciones y el dolor, sino a afrontarlos. Muchas personas perciben la satisfacción de esta necesidad en la satisfacción de haber logrado algo (hijos, proyectos realizados, esperanzas cumplidas).
- Necesidad de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas: mediante el dialogo, concretar con el paciente actitudes de respeto, realismo, autenticidad y veracidad, no de optimismo sin fundamentos.
- Necesidad de expresar sentimientos religiosos: independientemente de la orientación religiosa, las personas tienen una forma específica de expresar sentimientos religiosos cuando se acercan a la muerte.

Además de estos factores o principios terapéuticos, existen otros presupuestos que pueden determinar de la terapia con el paciente paliativo, por ejemplo, que haya directrices claras y comunes entre el personal de salud, que entre mayor experiencia tenga el equipo de salud, mejores resultados darán la terapia, que se deben evitar los modelos de tratamiento que entren en conflicto, que los miembros del equipo de salud tengan supervisión, entre otros.

6.15 El Rol de la Familia en Cuidados Paliativos de pacientes con IRCT

La familia es el primer núcleo social en el que se desarrolla todo ser humano, y es un elemento esencial en la atención a un paciente crónico y/o terminal, tanto por su proximidad afectiva como por el hecho que sobre éstos recae la mayoría de los cuidados hacia el enfermo.

La enfermedad de un miembro de la familia supone una modificación y posterior readaptación del sistema familiar, la cual puede ser más o menos profunda, en función del tipo de enfermedad que se padezca. Hill y Bloedow (1965) propuso un modelo de análisis de las situaciones críticas, Este modelo, que es conocido por sus siglas, ABCX, postula una serie de factores:

- A: el hecho en sí y los duelos vinculados a él.
- B: la decisión que la familia hace del hecho en sí.
- C: los recursos con que cuenta la familia para hacerle frente.
- X: la crisis, en donde concurren los tres factores anteriores.

Durante todo el proceso de la enfermedad la familia sufre junto con el enfermo, y se pueden generar cambios muy significativos a raíz de ello.

Explica Aréchiga (2001), que es necesario que los familiares del enfermo reciban atención e instrucción necesaria por parte del equipo paliativista para no influir negativamente en la evolución del paciente.

6.15.1 Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia.

Para lograr una compilación más sistemática de estos factores, se ha tomado a bien recurrir a los establecidos por Acinas, Astudillo y Mendinueta (2008) y los estudiados por Centeno (2010), dando como resultado los siguientes:

- Etapa del ciclo vital: el impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra, puesto que aunque se

trata de una enfermedad como la IRC, la afectación será distinta si ocurre en una etapa de dependencia de hijos a que si ocurriera en la etapa de nido vacío. De igual manera, será diferente en una familia que nunca haya enfrentado una crisis familiar antes.

- Composición familiar: la enfermedad afecta en diferente forma e intensidad a los miembros, pero esto también dependerá de la estructura familiar en sí y el lugar que ocupa el familiar enfermo en dicha estructura, si se trata de un proveedor principal, un familiar que usualmente está bajo cuidado (como abuelos), si es el único de los progenitores o es un miembro en crecimiento, si es hijo único o por el contrario convive con más hermanos y hermanas.
- Flexibilidad o rigidez de los roles familiares: las familias podrán responder mejor en la medida en que sean flexibles. Al surgir una enfermedad, los miembros pueden cerrarse en cuanto a asumir las responsabilidades que ya no podrá cumplir el familiar enfermo, por lo que es necesario negociar.

En el caso que el rol desempeñado por el enfermo haya sido de proveedor, se vuelve más conflictivo, puesto que este además otorga poder que muchas veces no es compartido, sino absoluto, y cuando éste enferma, dicho poder se verá disputado, parte por los nuevos proveedores y parte por quien forme alianzas o coaliciones con el antiguo detentor del poder.

- Cultura familiar: Se refiere al conjunto de valores, costumbres y creencias que comparte una familia, los cuales intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad, por lo cual es menester saber cuál es la interpretación que la familia hace de la misma. En el momento que el paciente y su familia perciban un rechazo o desaprobación a la interpretación que hacen de la enfermedad, se retraerán.
- Nivel socioeconómico: Durante la enfermedad, resulta evidente que la familia necesitará disponer de una mayor cantidad de recursos económicos en concepto de medicamentos, tratamientos, traslado al centro de atención, cambio en la dieta permitida, acondicionamiento físico de la vivienda, insumos necesarios para el cuidado del enfermo.

En algunos casos incluso se suele contratar cuidadores capacitados, siempre y cuando este pueda ser permitido, aunque en la mayoría de los casos no es así.

- Patrones de comunicación familiar: en los países latinoamericanos se suele presentar la denominada “conspiración del silencio”, de la cual ya se habló anteriormente. Esta restricción de la información a la larga genera sentimientos de soledad, desamparo, minusvalidez y puede provocar dificultades psicológicas como ansiedad o depresión, causados por la sensación de incertidumbre.

Centeno Amaya (2010), explica que todas las familias tienen una manera específica de vivir, de relacionarse, y en cada una hay una forma de ejercer autoridad, comunicarse, expresar afecto, poner límites, construir una jerarquía, desempeñar roles y de afrontar conflictos; en el caso de los enfermos terminales, su única relación con el mundo exterior es mediante lo que le transmiten estas personas al paciente.

Los lazos afectivos que unen a cualquier ser humano con su familia son intensos y difíciles de romper, y por ello, cualquier problema que afecte a un miembro de la familia repercute, en mayor o menor intensidad en todos los demás, siendo más intensos en el miembro que asume la mayor carga de los cuidados, por lo que tiende a presentar mayor afectación de manera física, emocional y espiritual.

6.15.2 La familia ante la enfermedad.

Frente al enfermo la familia puede presentar dos tipos de respuesta, siendo ambos patrones de respuesta opuestos, pero de una misma dimensión:

- Respuesta centrípeta: donde la familia se vuelca excesivamente en el enfermo, girando las actividades, temas de conversación y decisiones con base a la enfermedad.
- Respuesta centrífuga: donde nadie quiere saber nada sobre la enfermedad o sobre quien la padece. Ante esta situación suele delegarse toda la responsabilidad a una sola persona, a la cual el enfermo se aferrará. En esta circunstancia se crea una codependencia masiva, donde uno no encuentra su lugar sin el otro.

Al presentarse una enfermedad en un familiar, hay ciertas reacciones ante el impacto de la enfermedad que suelen ser más frecuentes en las familias. Marinelli et al. (2016) explica que entre esas reacciones se pueden contar las siguientes:

Alteraciones estructurales:

- Desarrollo de coaliciones y exclusiones.
- Adhesión a patrones rígidos.
- Patrón rígido entre cuidador primario y el resto de la familia.
- Sobreprotección.
- Aislamiento social y abandono de actividades.
- Cambios estructurales en roles, límites y ejercicio de poder.
- Sometimiento de necesidades familiares en pro del paciente.
- No respetar la autonomía del paciente.

Alteraciones en el proceso familiar:

- Compatibilizar la tarea evolutiva con la atención de la enfermedad.
- Aumento de conflictos de pareja.
- Reacción de celos por parte de algunos miembros del círculo familiar.
- Patrones de respuesta en la fase aguda se vuelven semi permanentes.

Alteraciones de respuesta emocional:

- Sentimientos de contrariedad, culpa, resentimiento e impotencia.
- Arrebatos emocionales con el personal de salud.
- No aceptar ayuda externa.
- El ofrecimiento de ayuda psicológica se interpreta como una ofensa o acusación.
- Duelo anticipado.

6.15.3 Evolución de la crisis provocada por la enfermedad.

La intensidad de la crisis producida en el seno familiar por la aparición de la enfermedad, depende de la acción conjunta de factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia mencionados con anterioridad. Así mismo, en todos los casos se encontrará con mayor o menor intensidad y duración, tres fases cruciales para que la crisis provocada por la que enfermedad evolucione. Hill y Bloedow (1965) las detalla de la siguiente manera:

1. Fase de desorganización: esta comienza cuando se comunica el diagnóstico de la enfermedad; en ocasiones incluso aparece antes, cuando se están realizando las pruebas previas. En estos momentos se suelen buscar soluciones defensivas, y suele haber un aumento de conflictos.

Si esta fase se basa en la negación o se reorganiza precozmente, el resultado será negativo, puesto que la tensión aparecerá en otra dimensión. Por otra parte, al entrar en un periodo de desorganización demasiado profundo es posible que no se pueda salir de él.

En esta fase se recomienda que los profesionales acompañen al paciente y su familia en el dolor, ya que, de no ser así, no se podrá establecer una relación empática y efectiva posteriormente, lo que influirá negativamente en el proceso. En las familias muy desorganizadas, por el contrario, se puede crear una dependencia excesiva hacia el profesional, por lo que se debe proceder equilibradamente.

2. Fase de recuperación: suelen aparecer diferentes indicadores de que la familia está comenzando a recuperarse, como lo es la participación activa de un miembro antes periférico, comunicación de personas entre sí o consultar sobre el problema de otro miembro.

Esta fase no debe confundirse en ningún caso con recuperación física del enfermo, sino que debe entenderse como los avances de la familia hacia la adaptación adecuada del sistema ante la enfermedad.

3. Fase de reorganización: es donde la familia consolida su estructura anterior o bien adquiere una nueva forma de funcionamiento familiar. En el caso de las

enfermedades crónicas como la IRCT, la reorganización puede consistir en la consolidación de una nueva distribución de roles que permita el crecimiento y desarrollo de los miembros.

Sin embargo, en esta fase existen ciertos riesgos ante los cuales se debe prestar especial atención para evitar respuestas disfuncionales posteriores.

Algunos de estos riesgos son que el enfermo se convierta en el centro de la familia impidiendo el desarrollo de los demás, se delega toda la responsabilidad a un miembro sin reasignar las funciones preexistentes, impedir que el enfermo tome parte activa de su propio cuidado (en la medida de sus posibilidades) o bien el surgimiento de problemas de salud en otros miembros de la familia.

En caso de llegarse a presentar algunas de estas condiciones, es un indicador de que la reorganización fue precoz y que, por lo tanto, no es adaptativa.

6.16 Reacciones psicológicas adversas.

6.16.1 En paciente diagnosticado con IRCT

Se reconoce que, en los pacientes con enfermedades crónicas es frecuente la presencia de una o más condiciones médicas que desencadenan depresión en la persona enferma. Es evidente que cuanto más severa sea la enfermedad, más probable será que la depresión la complique.

La reconocida depresión compuesta, que se refiere a cuando este estado emocional o síntoma coexiste con otra enfermedad médica, se caracteriza por una magnitud mayor del efecto depresivo y usualmente es más resistente al tratamiento.

Desde los inicios del proceso patológico de la enfermedad renal, el paciente percibe que su funcionamiento físico general ha comenzado a alterarse e inmediatamente el paciente

debe iniciar una modificación (a veces radical), de sus hábitos de vida para evitar peores y fatales afectaciones en su salud.

Con mayor o menor resistencia la persona con ERC comienza a elaborar o reelaborar el sentido de la muerte con una proyección de inmediatez que puede conllevar a la reestructuración de sus aspiraciones, sueños y proyectos de vida en los que se implica todo lo significativo y relevante para la persona, que genéricamente hablando se refiere al desarrollo personal, familia, pareja, profesión, vida social, entre otros.

En esta situación en que la sintomatología propiamente orgánica se presenta con una urgencia vital, la subjetivación de la misma constituye un elemento clave que se relaciona con la actitud que la persona asume ante la enfermedad y los estados afectivos, volitivos y cognitivos que se van estructurando e implicando en su manera de reaccionar ante la enfermedad.

White and Grenyer (1999) al evaluar las pérdidas del paciente renal establecen una jerarquía que pasa por la dimensión individual de cada persona enferma:

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. Salud. | 9. Rol como pareja. |
| 2. Libertad. | 10. Sexualidad. |
| 3. Imagen corporal. | 11. Trabajo. |
| 4. Hábitos diarios. | 12. Tiempo libre. |
| 5. Autonomía. | 13. Vida comunitaria. |
| 6. Autoestima. | 14. Sueños y aspiraciones. |
| 7. Bienestar físico. | 15. Estilo de vida. |
| 8. Rol familiar. | 16. Capacidad de elegir. |

Explorar las maneras individuales de transitar por la elaboración del duelo y la jerarquización de las pérdidas, constituye una oportunidad para encontrar con mayor nivel de precisión los posibles factores protectores y la capacidad de resiliencia como premisa para la estructuración de las alternativas terapéuticas.

En este sentido el estudio de los estados emocionales como la ansiedad, la depresión y la ira se hacen ya de carácter obligatorio al pretender describir y explicar la manera individual de subjetivar la IRCT.

En el caso particular de la ERC resultan limitadas las investigaciones que profundicen en aspectos psicológicos de estos pacientes. Al respecto se han podido identificar algunas cuestiones que, si bien requieren de mayor nivel de profundidad y sistematización, abren la puerta a un camino prácticamente inexplorado en relación a determinados factores psicológicos asociados a esta afección.

González, Herrera y Romero (2011), destacaron en su estudio sobre las características del estado emocional en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), que en los estadios tres, cuatro y cinco de la enfermedad, las manifestaciones de ansiedad, depresión, ira y frustración, tienden a ser más graves en correspondencia con la severidad de la enfermedad.

Las evidencias científicas de la presente investigación apuntan hacia la reafirmación de la relación existente entre las afectaciones en el estado emocional y la evolución de la enfermedad.

Es importante destacar que dentro de estos mismos estudios los pacientes que padecen ERC en los grados tres, cuatro y cinco predomina la ansiedad estado como principal manifestación emocional de mayor intensidad asociada a la enfermedad, lo que refleja el alcance de la subjetivación de las amenazas que vivencian los portadores de esta afección ante la evolución del perfil clínico que padecen y de las estrategias terapéuticas correspondientes a cada fase.

Las manifestaciones del control de la ira en los pacientes que padecen la ERC en los grados tres, cuatro y cinco están afectadas y se diferencian mejor según el grado de la enfermedad, que el resto de las manifestaciones emocionales estudiadas; los enfermos en los grados tres y cuatro mostraron un índice más elevado de la expresión externa de la ira, mientras que los que se encuentran en grado cinco reflejan un índice más alto de expresión interna de la ira.

La comorbilidad de las afecciones emocionales detectadas a un nivel patológico en los pacientes que padecen ERC en los diferentes grados estudiados indica que su expresión forma parte del cuadro interno de la enfermedad.

El estado vivencial subjetivo de los pacientes portadores de enfermedad renal crónica está marcado por afectaciones emocionales, evidenciándose la urgencia de implementar

alternativas psicoterapéuticas efectivas en la atención integral de estos pacientes, y de considerar su expresión en el cuadro clínico de la enfermedad (González et al. 2011).

Se puede determinar que la ERC y los efectos psicológicos adversos que se obtienen de esta, dependen generalmente de la forma de adquisición de la enfermedad en sí, tomando en cuenta los factores intra e inter personales del individuo y sus familiares, en alguna medida, influirán en el desarrollo y manejo de estos efectos psicológicos.

González et al. (2011) expresa que el impacto psicológico que genera una ERC en el ciclo vital de los pacientes, y en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, preocupaciones, recuerdos negativos, pensamientos y sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro.

6.16.2 En familiar cuidador

El cuidador principal es la persona que asume la responsabilidad de dar al enfermo la atención y cuidados necesarios a medida que los va requiriendo.

La enfermedad crónica genera en el paciente y su cuidador las siguientes reacciones:

- Incertidumbre.
- Desgaste físico.
- Dependencia.
- Cambios en el estilo de vida.
- Repercusiones sobre el área personal y social del individuo.

Según Ponce González, Velázquez y Márquez (2009), entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está:

- a) La familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica: entendiéndose que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico.
- b) La familia como recurso: conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito

los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel del cuidador primario, que es quien aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

En la mayoría de los casos se ha observado que las personas que tienen un familiar con enfermedad crónica tienen la obligación de desempeñarse como cuidadores, pero no cuentan con la orientación requerida.

Se ha detectado de manera importante una deficiente habilidad de cuidado entre estos cuidadores familiares, pero también se han identificado en ellos fortalezas diferentes a las de otras áreas, que pueden apoyar el servicio requerido como la disponibilidad de soporte social para los cuidadores.

La progresión del deterioro del enfermo implica una sobrecarga cada vez mayor en el cuidador. Es por esto que el estrés experimentado por este cuidador no solo se limita al fisiológico y emocional, sino también al financiero, ambiental y social.

Ante esta sobrecarga, es posible que se llegue a desarrollar un síndrome de agotamiento denominado “desgaste del cuidador”, también conocido como Burnout, e incluso puede surgir en el personal de salud encargado, lo cual se retomará con mayor detalle más adelante.

Puede surgir una reacción al estrés en cualquiera de sus manifestaciones, seguido de irritabilidad, pérdida de energía física, baja autoestima y sensación de ineficacia; el sentirse indefenso es el último eslabón, y las consecuencias para la salud pueden ser devastadoras.

Las formas en que los cuidadores afrontan o gestionan las demandas de cuidado dependen de lo estresante de la situación y de la etapa de la enfermedad en que se encuentra el receptor de cuidado.

Hay una tendencia coherente en los cuidadores a centrar la energía y esfuerzo a enfrentar los impactos o efectos negativos más que en la solución de problemas y en la búsqueda de beneficios para su salud mental y física. Ante esto, los investigadores han sugerido que el apoyo social reduce las consecuencias negativas de los acontecimientos estresantes que se producen en el cuidado de enfermos crónicos.

Algunos resultados de investigación con enfermedades crónicas consideran que estos beneficios en la población afectada operan como factores de protección. Se ha encontrado

que éste protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al enfermo y su cuidador para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento.

6.16.3 En equipo paliativista

Dentro de la atención en CP surgen diversas reacciones debido a la variedad y cantidad de casos que se presentan, produciendo efectos de desgaste físico y psicológico en el Equipo Paliativista.

Dentro de estos efectos, podemos mencionar:

6.16.3.1 Síndrome de Fatiga por Compasión.

La fatiga por compasión o estrés por compasión es una respuesta ante el sufrimiento de un individuo más que a la situación laboral. Repercute en el ámbito físico, emocional, social y espiritual del profesional. Los individuos que experimentan fatiga por compasión refieren una sensación de cansancio que provoca una disminución generalizada del deseo, habilidad o energía para ayudar a otros individuos.

En el ámbito de atención sanitaria enfermeros, médicos, psicólogos etc. establecen una relación clínica con el paciente y sus familiares en la cual se trata de responder ante una demanda de salud, de la cual no hay respuesta dentro de lo que conllevan los CP. Cuando el deseo de solventar esta respuesta es sobre exigido psicológicamente frente al sufrimiento y la expectativa del paciente y sus familiares, el profesional puede experimentar ansiedad, estrés o un progresivo desgaste.

El trabajo sanitario de las Unidades de Cuidados Paliativos implica un cuidado complejo de pacientes y familias que puede favorecer la aparición de estrés y carga emocional. El estrés emocional puede deberse a la exposición repetida al dolor y sufrimiento, al intento fallido de aliviar dicho sufrimiento, a las muertes frecuentes, a las preguntas existenciales de familias

y pacientes y al conflicto que puede surgir entre el paradigma de “curar” Vs “cuidar”(Hernández, 2017).

Si este estrés continúa sin solventarse pueden ser vulnerables a los efectos psicológicos de experimentar fatiga por compasión y Burnout.

He aquí la importancia de estructurar dentro de los programas de las instituciones que brinden atención en CP, espacios que promuevan el autocuidado de los profesionales paliativistas.

6.16.3.2 Síndrome de Burnout o Síndrome de quemarse por el trabajo.

Es una respuesta psicológica a estresores laborales crónicos de carácter interpersonal y emocional, cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto. Esta respuesta es negativa para el individuo, e implica alteraciones de la conducta y disfunciones fisiológicas con consecuencias que impactan negativamente en su salud y en la organización Kaschka, Korczak y Broich (2011).

Se describe como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y un estado de baja realización personal en el trabajo. El proceso se inicia cuando el trabajador se expone a estímulos o factores psicosociales frecuentemente negativos, produciéndose un deterioro a tres niveles:

- Cognitivo – aptitudinal: cuya expresión es la falta de realización personal. Se evalúa en forma de desencanto profesional y falta de ilusión, se describe como ausencia de sentimientos de éxito y competencia en el ejercicio de su trabajo y presencia de sentimientos de indefensión y baja autoestima.
- Afectivo-emocional: manifestado como agotamiento emocional. Se refiere a los sentimientos de estar emocionalmente sobrepasado y agotado por el trabajo, con incapacidad de dar más a nivel afectivo.
- Actitudinal: despersonalización. Implica una actitud fría e impersonal con deterioro en la relación con los usuarios y compañeros de trabajo. Se siente insensible

ante los problemas de los usuarios, tratando de hacerlos culpables de sus frustraciones y bajo rendimiento laboral.

En el contexto de las organizaciones sanitarias, los estresores especialmente relevantes son las relaciones sociales con los pacientes y sus familiares, la escasez de personal que supone sobrecarga laboral, y el contacto directo con la enfermedad y el dolor, lo que genera errores médicos y deterioro de la calidad de los servicios.

En ocasiones extremas, la muerte, la falta de especificidad de funciones y tareas supone un conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones.

Según Fernandez y Fernandez (2012), algunos miembros del personal en CP en el área de nefrología en un rango entre el 11% y el 23%, han presentado síntomas indicadores de Burnout, siendo mayor en el personal de enfermería, psicólogos, médicos y técnicos de hemodiálisis.

Tanto el Burnout como la fatiga por compasión son síndromes derivados de la actividad de ayudar y proporcionar cuidado a aquellas personas que presentan una necesidad en CP. Sin embargo, ambas presentan varias diferencias. El Burnout resulta del estrés de las interacciones de profesionales de salud con su entorno. Por otro lado, la fatiga por compasión es consecuencia de la relación del profesional paliativista con el paciente.

6.17 Manejo del Duelo Anticipado.

Dentro de los CP, resulta de vital importancia reconocer las etapas del duelo y cómo se vivencian estas, en ocasiones de forma anticipada en el proceso de atención que se recibe, sobre todo por el personal de psicología que se encarga de velar por la atención emocional dentro de los CP.

Navarro (2006), le denomina duelo a la respuesta normal y saludable de una persona frente a cualquier pérdida significativa; se trata de una reacción principalmente emocional, cognitiva y conductual cuando un vínculo afectivo se ve alterado.

6.17.1 Fases del duelo.

Las fases del duelo implican que el sujeto debe pasar a través de ellas, no obstante, este proceso no es vertical, como se suele concebir erróneamente, sino que es horizontal; es decir, se habla de un proceso que consta de tiempo y esfuerzo, y no de un simple hecho.

A pesar que resultan ser muy variados los autores que postulan diferentes etapas del duelo, las que se consideran más aceptables, son las establecidas por Kubler-Ross (1972), que proponen cinco fases:

1. Fase de negación y aislamiento: Cuando una persona se entera de una enfermedad terminal o muerte de un ser querido, su primera reacción es negar la realidad de esta noticia devastadora. La negación consiste en el rechazo consciente o inconsciente de los hechos o la realidad de la situación.

Este mecanismo de defensa busca amortiguar el shock que produce la nueva realidad para dejar entrar en el afectado solo el dolor que está preparado para soportar. Se trata de una respuesta temporal que paraliza y conlleva a esconderse de los hechos, como lo es pensar que el diagnóstico de una enfermedad es erróneo.

Esto suele pasar cuando se diagnostica a un paciente que se adentra a la fase terminal y a pesar de los daños que se manifiestan, la familia decide buscar la opinión de otro especialista para escuchar algo diferente, retrasando así el proceso de aceptación necesario para sobrepasar esta etapa.

Si bien la negación es una parte normal del proceso de duelo, es importante destacar que si el doliente perdura durante mucho tiempo en ella puede llegar a ser perjudicial, ya que al no aceptar lo ocurrido, no se es capaz de enfrentar la situación y seguir adelante. Cuando esta represión se hace persistente, pueden presentarse otras enfermedades físicas como malestares estomacales, dolor de pecho o hipertensión.

2. Fase de la rabia o ira: Cuando ya no es posible negar la enfermedad o muerte inminente, comienza a surgir la realidad de la situación y su consecuente dolor. Si bien los sentimientos de enojo estarán presentes con distinta intensidad durante todo el proceso de duelo, es en esta etapa donde la ira toma protagonismo dirigiéndose al ser

querido en cuestión, amigos, familiares, entidad divina, objetos inanimados o personas extrañas.

Este enojo se suele vivir con culpa, haciendo a quien lo sufre sentirse aún más enojado. Esta fase es muy difícil de afrontar para la familia y el personal sanitario, ya que la ira se desplaza en todas las direcciones y sobre todo lo que rodea al paciente, a veces casi al azar.

3. Fase de negociación: En esta etapa surge la esperanza que puede posponer o retrasar la muerte de la persona y puede ocurrir incluso antes de la pérdida, como es el caso de enfermedades crónicas, o bien después de la muerte para intentar negociar el dolor que produce ésta.

En secreto el doliente busca hacer un trato con Dios u otro poder superior para que la enfermedad desaparezca a cambio de un estilo de vida distinto. Este mecanismo puede conducir al remordimiento.

Se concentra gran parte del tiempo en lo que el doliente u otras personas podrían haber hecho diferente para evitar el suceso. Las intenciones de volver el tiempo atrás son un deseo frecuente en esta etapa para así haber reconocido a tiempo la enfermedad y evitar que sucediera.

Esta fase usualmente suele ser la más breve, ya que se trata de aliviar de alguna manera el dolor, por lo que supone un trabajo agotador para la mente y el cuerpo el tener que lidiar con pensamientos y fantasías que no coinciden con la realidad actual.

4. Fase de la depresión: En esta cuarta etapa el doliente comienza a comprender la certeza de la muerte y expresa un aislamiento social en el que se rechaza la visita de sus seres queridos. Se siente tristeza, miedo e incertidumbre ante lo que vendrá.

La preocupación por problemas personales, familiares o económicos suelen contribuir, y el levantarse cada día de la cama se puede sentir como una tarea de mucha complejidad que requiere de un esfuerzo mayor. Estos sentimientos muestran que el doliente ha comenzado a aceptar la situación.

En esta etapa la atención del doliente se vuelve al presente surgiendo sentimientos de vacío y profundo dolor, se suele mostrar impaciente ante tanto sufrimiento, sintiendo un agotamiento físico y mental que conlleva trastornos del sueño.

5. Fase de la aceptación: Es el momento donde el doliente hace las paces con la pérdida permitiéndose la oportunidad de morir digna y serenamente. El enfermo llega a un acuerdo con este acontecimiento trágico gracias a la experiencia de la depresión.

Esta etapa no significa que se esté de acuerdo con esta muerte, sino que la pérdida se acepta como una parte inminente de la vida, y permite reflexionar sobre el sentido de esta, de forma casi desprovista de sentimientos.

Cuando el enfermo moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación, su interés por lo que le rodea disminuye y a menudo desea estar solo. En estos momentos, generalmente es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo.

Cabe destacar que estas fases propuestas por Kubler-Ross (1972), no siempre se presentan en el orden establecido, y la fase de aceptación no ocurre en todos los pacientes. Es necesario considerar que las actitudes, valores y respuestas emocionales pueden variar de acuerdo a múltiples factores, por lo cual, es necesario evaluar cada caso teniendo presente ser flexible ante el enfermo y su familia; esto permitirá mejorar la eficacia del proceso.

6.17.2 Tipos de duelo.

De acuerdo con Payás (2010) Los duelos se clasifican en ocho tipos , los cuales son:

- Duelo anticipado. Es aquel que se da antes que la muerte haya ocurrido. Es habitual cuando se diagnostica una enfermedad que no tiene cura. El proceso de duelo es el habitual, lo que la persona experimenta y diversos sentimientos y emociones le prepararán para la inevitable pérdida.

Este es un proceso de duelo prolongado, no tan agudo como otros dado que cuando llega la muerte se suele experimentar, en parte, como algo que da calma; la conciencia de finitud, juega un papel importante para este tipo de duelo.

- Duelo sin resolver. Significa que la fase de duelo sigue presente, sin embargo, suele denominarse así al tipo de duelo que se mantiene cuando ha pasado cierto tiempo (entre 18 y 24 meses) y todavía no se ha resuelto.
- Duelo crónico. Este también es una clase de duelo sin resolver, que no remite con el paso del tiempo y que perdura durante años. También se le denomina duelo patológico o duelo complicado. Puede darse cuando la persona es incapaz de dejar de revivir de forma detallada y vívida los sucesos relacionados con la muerte, y todo lo que le ocurre le recuerda a esa experiencia.
- Duelo ausente. Este tipo de duelo hace referencia a cuando la persona niega que los hechos hayan ocurrido. Por tanto, es la etapa de negación que ya se ha abordado previamente, en la que el individuo sigue evitando la realidad pese a haber pasado mucho tiempo. Es decir, la persona ha quedado estancada en la fase de negación porque no ha enfrentado la situación y evade la realidad de lo sucedido.
- Duelo retardado. Es similar al duelo convencional, con la diferencia que su inicio se da al cabo de un tiempo. Suele ser parte del duelo ausente, y también recibe el nombre de duelo congelado. Puede aparecer en personas que controlan sus emociones en exceso y se muestran aparentemente fuertes o en personas que en un primer momento deben cumplir con muchas responsabilidades que requieren de su atención inmediata.
- Duelo inhibido. Se produce cuando hay una dificultad en la expresión de los sentimientos, mayormente por limitaciones de la personalidad del individuo que le impiden llorar o expresar su duelo, por lo que la persona evita el dolor de la pérdida. Suele estar asociado a quejas somáticas. A diferencia del duelo ausente, no es un mecanismo de defensa.
- Duelo desautorizado. Este ocurre cuando el entorno que rodea a la persona no acepta el duelo de ésta, ya sea porque se juzga el nexo afectivo con el fallecido o la intensidad de manifestaciones emocionales a raíz de la pérdida. La persona que lo sufre reprime los sentimientos de cara a la familia, pero internamente le aquejan.

En la mayoría de los casos este duelo se da porque la persona fallecida lleva asociado un estigma, y el que la familia exprese duelo puede llegar a ser un acto simbólico que subvierta

ciertas ideas sociales. Se da mayoritariamente en hombres, y suele relacionarse con la muerte de amantes, familiares que arrastran rencillas por disputas anteriores, etc.

- Duelo distorsionado. Se manifiesta como una fuerte reacción desproporcionada en cuanto a la situación, y suele ocurrir cuando la persona ya ha experimentado un duelo previo y se encuentra ante una nueva situación de duelo, lo que conlleva a una afectación mucho más intensa, dolorosa e incapacitante.

6.18 Intervención Psicológica al Enfermo y sus Familiares Cuidadores.

Cuando se habla de una enfermedad crónica, se comprende que quien la padece está sufriendo una enfermedad de larga duración, evolución y que casi nunca permanecerá asintomático. Debido a esto se vuelve imprescindible la intervención del psicólogo paliativista que pueda apoyar durante las diferentes fases de la enfermedad, tanto al enfermo como a la familia de éste.

Marinelli et al. (2016), plantea que el trabajo del psicólogo encargado del cuidado mental, debe ser acorde a cada una de las fases de la enfermedad en sí, entre las cuales se cuentan:

- Síntomas: En esta primera fase de la enfermedad, el trabajo psicológico se debe centrar en romper la barrera del miedo a saber. En la cultura salvadoreña, se tiene la creencia que el reconocer una enfermedad crónica o de pronóstico desfavorable es complicar la situación para el paciente y los familiares, cuando en realidad el reconocimiento y aceptación de esta con prontitud, ayudaría a tener más opciones de respuesta temprana.
- Confirmación de diagnóstico: en esta fase evolutiva de la enfermedad, es importante trabajar lo que se denomina de acuerdo con el autor: “pensamiento arcoíris”, el cual recibe su nombre debido a que su objetivo es que la persona tome conciencia de las diferentes posibilidades existentes (analogía de los 7 colores del arcoíris como sinónimo de opciones), manteniendo actitud positiva pero realista ante las circunstancias.

El psicólogo debe cuidar que el paciente y la familia no tomen decisiones apresuradas en estado de crisis, sino que estas deben ser conscientes y luego de haber evaluado otras posibles respuestas.

- Tratamiento: Los tratamientos suelen ser tediosos y estresantes, percibiéndose como muy difíciles o con tantas secuelas que el paciente en algunos casos opta por abandonarlos.

En este punto el psicólogo debe trabajar en buscar motivantes internos y externos que sean seguidos con convicción por el paciente y su familia, trabajando también las reacciones adversas que puedan presentarse, tales como ansiedad, depresión, etc.

- Rehabilitación: en el caso de la ERC esta fase es aplicable únicamente cuando se ha realizado un trasplante de órgano, y el psicólogo debe encargarse que el paciente y su familia continúen con los nuevos hábitos aprendidos, continuar fomentando el pensamiento arcoíris para estar preparado para cualquier recaída y se debe aprovechar la nueva oportunidad para mejorar aspectos personales motivantes.
- Paliación: en el caso de la IRCT, esta fase se presenta tarde o temprano, cuando todos los esfuerzos por la curación se han agotado, es importante respetar el proceso de vida-muerte de la persona, comenzando a abordar de manera sutil el duelo anticipado, es decir, la cercanía de la muerte, sus miedos y reconciliaciones, orientándolo hacia una muerte digna.

6.18.1 Necesidades prioritarias de los pacientes según la OMS

De acuerdo a la OMS y ACNUR⁸ (2015), existen elementos fundamentales dentro del Rol del psicólogo en los Cuidados Psicológicos Paliativos, ya que dependiendo de cómo se establezcan estos puntos en la relación con el paciente y la familia, el objetivo de la intervención psicológica puede ser fácil o difícil de alcanzar.

⁸ ACNUR=Alto Comisionado de las Naciones Unidas.

- Sentimientos de seguridad: es necesario sentir confianza ante el equipo de salud encargado, certeza que no será abandonado, que se le proporcionará información continua, comprensible y real en todo momento.
- Sensación de pertenecer: se refiere a la seguridad de seguir siendo parte de su familia, que tiene un lugar que le pertenece y al que pertenece.
- Amor: el paciente necesita saberse amado y poder expresar sus emociones hacia sus seres amados, siendo este afecto y muestras de este recíprocas.
- Comprensión: la empatía es necesaria para el paciente, recordando que, si bien el proceso es difícil para toda la familia, lo es más para el que sufre.
- Aceptación: el paciente necesita saber que a pesar de los cambios y reacciones que se puedan generar en su persona a raíz de la enfermedad, siempre será aceptado como tal.
- Amor propio: la enfermedad del paciente no implica que debe permitirse disminuir su dignidad, su autonomía o su estima como persona. El psicólogo debe trabajar esto en la medida que la enfermedad lo permita.
- Confianza: el enfermo necesita sentir libertad de expresar sus emociones, pensamientos, deseos y/o pendientes, sin sentir que se le reprime o miente.
- Morir en paz: para esto es necesario trabajar el duelo anticipado en la persona.

Además de lo anteriormente descrito, el psicólogo debe incluir en su acompañamiento el compartir y confrontar miedos, aclarar dudas, ayudar a sacar lo mejor de sí mismo para vivir esa etapa con dignidad y proactivamente, dándole sentido a lo que parece no tenerlo.

Para ello se debe incluir acciones como:

- Diálogo con el paciente: la empatía juega un papel crucial, puesto que la comunicación con el paciente suele ser complicada, puesto que no está enfocado en lo psicológico sino más en lo físico, por lo que puede retraerse. El diálogo no debe basarse en instrucciones, sino en crear un ambiente de seguridad, confianza y comprensión, siendo neutrales ante los comentarios del paciente, esto ayudará a que adquiera confianza para hablar.
- Diálogo con la familia: este debe ser muy empático y cauteloso, puesto que se debe estudiar su jerarquía, costumbres, cosmovisión y forma de comunicarse.

Es recomendable identificar al cuidador principal para apoyarse, aclarando en primer lugar tres aspectos: en qué consiste la enfermedad, cuál es el pronóstico y los cuidados que requerirá el paciente. Se debe escuchar a la familia sobre cómo les ha afectado, reorganizaciones en el sistema, pensamientos y sentimientos al respecto.

- Desarrollo y expresión emocional: en el contexto salvadoreño el hablar de las emociones no suele ser frecuente, sino por el contrario, se considera casi como un tema tabú, por lo que es importante considerar que debe desarrollarse en el enfermo y la familia, desmitificándolas, normalizándolas, comprendiéndolas y usándolas a su favor en la medida de lo posible.
- Conciencia de finitud: se trata de hacer que el paciente tome conciencia que su vida está terminando, pero que puede reflexionar y decidir qué quiere hacer con ella.
- Aprender a soltar: el apegarse de manera insana implicará un aumento del miedo y la desesperación. Soltar la propia vida o la del familiar resulta muy complejo, por lo que debe hacerse con mucha sutilidad y delicadeza; se trata de aprender a dejar fluir, y con la familia estas acciones continuarán trabajándose aun después de la muerte del ser querido.
- Despedida: estas últimas acciones consisten en acompañar al enfermo en esta transición, asegurándole que no se le dejará solo a menos que lo desee y que las personas significativas estarán con él en la medida de lo posible. Este momento que suele ser para muchos traumático y triste, con la ayuda adecuada puede transformarse en un momento de crecimiento con tristeza natural que además tiene un sentido.

La preparación anticipada de los ritos funerarios en esta etapa, antes del deceso, ayudarán a los familiares a acompañar con seguridad, tranquilidad y conformidad, concentrándose en la despedida física y el cierre necesario de una de las etapas del duelo.

6.18.2 Cuidado al Cuidador.

Marinelli et al. (2016) enumeró los principios para la prevención del desgaste del cuidador en seis puntos de forma general:

1. Autoconocimiento y cuidado de las propias emociones: reconociendo emociones, temores, incertidumbres, no reprimiéndolas, sino expresarlas de manera sana, ya sea hablando con personas de confianza, escribiendo o realizando actividades catárticas.
2. Establecer límites y fijarse expectativas realistas: fijar expectativas reales, comprendiendo que no se puede satisfacer todas las necesidades del enfermo, permitiendo a otros familiares y amigos compartir responsabilidades del cuidado, tomando en cuenta todas las otras posibilidades (hospicios, casas de cuidado, etc.).
3. Separar la vida laboral y personal: distribuir tiempo para el enfermo, para sí mismo y la convivencia social y familiar.
4. Mejorar la comunicación y habilidades para resolver problemas: esto es optimizar habilidades que aseguren la transmisión de ideas y emociones de forma sana y eficaz, siendo propositivo y evitando actitudes de paternalismo.
5. Reciclar energías: practicando actividad física, meditando, rezando o cualquier actividad a fin que produzca sensación de bienestar y energía, también promoviendo una alimentación sana.
6. Reforzar red de apoyo social: procurar mantener relaciones con amistades, acudiendo a eventos de sano esparcimiento, tomando en cuenta que estos pueden fungir como un recurso de apoyo a la familia.

Es importante trabajar con el cuidador y familia el duelo anticipado y el duelo posterior (si los familiares o el cuidador lo aceptara) a la muerte del ser querido.

También se debe recordar que el cuidador tiene derechos como tal, como lo son a cuidar de sí mismo, buscar y recibir ayuda, sentirse aburrido, triste, etc.; a recibir consideración y afecto por parte de la familia y el personal de salud, sentirse orgulloso de su trabajo como cuidador, proteger sus intereses personales y recibir entrenamiento e información por parte del equipo de salud.

CAPITULO VII: CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN

7.1 Intervención con paciente

- **Psicoeducación:** mediante materiales como papelógrafos, trípticos, que faciliten la comprensión de los procesos que se van a vivir y que facilitará que la disminución de reacciones psicológicas adversas que pudieran producir efectos negativos en la estabilidad de la persona o sus familiares cuidadores.
- **Evaluación de necesidades psicológicas:** se explorarán de forma breve y concisa, a través del instrumento: Herramienta para la detección del estado emocional de pacientes en diálisis (EE-D) y el cuestionario de Detección De Malestar Emocional (DME).
- **Ventilación emocional:** para lo que se implementará técnicas como arteterapia y/o ventilación verbal de sentimientos, contención emocional, normalizar y validar emociones, visualización guiada, reflexiones, utilizando el modelo de la psicología positiva.
- **Manejo del dolor:** mediante la aplicación de técnicas de relajación y visualización y guiada, retomando la Reestructuración Cognitiva, como forma de alivio consciente del dolor y que facilite su afrontamiento, mediante la psicología positiva y humanista, así como también la musicoterapia.
- **Espiritualidad:** la cual se abordará a través de metáfora terapéutica que lleven a la toma de conciencia y generen calma ante la situación de malestar físico.
- **Conciencia de finitud:** la actividad se realizará por medio de visualización guiada que genere de manera sutil la toma de conciencia del final de la vida.

7.2 Intervención con Familia

- **Psicoeducación:** mediante la aplicación de técnicas expositivas breves, se establecerán espacios que permitan comprender el proceso de su familiar y los efectos adversos que pudieran presentarse en su posición como cuidador/es.
- **Evaluación de necesidades psicológicas:** se explorarán de forma breve y concisa, a través del instrumento: Escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y la Escala de Autocuidado.
- **Cognitiva:** se realizará mediante Terapia de Reestructuración Cognitiva (TREC).
- **Ventilación emocional:** se realizará mediante verbalización, arteterapia y técnicas de visualización guiada.
- **Espiritualidad y duelo:** a través de lecturas cortas breves utilizando técnicas de la psicología positiva y el modelo humanista, sobre la espiritualidad en el proceso de cierre al final de la vida y el acompañamiento del duelo luego del deceso de su familiar.
- **Conductual:** se abordará con base a la adquisición de hábitos y conductas saludables que les permita a los familiares cuidadores adoptar un estilo de vida más saludable y equilibrado.

CAPITULO VIII: BENEFICIARIOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

8.1 Directos

- **Pacientes con IRCT:** se verán beneficiados en la medida que disminuyan las reacciones psicológicas adversas que puedan presentar a raíz de la enfermedad, ayudándoles a alcanzar una muerte más digna en la etapa de finitud de la vida.
- **Familiares cuidadores:** con la inclusión de la familia cuidadora del paciente, se busca disminuir la afectación emocional y psicológica que se pudiera presentar debido a la sobrecarga que pueden vivenciar a raíz de la enfermedad de su familiar, incluyéndose como parte fundamental de la atención, brindándoles mayor oportunidad de sobrellevar el duelo anticipado de manera saludable.
- **Clínica Asistencial El Carmelo:** la institución podrá contar con un programa de atención en cuidados psicológicos paliativos para los pacientes con IRCT, que permitirá a éstos y a sus familiares cuidadores, incorporarse a un proceso de atención especializado, de manera eficiente y saludable, en la fase terminal de la enfermedad.

8.2 Indirectos

- **Psicólogos de El Salvador del ámbito clínico:** en la medida que el programa diseñado sea implementado, pondrá en evidencia la importancia de los cuidados psicológicos paliativos en el salvador y por ende, hará hincapié en el rol de los profesionales en el cuidado de la salud mental en el ámbito clínico/hospitalario.
- **Otras instituciones de salud:** se pretende la réplica de este programa en diversas instituciones para promover una atención más especializada en el campo de los cuidados psicológicos paliativos, y se prepare con mayor conocimiento a quienes decidan desarrollar dicho programa en sus diferentes realidades institucionales.
- **Pacientes con otro tipo de enfermedades crónico degenerativas:** con la aplicación de dicho programa, la institución dentro del área de cuidados paliativos, podrá operativizar los beneficios generales de una atención organizada y especializada, que permita atender otro tipo de enfermedades crónico-terminales que requieran de este tipo de atención.

CAPITULO IX: METODOLOGÍA

9.1 Tipo de investigación

Esta investigación fue de tipo Teórica, con el objetivo de diseñar una propuesta de plan de intervención psicológica dirigida a pacientes con IRCT y sus familiares cuidadores, con base en la información teórica recopilada respecto a esta enfermedad crónico degenerativa muy poco investigada y atendida en el ámbito dentro de los Cuidados Psicológicos Paliativos.

9.2 Diseño de investigación

El diseño de esta investigación es de corte descriptivo, ya que con ello se describió la enfermedad de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal, las causas, reacciones psicológicas adversas y otros factores asociados a esta enfermedad, con el propósito de hacer uso de esta información para la creación de una propuesta de atención de Cuidados Psicológicos Paliativos a dicha población.

Las actividades a realizar dentro de la propuesta de intervención, se enfocan en el acompañamiento psicológico, mas no en una modificación de conducta, definido por la naturaleza de la temática y la población a la que se dirige.

Con relación a ello, cada actividad posee una duración de 20 minutos en su desarrollo o aplicación, puesto que dentro de las necesidades propias que conlleva esta enfermedad, las intervenciones necesitan ser breves y eficaces, además de estar sujetas a la disponibilidad personal del paciente y de sus familiares cuidadores. Todo esto para evitar que la persona realice esfuerzos mayores que pudiesen implicar nuevas complicaciones en su salud.

9.3 Cobertura espacial

La cobertura espacial donde se desarrollarán, dichas intervenciones serán llevadas a cabo dentro de la Unidad de Hemodiálisis y la Unidad de Cuidados Paliativos para pacientes con IRCT, dependiendo de si la aplicación de la actividad en cuestión se realice de forma grupal o individual. y el Salón “Mártires de la Familia Palautiana” para familiares cuidadores, con los que cuenta la Clínica Asistencial El Carmelo.

9.4 Diseño de las intervenciones

La aplicación de dichas actividades se realizará de forma directa con el psicólogo, ya sea con pacientes o familiares.

Las actividades a realizar de forma grupal, con los pacientes son las psicoeducativas, arteterapia y lecturas reflexivas, siendo las demás de manera individual.

Las intervenciones familiares se realizarán en coordinación de los tiempos en los que el paciente es atendido en su proceso de Hemodiálisis, que serán realizadas de forma grupal.

Dichas actividades a realizar estarán sujetas a la disponibilidad del paciente y el familiar cuidador, como parte del protocolo de atención otorgado a éstos dentro de la Institución, mediante un convenio terapéutico, que le permita también no sentirse sujeto a la realización de estas.

9.5 Evaluación de elementos y resultados

La evaluación de las actividades se realizará de forma inmediata a la aplicación de estas, tomando en consideración, que algunos de los participantes posiblemente no puedan concluir de forma completa alguna de ellas, siendo el psicólogo encargado quien recolectará los resultados y determinará la eficacia del proceso mediante el logro de objetivos de cada una

de las tareas a realizar, tomando en cuenta también la participación activa, verbal o de escucha de las personas dentro del proceso.

9.6 Diseño de técnicas e instrumentos a utilizar

Las técnicas a implementar han sido diseñadas con base a intervenciones breves de un máximo de 20 minutos en el caso de pacientes con IRCT y 45 minutos para familiares cuidadores, las cuales se derivan del modelo cognitivo conductual, modelo de psicología positiva y modelo humanista.

Los instrumentos a utilizar para la evaluación a los pacientes son:

Herramienta para la detección del estado emocional de pacientes en diálisis (EE-D) el cual se retomó de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN), que consta de 5 ítems que facilitan la recolección de información de manera breve sin producir incomodidad a la condición del paciente.

Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME), el cual se retomó del cuestionario de Detección del Malestar Emocional (DME) dirigido a pacientes con cáncer avanzado realizado por Joaquín T. Limonero, que consta de 4 ítems de selección múltiple de fácil manejo para la identificación del malestar emocional en los enfermos con IRCT.

El instrumento a utilizar para la evaluación a los familiares cuidadores es:

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, el cual se retomó por su valoración del nivel de consciencia y percepción de los cuidadores respecto a las áreas de su vida que se ven afectadas debido a sus labores como familiares cuidadores. Los valores de frecuencia que dispone el sujeto para contestar a la escala de Zarit son entre 1 (nunca) y 5 (casi siempre), consta a su vez de 22 ítems que se evalúan, mediante puntuación directa.

Escala de Autocuidado, el cual se retomó por los aspectos que explora, desde el cuidado físico, hasta el fijar límites adecuados, con el fin de que el familiar cuidador sea consciente de su autocuidado y pueda generar a través de sus necesidades, una respuesta que le permita cumplir su función actual, sin descuidar su vida personal. Consta de 31 ítems, con 7 opciones de respuesta y que se puntúa de forma directa, dividiendo entre el número de ítems.

CAPITULO X: LOCALIZACIÓN FÍSICA Y COBERTURA ESPACIAL

Las Carmelitas Misioneras fueron fundadas en España, a finales de 1860, por el Beato Francisco Palau, sacerdote Carmelita Descalzo. La Congregación empezó a expandirse por América y las religiosas llegaron a El Salvador, el 29 de septiembre de 1953, inicialmente para brindar sus servicios como enfermeras en el Hospital Policlínico Salvadoreña, hasta el año 1986, cuando un terremoto provocó serios daños al hospital, quedando sin vivienda y sin trabajo.

Esta situación llevó a las religiosas a iniciar la fundación de la clínica “El Carmelo” en los terrenos donados en Soyapango por parte de Don Ricardo Meléndez, los cuales fueron construidos en 1986, para el funcionamiento de una clínica asistencial, en forma provisional. A finales de 1987, el gobierno de Canadá, decidió apoyar la misión con un donativo para la construcción de una parte del edificio actual, que reúne las condiciones apropiadas para desarrollar dicha labor humanitaria.

En este momento, la Obra Social se desarrolla y mantiene, gracias a la gestión de las religiosas, a la generosidad de muchas personas altruistas, médicos voluntarios que piensan en las personas más necesitadas y a la colaboración de organizaciones de ayuda humanitaria.

La Unidad de Hemodiálisis y la Unidad de Cuidados Paliativos donde se desarrolla la atención a la población de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) se encuentran ubicados dentro de las Instalaciones de la Clínica Asistencial El Carmelo, también llamada Obra Social El Carmelo, que se ubica geográficamente en la Urbanización Prados de Venecia, al final de la II etapa, Grupo 60, N°32, Anden G. Cuya dirección tiene como responsable de cabecera a la Hermana Carmen Vargas López, Religiosa Carmelita Misionera del Padre Palau.

Los espacios de la Clínica Asistencial cuentan con el equipo necesario para brindar la atención a los pacientes durante su proceso de Hemodiálisis, mientras los familiares cuidadores esperan y son instruidos por el personal encargado de dichas áreas.

CAPITULO XI: PLAN OPERATIVO.

11.1 PROGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON IRCT.

Nombre del Programa: Programa De Atención A Pacientes Diagnosticados Con IRCT “Acompañar, Cuidar y consolar”

Modelo Propuesto: Cognitivo Conductual, Psicología Positiva y Humanista.

Temática: Cuidados Psicológicos Paliativos en pacientes con IRCT.

Objetivo General: alcanzar el bienestar y el alivio de sufrimiento del enfermo a través de la aplicación de técnicas psicológicas paliativas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS HUMANOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Establecer bases para la confianza y rapport terapéutico.	Conocimiento del rol del psicólogo.	Psicólogo encargado.	<ul style="list-style-type: none"> • Tríptico informativo. • protocolo para dar malas noticias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Paciente con IRCT. • Familiar cuidador. 	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Atención, control emocional del paciente y flexibilidad.

						<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión y aceptación realista. • Realizan preguntas.
Explicar sobre la enfermedad y aclarar dudas.	Psicoeducación.	Psicólogo encargado.	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio informativo sobre la enfermedad y el ingreso a UCP y UH. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Paciente con IRCT. 	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Presta atención. • Realiza preguntas. • Muestra interés.
Identificar reacciones psicológicas adversas.	Aplicación de instrumento de evaluación.	Psicólogo encargado.	<ul style="list-style-type: none"> • Herramienta para la detección del estado emocional de pacientes en diálisis. (EE-D) 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Paciente con IRCT. 	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de reacciones psicológica adversas.

<p>Proporcionar las condiciones para el desahogo emocional.</p>	<p>Ventilación emocional.</p>	<p>Psicólogo encargado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Música relajante de fondo. • Grabadora. • Clínex. • Registro de tarea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Paciente con IRCT. 	<p>20 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión de emociones. • Desinhibición. • Exploración conjunta de los elementos negativos y positivos de la respuesta ante los hechos. • Conciencia, expresión y procesamiento de emociones. • Resignificación emocional
---	-------------------------------	-----------------------------	---	--	----------------	---

<p>Proporcionar calma al paciente mediante relajación.</p>	<p>Contención emocional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de Detección de Malestar Emocional (DME) • Reproductor de audio. • Audio relajante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Paciente con IRCT. 	<p>20 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de conciencia. • Disminución de afectación emocional inmediata.
<p>Naturalizar opiniones y sentimientos del paciente y hacerlo sentir seguro.</p>	<p>Normalizar y validar emociones.</p>	<p>Psicólogo encargado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Paciente con IRCT. 	<p>20 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de memorias de éxito ante situaciones problemáticas. • Validación de sus pensamientos, referidos a experiencias pasadas. • Disminución de afectación

						emocional inmediata.
Identificar los pensamientos irracionales que afectan la sintomatología física.	Reestructuración cognitiva. (Breve).	Psicólogo encargado.	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolios informativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Paciente con IRCT. 	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión y aplicación de contenido.
Reducir pensamientos rumiantes.	Continuación de reestructuración cognitiva y auto instrucciones. (Breve).	Psicólogo encargado.	<ul style="list-style-type: none"> • Material corto sobre ideas rumiantes y parada de pensamientos y auto instrucciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • paciente. 	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de pensamientos rumiantes.

<p>Fomentar importancia del apoyo social ante la presente situación.</p>	<p>Psicoeducación.</p>	<p>Psicólogo encargado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura escrita. • Preguntas reflexivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Paciente con IRCT. 	<p>20 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión. • Toma de conciencia.
<p>Reforzar actividades gratificantes.</p>	<p>Memorias autobiográficas positivas.</p>	<p>Psicólogo encargado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Paciente con IRCT. 	<p>20 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoría de estado de ánimo inmediato. • Modificación sobre percepción del estado de ánimo.

<p>Disminuir crisis de ansiedad y culpa por percepción de sentirse carga para la familia.</p>	<p>Psicoeducación y visualización guiada.</p>	<p>Psicólogo encargado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Audio relajante. • Reproductor de audio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Paciente con IRCT. 	<p>20 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del estado de ansiedad. • Fortalecer el crecimiento relacional. • Interés por los demás. • Agradecimiento y perdón.
<p>Mejorar la habilidad de resolución de problemas.</p>	<p>Auto instrucciones.</p>	<p>Psicólogo encargado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejemplos de afrontamiento. • Papel y lápiz (de ser necesarios). 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Paciente con IRCT. 	<p>20 minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autoafirmación positiva.

Focalizar atención del sujeto para disminuir el dolor.	Las 5 contemplaciones del dolor de Stephen Levine.	Psicólogo encargado.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo reproductor. • Audio relajante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Pacientes con IRCT. 	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del dolor a través de la relajación.
Generar coherencia entre pensamiento y acción ante la enfermedad.	Reflexión sobre la coherencia.	Psicólogo encargado.	<ul style="list-style-type: none"> • Frase reflexiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Paciente con IRCT. 	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Participación. • Comprensión. • Disposición a la acción. • Mejoría del estado de ánimo. • Proyección mediante la actividad.

Mejorar sentido de eficacia del paciente.	Arteterapia.	Psicólogo encargado.	<ul style="list-style-type: none"> • Papel de dibujo. • Materiales artísticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo. • Paciente con IRCT. 	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición. • Mejoría del estado de ánimo. • Proyección mediante la actividad.
Disminuir sensación de incertidumbre ante la muerte.	Metáfora terapéutica.	Psicólogo encargado.	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura impresa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Paciente con IRCT. 	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión. • Reflexión. • Disminución de sensación de tensión, amenaza y peligro.
Estabilizar estado de ánimo del individuo.	Musicoterapia.	Psicólogo encargado.	<ul style="list-style-type: none"> • Reproductor de audio. • Instrumentos musicales. • Pistas musicales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Paciente con IRCT. 	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de tensión.

						<ul style="list-style-type: none"> • Expresiones faciales de calma.
Preparar psicológica y espiritualmente al paciente propiciando la conciencia de finitud.	Autoexamen dentro de visualización guiada.	Psicólogo encargado.	<ul style="list-style-type: none"> • Reproductor de audio. • Audio relajante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Paciente con IRCT 	20 min.	<p>Normalización sobre el final de la vida.</p> <p>Comentarios reflexivos.</p>

11.2 PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES CUIDADORES.

Nombre del Programa: Programa De Atención dirigido a familiares cuidadores de pacientes con IRCT, “Acompañar, Cuidar y consolar”

Modelo Propuesto: Cognitivo Conductual, Modelo Humanista, Psicología Positiva.

Temática: Intervenciones psicológicas grupales a familiares cuidadores de pacientes con IRCT.

Objetivo General: Intervenir reacciones psicológicas adversas que presenta el familiar cuidador a raíz del padecimiento del paciente con IRCT a través de la aplicación de técnicas psicológicas.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS HUMANOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Desmitificar el rol del psicólogo para dar a conocer su desempeño en el área de cuidados paliativos y la Unidad de Hemodiálisis.	Presentación dinámica. Psicoeducación sobre el rol del psicólogo y en qué consiste su papel dentro de la unidad de CP con familiares cuidadores.	Psicólogo de CP.	<ul style="list-style-type: none"> • Papelógrafos. • Trípticos. • Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Familiares cuidadores. 	45 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión del rol del psicólogo en CP. • Interacción mutua entre participantes. • Formulación de preguntas por parte de los participantes.

<p>Reconocer el papel que juegan los pensamientos en la forma de afrontar la IRCT en los familiares cuidadores.</p>	<p>Dinámica de desinhibición. Psicoeducación sobre ABC e ideas irracionales.</p>	<p>Psicólogo de CP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura corta para cada participante. • Pizarrón. • Guía de preguntas 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Familiares cuidadores. 	<p>45 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de la temática. • Identificación de ideas irracionales. • Participación.
<p>Reconocer las distorsiones cognitivas más frecuentes que se presentan en familiares de pacientes con IRCT.</p>	<p>Dinámica de desinhibición. Psicoeducación sobre distorsiones cognitivas.</p>	<p>Psicólogo de CP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bola de páginas de papel • Lectura corta. • Videos • Proyector. • Cubo distorsionado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Familiares cuidadores. 	<p>45 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los errores del pensamiento. • Participación.

<p>Identificación de formas de controlar pensamientos irracionales.</p>	<p>Dinámica de desinhibición. Psicoeducación sobre diálogo socrático, auto instrucciones y pensamiento alternativo.</p>	<p>Psicólogo de CP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura corta. • Llaveró para diálogo socrático. • Post-it. • Lapiceros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Familiares cuidadores. 	<p>45 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de cómo modificar los errores del pensamiento. • Dinamismo.
<p>Psicoeducar a los familiares cuidadores de pacientes con IRCT sobre las principales manifestaciones emocionales que</p>	<p>Dinámica de desinhibición. Psicoeducación sobre emociones ante la IRCT en pacientes y familiares.</p>	<p>Psicólogo de CP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura corta para cada participante. • Papelógrafo con las palabras de manifestaciones emocionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Familiares cuidadores. 	<p>45 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de la temática a tratar. • Participación voluntaria. • Comprensión de la experiencia personal.

se presentan en ellos y su familiar debido al padecimiento.	Arteterapia.		<ul style="list-style-type: none"> • Figura humana para colorear. • Colores de acuerdo a las emociones básicas. 			<ul style="list-style-type: none"> • Empatía.
Ventilar emociones de manera saludable.	Arteterapia.	Psicólogo de CP.	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de papel • Lectura corta. • Vejigas • Pintura • Pliegos de papel bond • Tachuelas 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Familiares cuidadores. 	45 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Dinamismo. • Descarga emocional. • Mejoría del estado de ánimo.

<p>Reconocer la importancia del autocuidado para ejercer prácticas más saludables en su papel como cuidador.</p>	<p>Psicoeducación sobre el autocuidado. Autoevaluación de autocuidado.</p>	<p>Psicólogo de CP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura corta. • Páginas de papel bond. • Lapiceros. • Autoevaluación de autocuido. • Escala de evaluación de autocuido. • Calendario saludable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Familiares cuidadores. 	<p>45 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de conciencia de la importancia del autocuidado. • Reelaboración consciente de un plan corto de autocuidado.
<p>Fomentar la espiritualidad de manera general en familiares de pacientes con IRCT.</p>	<p>Lectura corta sobre la importancia de la espiritualidad en la vida personal. Carta de gratitud a un ser supremo.</p>	<p>Psicólogo de CP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel bond • Lápices • Vendas • Lectura corta. • Hojas de papel • Lapiceros. • Caja pequeña 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Familiares cuidadores. 	<p>45 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión de la dimensión espiritual de forma laica.

<p>Fomentar la resiliencia familiares de pacientes con IRCT.</p>	<p>Lectura corta sobre resiliencia Diario del futuro</p>	<p>Psicólogo de CP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vejiga • Lectura corta • Páginas de papel • Lapiceros 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Familiares cuidadores. 	<p>45 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de fortaleza ante la adversidad.
<p>Fomentar la conciencia de trascendencia espiritual en familiares de pacientes con IRCT como preparativo del duelo anticipado.</p>	<p>Lectura corta sobre duelo anticipado. Carta enviada</p>	<p>Psicólogo de CP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura corta • Páginas de papel bond • Lapiceros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Familiares cuidadores. 	<p>45 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de conciencia del duelo anticipado. • Percepción del sentido de trascendencia de la vida. • Participación.

<p>Concluir el grupo de intervención para conocer logros y experiencias de cada participante.</p>	<p>Dinámicas de cierre</p>	<p>Psicólogo de CP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Material de evaluación de cierre. • Lapiceros • Pliego de papel bond. • Comida • Bebida 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Familiares cuidadores. 	<p>45 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación. • Percepción sobre todo lo participado.
<p>Concientizar en el familiar la sana trascendencia que conlleva el duelo por fallecimiento de su familiar con IRCT.</p>	<p>Dinámica, para trabajar el Duelo.</p>	<p>Psicólogo de CP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Piedras pequeñas. • Pinturas • Pinceles • Hojas naturales de árbol. • Resina epóxica 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo encargado. • Familiares cuidadores 	<p>45 min.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participación, ventilación de emociones. • Percepción saludable de continuidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acinas, Patricia, W. Astudillo, C. Mendinueta, E. Astudeillo y Universidad de Navarra. (2008). *“Medicina Paliativa: Cuidados Del Enfermo En Fase Terminal y Atención a Su Familia.”* Vol. 15. Sexta Edic. Editado por Universidad de Navarra. Pamplona.
- Alonso Babarro, Alberto, Helena Garcia Llan, Juan Pablo Leiva Santos y Rosa Sánchez Hernández. (2018). *Cuidados Paliativos En Enfermedad Renal Crónica Avanzada*. Primera PU. Editado por Sociedad Española de Nefrologia and Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL. Madrid.
- Anon. (2013). “Comprendiendo El Estrés Crónico.” *American Psychological Association*.
- Aragón, Rafa. (2018). “Psicología Humanista, ¿en Qué Consiste?” Retrieved (<https://lamenteesmaravillosa.com/en-que-consiste-la-psicologia-humanista/>).
- Aréchiga Ornelas y Guillermo. (2001). *Dolor y Paliación*. EDICIONES. Guadalajara, Mexico.
- Barbero, Javier, Ramón Bayés, Enric Benito, Xavier Busquet, Teresa Gabarró, Ramón María Grió, Clara Gomis, Eva Juan, Jorge Maté, Alba Payás, Real Rodeles y Carlos Maria Tomás. (2008). “EL ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL EN CUIDADOS PALIATIVOS Una Introducción y Una Propuesta” Editado por SECPAL. *INFOCOP ONLINE* 7–50.
- Barbero, Javier, Concepción Prados y Alicia Gonzales. (2011). “Hacia Un Modelo de Toma de Decisiones Compartida Para El Final de La Vida.” *Psicooncologia* 8(1):143–68.
- Barlow, David H. y V. Mark Durand. (2003). *Psicopatología*. 3 Edición. Editado por Paraninfo. Madrid, España.
- Barrera Tello, Verónica, y Roberto Manero Brito. (2007). “Aspectos Psicológicos En El Servicio de Cuidados Paliativos.” *Enseñanza e Investigación En Psicología* 12(2):343–57.
- Barreto, P., J. Barbero, P. Arranz, y R. Bayés. (2005). “Intervención Emocional En Cuidados Paliativos. Modelo y Protocolos.” *Psicothema* 15(1):335–40.
- Barros, C., and T. Barros. (1986). “Dificultades Emocionais Encontradas Na indicação de Transplante Renal Relacionado em Crianças: Relato de Um Caso.” *Pesquisa Médica* 21(3):40–44.
- Bermejo Higuera y José Carlos. (2009). *El Acompañamiento Espiritual En Cuidados Paliativos*. Vol. 20(3). SALTERRAE. Madrid.
- Bertolino, Mariela, Sofía Bunge, María Laura Daud, Gustavo De Simone, Noemí Díaz, Silvia Dulitzky, Elena D’Urbano, Nicolás Garrigue, Ministerio de Salud de Argentina, y Instituto Nacional del Cancer. (2014). *Manual de Cuidados Paliativos Para La Atención Primaria de La Salud*. Romina Sch. Editado por G. Jacob and L. Sánchez. Buenos Aires, Argentina.

- Bingaman, C. (1980). "Dialysis Team: An Assessment of Professional Interaction." *Contemporary Dialysis* 49(50):60–70.
- Casellas-Grau, Anna, Jaume Vives, Antoni Font y Cristina Ochoa. (2016). "Positive Psychological Functioning in Breast Cancer: An Integrative Review." *The Breast* 27:136–68.
- Centeno Amaya, Olga Cecilia. (2010). "Acompañamiento Psicoterapéutico Al Enfermo Terminal y Su Familia." Universidad Pontificia Bolivariana.
- Cereghino Martínez, Diana Elizabeth, Alison Vanessa Rivas Reales y Marmin Raquel Sosa Carrillo. (2018). "Uso de La Técnica de Visualización Guiada Como Intervención Psicológica En La Percepción Subjetiva Del Dolor En Pacientes Con Enfermedad Oncológica En Cuidados Paliativos En El Hospital Divina Providencia En El Periodo de Marzo a Agosto Del 2018." Universidad de El Salvador.
- Clark, David y Carlos Centeno. (2006). "Palliative Care in Europe: An Emerging Approach to Comparative Analysis." *Clinical Medicine (London, England)* 6(2):197–201.
- Coren, S., L. Ward y J. Enns. (2000). *Sensación y Percepción*. edited by McGraw. Mexico.
- Davison, Sara N., Levin Adeera, Alvin H. Moss, Jha Vivekanand, Edwina A. Brown, Brennan Frank, Murtagh Fliss E.M., Naicker Saraladevi, Michael J. Germain, Donal J. O'Donoghue, Rachael L. Morton, Gregorio T. Obrador y University of Alberta. (2015). "Executive Summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: Developing a Roadmap to Improving Quality Care." *Kidney International* 88:59–447.
- DaVita Inc. (s.f.). "Etapas de La Enfermedad Renal Crónica (ERC)." *DaVita*. Retrieved (<https://international.davita.com/co/patient-resources/kidney-disease-education/stages-of-kidney-disease/10443/>).
- Dorlen, Rosalind y Consejo de Salud Psicológica de la Asociación de Salud Psicológica de Nueva Jersey. (2010). "Enfermedades Crónicas." *American Psychological Association*.
- Doyle, D. (2005). "Palliative Medicine: The First 18 Years of a New Sub-Specialty of General Medicine." *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 35(3):199–205.
- Doyle, Derek, Geoffrey Hanks, Nathan Cherny, y Kenneth Calman. (2004). "Oxford Textbook of Palliative Medicine." *Journal of the Royal Society of Medicine* 97(7):356–57.
- Eccleston, C. (2001). "Role of Psychology in Pain Management." *BJA: British Journal of Anaesthesia* 87(1):144–52.
- Espinoza Hernández, Valeria Itzel. (2019). "CUIDADOS PALIATIVOS PSICOLÓGICOS: ESTRATEGIAS PSICOGERONTOLÓGICAS Y PSICOTANATOLÓGICAS DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO EN UN SERVICIO GERIÁTRICO." *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 22(1):59–61.

- F. Etienne, Carissa, Carlos Castaneda, OPS, OMS y MINSAL. (2017). “Estrategia de Cooperación de País OPS/OMS – EL SALVADOR 2017 - 2020.” Pp. 13–47 en. El Salvador, San Salvador.
- Fernandez Guzmán, Isabel, Maria del Carmen Fernández Marquez, Rafael Rabadán Anta, Conrado Navalón Vila y María Dolores Martínez Espejo. (2012). “¿Existe El Síndrome de Burnout En Los Profesionales de La Salud de Las Unidades de Hemodiálisis de La Región de Murcia?” *Enfermería Nefrológica* 15(1):07–13.
- González Nieves, Yanet, Luis Felipe Herrera Jiménez, Jorge López Romero y Zaida Nievez Achón. (2011). “Características Del Estado Emocional En Pacientes Con Enfermedad Renal Crónica.” *Revista Psicología Científica.Com* 13(20).
- Haley, W. E., D. G. Larson, J. Kasl-Godley, R. A. Neimeyer y D. A. Kwilosz. (2003). “Roles for Psychologist in End-of-Life Care: Emerging Models of Practice.” *Professional Psychology: Research and Practice* 34(6):626–33.
- Hall, Rasheeda, Carol Haines, Steven M. Gorbalkin, Lynn Schlanger, Hesham Shaban, Jane O Schell, Susan B Gurley, Cathleen Colón-Emeric, y C. Barrett Bowling. (2016). “Incorporating Geriatric Assessment into a Nephrology Clinic: Preliminary Data from Two Models of Care.” *Journal of the American Geriatrics Society* 64(10):2154–58.
- Hamer, Dean y Peter Copeland. (1998). *El Misterio de Los Genes*. edited by J. Vergara. Buenos Aires, Argentina.
- Hernández García y María del Carmen. (2017). “Fatiga Por Compasión Entre Profesionales Sanitarios de Oncología y Cuidados Paliativos.” *Psicooncología* 14(1):53–70.
- Hernández, Raul. (2019)). “ISSS Promueve La Prevención de La Enfermedad Renal Crónica a Través de La Actividad Física.” *Noticias Ciudadano, GOB, ISSS*. 00. Retrieved (http://www.iss.gov.sv/index.php?view=article&catid=1%3Anoticias-ciudadano&id=1856%3Aiss-promueve-la-prevencion-de-la-enfermedad-renal-cronica-a-traves-de-la-actividad-fisica&format=pdf&option=com_content&Itemid=77).
- Hill, R. y Gerald A. Bloedow. (1965). “Decision-Making and the Family Life Cycle. In Social Structure and The Family: Generational Relations.” edited by E. Shanas and G. F. Streib. *January 1967* 12(1):113–39.
- IFKF International Federation of Kidney Foundation, Philip Kam Tao Li, Kamyar Kalantar-Zadeh, Latha Kumaraswami, Gamal Sadai, Sharon Andreoli, Alessandro Balucci, Sophie Dupuis, SF Luis, ULASI IFEOMA, Vassilios Liakououlos y Society of Nephrology ISN. (2019). “International Federation of Kidney Foundation.” *World Kidney Day*. Retrieved (<https://www.worldkidneyday.org/about/world-kidney-day/>).
- Ignacia del Rio, M. y Alejandra Palma. (2007). “Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo.” *Boletín de La Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile* 2:16–21.
- INFOCOP, Virginia Peralta Jaquero y Belén Díaz-Albo. (2011). “EL PSICÓLOGO EN LOS EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS - ENTREVISTA A VIRGINIA

- PERALTA Y BELÉN DÍAZ-ALBO.” *INFOCOP ONLINE* (1886–1385).
- Joseph, L., E. Gierlach, J. Hosuley y L. Beautler. (2005). “La Evolución de Un Campo: Examen Del Desarrollo y La Aceptación de La Psicología Clínica de La Salud.” *Papeles Del Psicólogo*. 26:39–46.
- JVPP Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología. (2009). *Código de Ética Para El Ejercicio de La Profesión de Psicología En El Salvador*.
- Kaschka, Wolfgang P., Dieter Korczak y Karl Broich. (2011). “Burnout: A Fashionable Diagnosis.” *Deutsches Ärzteblatt International* 108(46):781–87.
- Kubler-Ross, Elisabeth. (1972). *SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS*. GRIJALBO,. edited por N. Y. The Macmillan Company. Barcelona: Hurope, S.A.
- Lacasta Reverte, Mariant, and Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. 1997. “EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN CUIDADOS PALIATIVOS.” *INFOCOP ONLINE* 68.
- Latorre Postigo, José Miguel y Pedro José Beneit Medina. (1992). *PSICOLOGÍA DE LA SALUD Aportacones Para Los Profesionaldes de La Salud*. Colección. edited by D. Fontana.
- Leiva Santos, Juan Pablo, Rosa Sánchez Hernández, Helena Garcia Llan, María José Fernández Reyes, Manuel Heras Benito, Benito Molina-Ordas, Astrid Rodríguez y Fernando Álvarez-Ude. (2012). “Renal Supportive Care and Palliative Care: Revision and Proposal in Kidney Replacement Therapy.” *Revista Nefrología* 32(1):7–20.
- Levey, Andrew s., Josef Coresh, Kline Bolton, Bruce Culleton, Kathly Schiro Harvey, T. Alp Ikizler, Cynda Ann Jhonson, Annamaria Kausz, Paul L. Kimmel, John Kusek, Levin Adeera, Kennet L. Minaker, Robert Nelson, Helmut Rennke, Michael Steffes, Beth Witten, Ronald J. Hogg, Susan Furth, Kevin V. Lemley y Ronald J. Portman. (2002). “K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification.” *American Journal of Kidney Diseases* 39(2 SUPPL. 1):I-II+S1-S266.
- Levy, R. y L. Walter. (2005). “Cognitiva Behavior Therapy for the Treatment o Recurrent Abdominal Pain.” *Journal of Cognitive Psychotherapy* 19:137–45.
- De Lima, L. y E. Bruera. (2000). “The Pan American Health Organization: Its Structure and Role in the Development of a Palliative Care Program for Latin America and the Caribbean.” *Journal of Pain and Symptom Management* 20(6):440–48.
- Marinelli, Silvio, Luz Elena Navarres Moreno, Cliserio Rojas Santes, y Beatriz Montes de Oca Pérez. (2016). *CURAR, CUIDAR, CONSOLAR Los Cuidados Paliativos. Como Ayudar a Los Enfermos En Etapa Terminal o Con Patologias Crónico-Degenerativas*. D.R. PPC. Editado por Ó. Hernández Galicia.
- Martinez Dueñez, María José, Griselda Guadalupe Gongora Diaz, Veronica Guadalupe Martinez Martinez y Universidad de El Salvador. (2010). “PLAN PSICOTERAPEUTICO PARA ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGIA DEL AREA CLINICA EN EL MANEJO DE

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES TERMINALES DE LAS UNIDADES DE SALUD DEL AREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR.” Universidad de El Salvador.

- Massry, Shaul G. y Richard J. Glassock. (1995). *Textbook of Nephrology*. Baltimore. edited by W. & Wikkings.
- Menzies, I. C. y W. K. Stewart. (1968). “Psychiatric Observations On Patients Receiving Regular Dialysis Treatment.” *The British Medical Journal* 1:544–47.
- Merriam-Webster. (2003). *El Diccionario Medico Webster*. Incorporat.
- Murphy, Emma, Michael J. Germani, Hugh Cairns, Irene J. Higginson y Fliss E. M. Murtagh. (2014). “International Variation in Classification of Dialysis Withdrawal: A Systematic Review.” *Nephrology, Dialysis, Transplantation : Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association* 29(3):625–35.
- Murtagh, Fliss E. M., Aine Burns, Oliver Moranne, Rachael L. Morton y Saraladevi Naicker. (2016). “Supportive Care: Comprehensive Conservative Care in End-Stage Kidney Disease.” *CJASN Clinical Journal of American Society of Nephrology* 11(10):1909–14.
- Murtagh, Fliss E. M., Lewis M. Cohen y Michael J. Germain. (2007). “Dialysis Discontinuation: Quo Vadis?” *Advances in Chronic Kidney Disease* 14(4):379–401.
- Navarro Serer, Mario. (2006). “La Muerte y El Duelo Como Experiencia Vital: Acompañando El Proceso de Morir.” *Información Psicológica - Temes D´studi* 88:12–21.
- Oblitas Guadalupe, Luis Armando. (2006). *Psicología de La Salud y Enfermedades Crónicas*. PSICOM. Editado por J. C. Salamanca. Bogotá, Colombia.
- Ochoa, Cristian, Anna Casellas-Grau, Jaume Vives, Antoni Font y Josep-María Borrás. (2017). “Positive Psychotherapy for Distressed Cancer Survivors: Posttraumatic Growth Facilitation Reduces Posttraumatic Stress.” *International Journal of Clinical and Health Psychology* 17(1):28–37.
- OMS y ACNUR. (2015). *Evaluación de Necesidades y Recursos Psicosociales y de Salud Mental. Guía de Herramientas Para Contextos Humanitarios*.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (s.f.). “Enfermedades Crónicas.” *Organización Mundial de La Salud*. Retrieved (https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/).
- Orantes Navarro, Carlos Manuel y Dirección Nacional de Enfermedades no Transmisibles. Ministerio de Salud. (2018). *La Doble Epidemia de Enfermedad Renal Crónica En El Salvador: Consecuencias Poblacionales*. El Salvador, San Salvador.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud En Las Américas+, Edición 2017. Resumen: Panorama Regional y Perfiles de País*. Edición 20. Editado por OPS. Washington, DC.
- Pastrana, Tania, Liliana De Lima, Roberto Wenk, Jorge Eisenchlas, Carolina Monti, Javier

- Rocafort y Carlos Centeno. (2012). *Atlas de Cuidados Paliativos En Latinoamérica: El Salvador*. Primera Ed. Editado por G. Pastrana. Houston: IAHPC Press.
- Payás Puigarnau, Alba. (2010). *Las Tareas Del Duelo. Psicoterapia de Duelo Desde Un Modelo Integrativo-Relacional*.
- Perazzo, Gerardo, César Aza Archetti, Gustavo Mendoza, Guillermo Bravo, Stella Maris Ramirez, Evangelina Mollar, Adriana Vázquez y Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina UCA. (2015). “LA DESHUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN PROFESIONAL ¿VULNERA EL DERECHO A LA INTIMIDAD?” *Vida y Etica* 16(1):11–23.
- Peterson, Christopher y Martin E. P. Seligman. (2004). *CHARACTER STRENGTHS AND VIRTUES a Handbook and Classification*. OXFORD. Editado por I. Oxford Univesity Press. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pezoa G., Marcela. (2012). “¿Qué Elementos de La Atención de Salud Son, Desde La Perspectiva Del Usuario Los Que Más Contribuyen a Que Se Sienta Satisfecho?” *Departamento de Estudiso y Desarrollo, Superintendencia de Salud*.
- Piccininni, Victor. (2018). *El Arte de Acompañar: Herramientas y Prácticas Para El Acompañamiento Personal y Espiritual En Cuidados Paliativos*. 1ra Edició. Editado por Hypatia.
- Ponce Gonzáles, José María, Antonio Velázquez Salas, Enrique Márquez Crespo, Luis López Rodríguez y María Luz Bellido Moreno. (2009). “Influencia Del Apoyo Social En El Control de Las Personas Con Diabetes.” *Index Enferm* 18(4):224–28.
- Pulido Muñoz, Francisco, María Reyes Lopera Delgado, Instituto Provincial de Bienestar Socail Diputación de Córdoba y Universidad de Córdoba. (2009). *GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES TERMINALES: UNA APROXIMACIÓN DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS DEL MEDIO RURAL*. Insituto P. Editado por Instituto Provincial de Bienestar Social Diputación de Córdoba. Spain: Diputación de Córdoba.
- Raselli, Carla y Joan E. Broderick. (2007). “The Association of Depression and Neuroticism with Pain Reports: A Comparison of Momentary and Recalled Pain Assessment.” *Journal of Psychosomatic Research* 62(3):20–313.
- Rebollo, P., C. Mom, F. Alvarez-Ude, A. Vázquez, M. J. Fernández Reyes y R. Sánchez. (2001). “Síntomas Físicos y Trastornos Emocionales En Pacientes En Programa de Hemodiálisis Periódicas.” *Nefrología* 21:0–222.
- Robinson, Bruce M., Jinyao Zhang, Hal Morgenstern, Brian D. Bradbury, Leslie J. Ng, Keith McCullough, Brenda W. Gillespie, Raymond Hakym, Hugh Rayner, Joan Fort, Tadado Akisawa, Francesca Tentori y Ronald L. Pisoni. (2014). “Worldwide, Mortality Risk Is High Soon after Initiation of Hemodialysis.” *Kidney International* 85(1):158–65.
- Rodriguez, María Isabel, Eduardo Espinoza Fiallos, Elvia Violeta Menjivar y Ministerio de Salud MINSAL. (2014). “*LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN DEL*

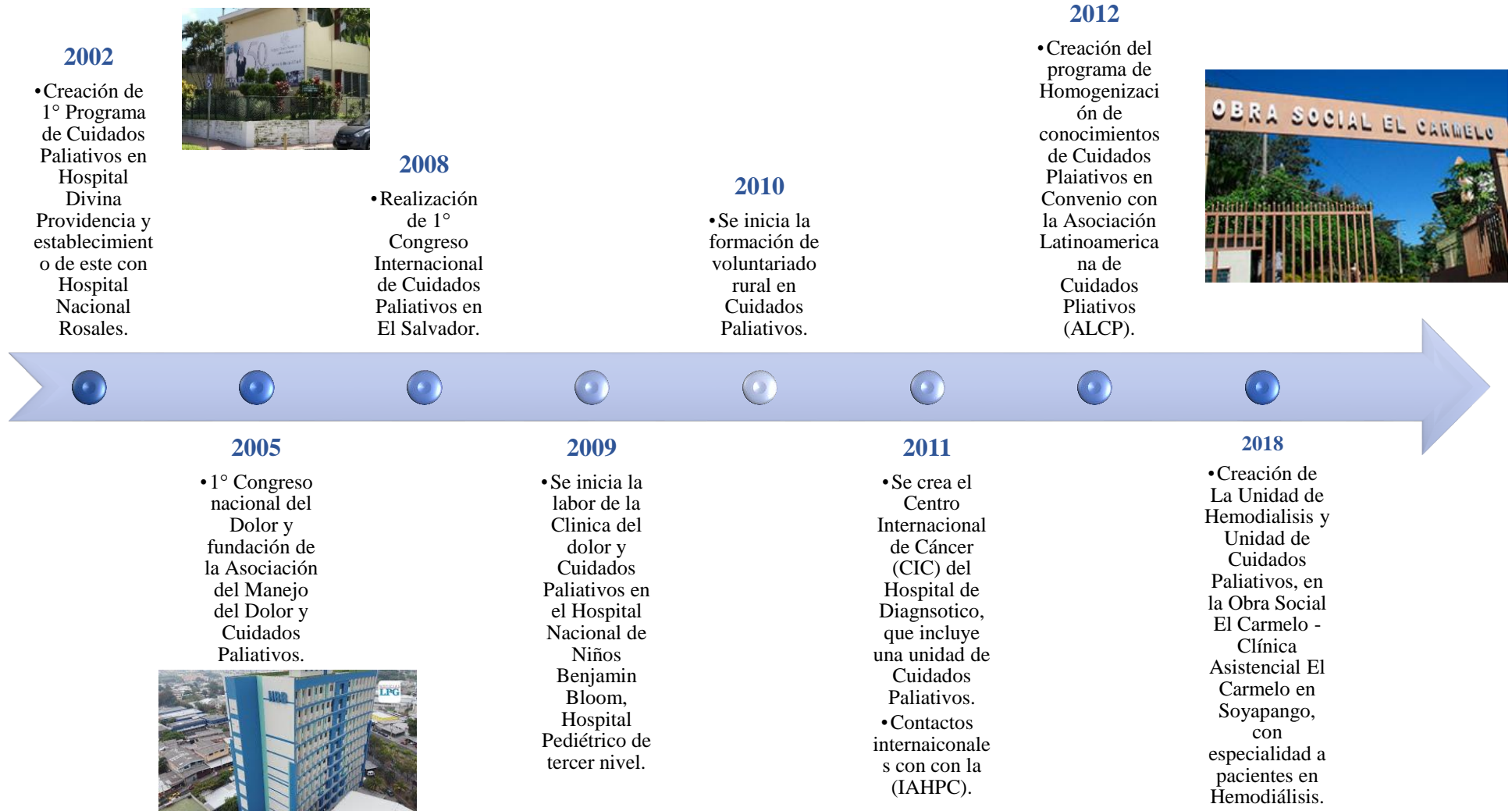
DOLOR CRÓNICO Y CUIDADOS PALIATIVOS.” MINSAL. edited by MINSAL. El Salvador, San Salvador.: Centro Virtual de Documentación Regulatoria.

- Ruiz-benítez de Lugo y María De Los Ángeles. (2008). “El Pacto de Silencio En Los Familiares de Los Pacientes Oncológicos Terminales.” *Psicooncología* 5(1):59–69.
- Russo, C. y W. Brose. (1998). “Cronic Pain.” *Reviews of Medicine* 49:123–33.
- Sánchez Hernández, Rosa. (2018). “CAPÍTULO 4: Cuidados Paliativos En La Enfermedad Renal Crónica Avanzada.” Pp. 65–81 in *Cuidados Paliativos En Enfermedad Renal Crónica Avanzada*, Editado por SECPAL. Madrid, España.
- Sellarés, V. L. y M. L. Martín Conde. (2002). *Insuficiencia Renal Cronica. En: Sellarés VL, Martín Conde ML. Manual de Nefrologia.* 2 Edición. Editado por Harcout. Madrid.
- Villeda, Miguel y E. Lucy. (2018). “Aumentan Del 10% Los Casos de Insuficiencia Renal Crónica En México.” *Nación Forma* 00:00.
- Violeta Menjivar, Elvia, y Ministerio de Salud MINSAL. (2017). “Reglamento General de Hospitales Del Ministerio de Salud.” *Diario Oficial MINSAL* 45:1–43.
- White, Y. y B. F. Grenyer. (1999). “The Biopsychosocial Impact of End-Stage Renal Disease: The Experience of Dialysis Patients and Their Partners.” *Journal of Advanced Nursing* 30(6):1312–20.

ANEXOS

**ANEXOS 1. HITOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN
EL SALVADOR.**

HITOS DEL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL SALVADOR⁹



⁹ Recuperado de: *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica – EL SALVADOR*. https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/12_El_Salvador.pdf

**ANEXOS 2. DOCUMENTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE
PROGRAMA DE CUIDADOS PSICOLÓGICOS
PALIATIVOS.**



CONVENIDO DE ATENCIÓN.

San Salvador a las ___ horas y ___ minutos del día ___ del mes de _____ del año 20__.

Por medio de la presente, yo _____, de _____ años de edad, de ocupación _____, del domicilio _____, *familiar cuidador de* _____, quien presenta *Insuficiencia Renal Crónica Terminal* y es paciente de la Clínica Asistencial El Carmelo, acepto a participar activamente en el programa de cuidados psicológicos paliativos “Acompañar, cuidar y consolar”.

Me comprometo a participar activamente con puntualidad y responsabilidad en las intervenciones que se realicen, con el propósito de beneficiar a mi salud y la de mi familiar.

De igual forma me comprometo a guardar respeto a los demás participantes y facilitadores, evitando insultos, palabras obscenas, frases hirientes que dañen la integridad de los demás. Así también me comprometo a resguardar el estricto secreto de todo lo expresado durante las intervenciones por parte de los participantes y mostrar sinceridad durante el proceso, compartiendo mis experiencias en beneficio para el proceso.

Por su parte, el/la profesional del área de psicología encargado del área de Unidad de Hemodiálisis y Cuidados Paliativos que labora en la Clínica Asistencial El Carmelo se compromete a proporcionar este servicio psicológico con profesionalismo, ética, responsabilidad y puntualidad, y buscar las mejores soluciones para la mejora del bienestar de sus pacientes.

F. _____



CONVENIDO DE ATENCIÓN.

San Salvador a las ___ horas y ___ minutos del día ___ del mes de _____ del año 20__.

Por medio de la presente, yo _____, de _____ años de edad, de ocupación _____, del domicilio _____, quien presenta **Insuficiencia Renal Crónica Terminal** y es paciente de la Clínica Asistencial El Carmelo, acepto a participar activamente en el programa de cuidados psicológicos paliativos “Acompañar, cuidar y consolar”.

Me comprometo a participar activamente en el proceso con sinceridad y responsabilidad, y en caso de mostrarme indispuerto por el estado de salud que presente en ese momento, informare de ello al profesional encargado del programa.

Por su parte, el/la profesional del área de psicología encargado del área de Unidad de Hemodiálisis y Cuidados Paliativos que labora en la Clínica Asistencial El Carmelo se compromete a proporcionar este servicio psicológico con profesionalismo, ética, responsabilidad y puntualidad, y buscar las mejores soluciones para la mejora del bienestar de sus pacientes.

F. _____



FICHA DE PROCESO DE PACIENTE CON IRCT

I- Datos generales.

Fecha de ingreso a fase 5 de IRCT: ____ / ____ / ____

Nombre del participante: _____ Edad:

______ Sexo: ____ Género: _____

Estado civil: _____ Ocupación: _____ Nivel

educativo: _____ Lugar de procedencia: _____

Religión: _____

II-.Evaluación del proceso	
Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	
Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	
Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	

Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	
Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	
Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	
Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	
Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	

Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	
Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	
Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	
Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	
Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	

Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	

Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	

Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	

Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	

Intervención #	
Fecha de la intervención:	Área abordada:
Descripción:	
Comentarios:	

Observaciones generales:



FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL FAMILIAR CUIDADOR Y REGISTRO DE JORNADAS.

I- Datos generales.

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del participante: _____ Edad:

______ Sexo: ____ Género: _____

Estado civil: _____ Ocupación: _____ Nivel

educativo: _____ Lugar de procedencia: _____

Religión: _____

Parentesco con el/a paciente: _____

II- Evaluación del proceso.

Jornada 1.

Fecha: _____

Indicadores de la jornada	Presencia del indicador.	Observaciones

Jornada 2.

Fecha: _____

Indicadores de la jornada	Presencia del indicador.	Observaciones

Jornada 3.

Fecha: _____

Indicadores de la jornada	Presencia del indicador.	Observaciones

Jornada 4.

Fecha: _____

Indicadores de la jornada	Presencia del indicador.	Observaciones

Jornada 5.

Fecha: _____

Indicadores de la jornada	Presencia del indicador.	Observaciones

Jornada 6.

Fecha: _____

Indicadores de la jornada	Presencia del indicador.	Observaciones

Jornada 7.

Fecha: _____

Indicadores de la jornada	Presencia del indicador.	Observaciones

Jornada 8.

Fecha: _____

Indicadores de la jornada	Presencia del indicador.	Observaciones

Jornada 9.

Fecha: _____

Indicadores de la jornada	Presencia del indicador.	Observaciones

Jornada 10.

Fecha: _____

Indicadores de la jornada	Presencia del indicador.	Observaciones

Jornada 11.

Fecha: _____

Indicadores de la jornada	Presencia del indicador.	Observaciones

Jornada adicional.

Fecha: _____

Indicadores de la jornada	Presencia del indicador.	Observaciones

Comentarios adicionales:

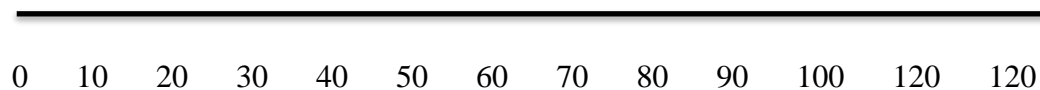


EVALUACIÓN DE JORNADA CON FAMILIARES CUIDADORES

Indicaciones: califique en una escala del 0 al 10, siendo 0 el menor y 10 la puntuación máxima, la presencia de cada uno de los siguientes indicadores por parte de los participantes durante la jornada número ____ del programa “Acompañar, cuidar y consolar”.

N°	Indicador	Puntuación
1	Atención.	
2	Comprensión de la temática.	
3	Realizan preguntas para comprender mejor el contenido a tratar.	
4	Muestran interés.	
5	Toma de conciencia de aspectos personales a cambiar.	
6	Reflexión del contenido de la jornada.	
7	Interacción entre los participantes.	
8	Iniciativa.	
9	Empatía.	
10	Respeto entre los miembros del grupo.	
11	Puntualidad.	
12	Aplicación de contenidos a la vida diaria.	
	Total	

Una vez colocados los puntajes, realice la sumatoria de estos y ubique el resultado en la siguiente gráfica lineal. De 0 a 30 se considera que la jornada tuvo bajos resultados, de 31 a 60 resultados medio-bajos, de 61 a 90 resultados medio-altos y de 91 a 120 resultados excelentes.



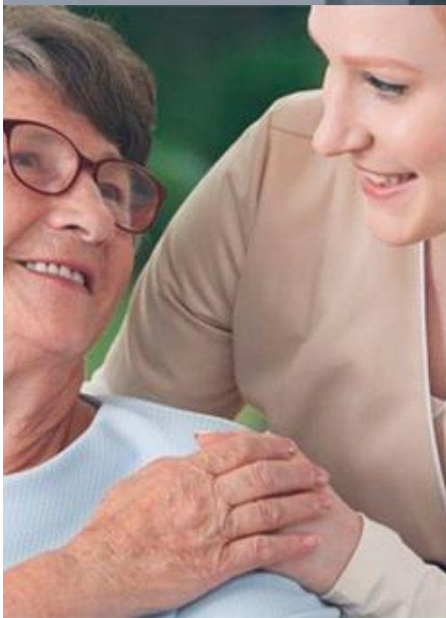
Comentarios:

**ANEXOS 3. PROGRAMA DE CUIDADOS PSICOLOGICOS
PALIATIVOS “ACOMPañAR, CUIDAR Y CONSOLAR”.**

PROGRAMA DE CUIDADOS PSICOLÓGICOS
PALIATIVOS DIRIGIDO A PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL
Y SUS FAMILIARES CUIDADORES.

ACOMPañAR, CUIDAR Y CONSOLAR

"IMPORTAS PORQUE ERES TÚ, HASTA
EL ÚLTIMO MOMENTO DE TU VIDA"
CICELY SAUNDERS



Elaborado por:
Carlos Ernesto Alfaro Polanco
Sheira Joseline Coto Vides
Kelly Alejandra Mata Hernández



INTRODUCCIÓN

En la actualidad la Insuficiencia Renal Crónica es considerada la tercera enfermedad no transmisible que más impacto ha causado a nivel mundial, y en Latinoamérica, El Salvador es uno de los dos países donde tiene mayor presencia.

La enfermedad como tal genera una carga tanto física como emocional muy significativa, que llega a afectar al individuo y su contexto familiar, lo cual puede llegar a provocar un mayor deterioro en el curso de la enfermedad, especialmente cuando ésta llega al grado 5, puesto que es en este punto cuando ha llegado a su fase terminal.

A nivel médico existen investigaciones que han encontrado alternativas de tratamiento para desacelerar el deterioro de la función renal, sin embargo, aún no existe una cura. Es por esto que cuando se habla de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, se hace necesario recurrir a los Cuidados Paliativos.

Los Cuidados Paliativos incorporan un trabajo integrado de profesionales de la salud como médicos, enfermeras, fisioterapeutas, nutricionistas, asistentes sociales y psicólogos. A pesar de ello en El Salvador Los Cuidados Psicológicos Paliativos han sido poco implementados en la población que padece de Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

El presente programa que lleva por nombre “**Acompañar, Cuidar y Consolar**”, se divide en dos partes: la primera destinada a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, y la segunda a sus familiares cuidadores.

La primera parte dirigida a los pacientes, está constituida por 18 sesiones derivadas de los modelos: Cognitivo-Conductual, Humanista y Psicología Positiva, con el propósito cuidar el bienestar emocional en la medida en la que la enfermedad lo permita.

La segunda parte destinada a los familiares cuidadores, está compuesta por 12 sesiones de intervención grupal, retomadas de los modelos: Cognitivo-Conductual, Humanista y Psicología Positiva, con la finalidad de brindar apoyo emocional en este difícil momento de la enfermedad de su familiar.

INDICE

<u>INTRODUCCIÓN</u>	i
<u>INDICE</u>	ii
<u>CUIDADOS PSICOLOGICOS PALIATIVOS DIRIGIDO A PACIENTES CON IRCT</u>	1
<u>SESIÓN # 01 - PACIENTE CON IRCT</u>	2
<u>SESIÓN # 02 - PACIENTE CON IRCT</u>	13
<u>SESIÓN # 03 - PACIENTE CON IRCT</u>	34
<u>SESIÓN # 04 - PACIENTE CON IRCT</u>	38
<u>SESIÓN # 05 - PACIENTE CON IRCT</u>	42
<u>SESIÓN # 06 - PACIENTE CON IRCT</u>	48
<u>SESIÓN # 07 - PACIENTE CON IRCT</u>	51
<u>SESIÓN # 08 - PACIENTE CON IRCT</u>	58
<u>SESIÓN # 09 - PACIENTE CON IRCT</u>	62
<u>SESIÓN # 10 - PACIENTE CON IRCT</u>	67
<u>SESIÓN # 11 - PACIENTE CON IRCT</u>	70
<u>SESIÓN # 12 - PACIENTE CON IRCT</u>	75
<u>SESIÓN # 13 - PACIENTE CON IRCT</u>	83
<u>SESIÓN # 14 - PACIENTE CON IRCT</u>	89
<u>SESIÓN # 15 - PACIENTE CON IRCT</u>	93
<u>SESIÓN # 16 - PACIENTE CON IRCT</u>	99
<u>SESIÓN # 17 - PACIENTE CON IRCT</u>	104
<u>SESIÓN # 18 - PACIENTE CON IRCT</u>	109
<u>CUIDADOS PSICOLOGICOS PALIATIVOS DIRIGIDO A FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON IRCT</u>	113
<u>SESIÓN # 01 – FAMILIARES CUIDADORES</u>	114
<u>SESIÓN # 02 – FAMILIARES CUIDADORES</u>	124
<u>SESIÓN # 03 – FAMILIARES CUIDADORES</u>	130
<u>SESIÓN # 04 – FAMILIARES CUIDADORES</u>	137
<u>SESIÓN # 05 – FAMILIARES CUIDADORES</u>	144
<u>SESIÓN # 06 – FAMILIARES CUIDADORES</u>	153

<u>SESIÓN # 07 – FAMILIARES CUIDADORES</u>	158
<u>SESIÓN # 08 – FAMILIARES CUIDADORES</u>	168
<u>SESIÓN # 09 – FAMILIARES CUIDADORES</u>	173
<u>SESIÓN # 10 – FAMILIARES CUIDADORES</u>	180
<u>SESIÓN # 11 – FAMILIARES CUIDADORES</u>	186
<u>SESIÓN # 12 – FAMILIARES CUIDADORES</u>	190



ACOMPañAR
CUIDAR Y
CONSOLAR.

*Programa de cuidados Psicológicos
Paliativos*

Dirigido a pacientes con IRCT



SESIÓN # 01 - PACIENTE CON IRCT

N° de sesión: 01

Área: *Psicoeducación*

Técnica: *Conocimiento del rol del psicólogo.*

Modelo: *Diagnóstico de IRCT*

Objetivo: *Establecer bases para la confianza y rapport terapéutico.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	• Tríptico informativo.	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Conocimiento del rol del psicólogo.	• Protocolo para dar malas noticias.	
3	Cierre	3. Retroalimentación.		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Establecimiento del Rapport:** El psicólogo encargado del área de Unidad de Hemodiálisis y la Unidad de Cuidados Paliativos, recibirá al paciente para conversar luego de haber sido diagnosticado con IRCT, partiendo de una pequeña entrevista que permita hacer una valoración sencilla del estado del paciente.
- 2. Conocimiento del rol del psicólogo:** se le realizaran preguntas al paciente con relación a la enfermedad y su deseo de querer conocer el proceso que va a vivir con la hemodiálisis. luego el psicólogo se encargará de proporcionarle al paciente, un tríptico informativo sobre las formas de atención que podrá recibir de parte del área de psicología, el apoyo con el que cuenta y las formas en las que este podrá estar disponible cuando se requiera, tanto para el paciente como para la familia, durante o fuera del proceso de la hemodiálisis o en la unidad de cuidados paliativos, explicándole la apertura en el acompañamiento durante la visita domiciliar con el equipo paliativo.
- 3. Retroalimentación:** se conversará con el/la paciente, para saber que a comprendido el nuevo recurso adquirido dentro de la atención que recibirá durante su nueva condición de IRCT, como beneficiario principal junto con su familiar cuidador por parte del área de psicología.

MATERIALES: Papel y lápiz, Tríptico informativo.

SESIÓN N° 1: Conocimiento del rol del Psicólogo.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

- Siempre hay que tomar en cuenta que las malas noticias sobre un diagnóstico en cuidados paliativos, “Modifican radical y negativamente la idea que el enfermo se hace de su porvenir”.
- Es importante que el psicólogo respete también, la forma en la que el paciente desea involucrarse en su propio proceso, con relación a la información, es necesario preguntarle.
- Es recomendable informar de forma gradual, clara y veraz, empezando por lo positivo, de forma empática y sin usar excesivos tecnicismos.
- En caso de que los médicos deleguen al psicólogo/a informar un diagnóstico de IRCT, se puede valer del protocolo EPICEE, para dar malas noticias.

APLICACIÓN DE LA ENTREVISTA: DIAGNOSTICO IRCT

Después de una acogida cálida, se indagará establecer que conocimientos tiene el paciente de su enfermedad mediante preguntas abiertas:

1. *¿Qué piensa usted sobre lo que le pasa?*
2. *¿Qué cree usted que le ocurre?*
3. *¿Cómo cree usted que van las cosas?*
4. *Cuándo sintió sus primeros síntomas, ¿Qué pensó que tenía?*

Sobre la adherencia a la información sobre su propio proceso:

1. *¿Prefiere usted recibir la información directamente o prefiere que sea su familia la que tenga todos los detalles de lo que le ocurre?*
2. *Cada experiencia en este proceso es diferente, usted tiene la libertad de disponer del apoyo que le da su familia sobre las cosas que desea saber o no. Lo recomendable es apoyarse del proceso psicológico para que pueda sentir seguridad personal de lo que va vivenciando.*

Sobre su propio control y conocimiento durante la enfermedad:

1. *A veces, indagar en los efectos que tienen hechos difíciles en las personas ayuda a sobreponerse. ¿Qué opinas?*

2. *¿Qué cosas de lo sucedido en la enfermedad te servirían para aceptarlas sin darles más vueltas?*
3. *¿Qué te ayuda a mantener cierta sensación de control, aunque sea mínima? ¿te planteas que pueden existir otras formas de llevar o afrontar lo que has vivido?*

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Atención, control emocional y flexibilidad.
- Comprensión.
- Aceptación realista
- Realizan preguntas y curiosidad como actitud vital.



NOS ESFORZAMOS PORQUE
ESTA EXPERIENCIA SEA LA
OPORTUNIDAD IDEAL DE
AUTODESCUBRIRSE DE OTRA
MANERAS.



CONTACTO



DIRECCIÓN:

Urbanización Prados de Venecia, al
final de la II etapa, Grupo 60, N°32,
Anden G.

TELÉFONO

22270014-22271475

ENCUENTRANOS EN:

Unidad de Hemodialisis
Unidad de Cuidados Paliativos.

ATENCIÓN DIRIGIDA A:

Pacientes de Nefrología
diagnosticados con Insuficiencia
Renal Crónica Terminal y Familiares
Cuidadores.



**ACOMPañAR,
CUIDAR, CONSOLAR,
ATENCIÓN
PSICOLOGICA
PALIATIVA**

ASISTENCIA PSICOLÓGICA CLÍNICA

CLINICA ASISTENCIAL EL CARMELO

SOBRE LOS CUIDADOS PSICOLÓGICOS PALIATIVOS

El psicólogo, es quien acompaña al paciente en condición crónica, terminal o degenerativa y a la familia durante todo el proceso de la enfermedad, con el fin de responder a las necesidades emocionales que genera la misma enfermedad, inicia desde la intervención en crisis, la adaptación a la patología y los cambios.



CON QUIEN TRABAJA EL PSICÓLOGO.

El psicólogo trabaja, junto con un equipo de personas encargadas de garantizar el bienestar del paciente con IRCT, dentro de la unidad de Hemodiálisis y la Unidad de Cuidados Paliativos, conformado por: Médico de cabecera y del dolor, enfermera y psicólogo encargado del área de cuidados paliativos.

QUE COSAS TRABAJA EL PSICÓLOGO DE UH Y UCP:

El psicólogo se encarga de atender al paciente diagnosticado con IRCT a nivel psicológico, acompaña y apoya al médico en rondas, asiste a reuniones sobre el proceso del paciente con el fin de velar por el bienestar en orden emocional del paciente y acompaña a los familiares cuidadores, mediante talleres o actividades.

¿QUE PUEDES CONSULTAR AL PSICÓLOGO/A?

Todo aquello que tenga que ver con tus emociones, tus sentimientos o los pensamientos que han surgido relacionados con tu condición actual, sobre cómo resolver problemas, enfrentar de mejor manera lo que vives, cómo expresar lo que sientes y cómo ayudarte a entender los cambios que vas teniendo o que crees que tendrás.

COMO PUEDES CONTACTAR AL PSICÓLOGO/A.

El psicólogo se acercara a ti cada vez que llegues a recibir tu Hemodiálisis, para conversar contigo sobre asuntos relacionados con tu experiencia de atención en Cuidados Paliativos que te da la Clínica Asistencial, fuera de la Unidad de hemodiálisis puedes encontrarlo en la Unidad de Cuidados Paliativos.

PROTOCOLO PARA DAR MALAS NOTICIAS:¹⁰

EPICEE: Entorno (Primera etapa. Preparar el contexto físico más adecuado)

En esta etapa se incluirían todos los aspectos relacionados con el momento más adecuado, lugar, profesional, paciente, etc., así como una pequeña evaluación del estado emocional del paciente para averiguar si es el momento más adecuado para dar la mala noticia; por ejemplo, *¿Cómo se encuentra hoy?*, o *¿qué tal?*, *¿cómo se siente?*, o *¿se siente hoy lo suficientemente bien para hablar un rato?* (dependiendo de la situación se elegirá una de estas preguntas o alguna similar).

EPICEE: Percepción del paciente (Segunda etapa. Averiguar cuánto sabe el paciente)

Esta fase es muy importante, ya que el paciente a menudo presenta ideas o al menos sospechas que pueden ahorrar mucho camino al profesional (imagínense un paciente fumador que ha estado ingresado porque le vieron “algo” en un pulmón y le han hecho mil pruebas en el hospital incluida una broncoscopia). El aporte de la información y el impacto que puede producir dependerán en gran medida de la correcta ejecución de esta fase. Se realiza mediante preguntas indirectas abiertas y escucha activa con técnicas de apoyo narrativo, concentrando la atención no sólo en la narración del enfermo, sino también en su comunicación no verbal. Interesa particularmente saber cómo de grave cree el paciente que es su proceso y cómo puede afectar a su futuro. Estos aspectos interesan mucho más que el hecho de si conoce el nombre de su enfermedad o su fisiopatología. No conviene por supuesto “recrearse” en aspectos sin trascendencia en la evolución del paciente o familiar o que no sean necesarios para la comprensión del proceso.

Podrían utilizarse preguntas como:

- *¿Qué piensa usted sobre este problema, su dolor en el pecho, su tos, etc.?*
- *¿Qué le han dicho sobre su enfermedad?*

¹⁰ Protocolo de seis etapas de Buckman para comunicar mala noticias. Reproducido de Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (2008), y adaptado de Rodríguez (2005)

(Esta pregunta es muy positiva de cara a evitar malos entendidos o mensajes contradictorios o con matices diferentes, problema relativamente frecuente en pacientes que son atendidos por distintos profesionales en diferentes ámbitos: pacientes oncológicos, etc.):

- *¿A qué cree que puede ser debido su problema?*
- *¿Cómo ve usted esto de grave?*

Incluso estas preguntas conviene hacerlas de forma escalonada, dejando por ejemplo la última de las descritas para al final de esta fase, cuando ya hayamos captado parte de las creencias del paciente.

Con este tipo de preguntas podremos obtener información del paciente en diferentes aspectos:

- Cómo se acerca su impresión a la naturaleza real de su problema.
- Características del paciente: nivel educacional, capacidad de expresión, preparación, etc.
- Estado emocional en relación a su proceso. Conviene estar atento a lo que el paciente dice y a lo que no dice o evita decir, así como a todas las claves no verbales que seamos capaces de captar. Es interesante advertir la falta de concordancia entre comunicación no verbal y verbal.

Por otro lado, este tipo de preguntas en una persona que no sospeche nada pueden ayudar a aclimatarlo a la nueva situación. Una vez que hemos explorado lo que ya sabe, debemos saber lo que sospecha. Si no ha salido con alguna de las preguntas anteriores se puede añadir alguna de las siguientes:

- *¿Y usted por qué cree que le han hecho todas estas pruebas?*
- *¿Y qué es exactamente lo que le tiene preocupado?*
- *¿Está usted preocupado por...?*
- *¿Hay alguna cosa que le preocupe?*

En una segunda fase podemos introducir preguntas sobre el futuro, sobre todo en el tipo de pacientes que sospechemos no saben nada de la naturaleza de su problema. Por ejemplo: *¿Qué planes tiene usted con respecto a su futuro?* Esta fase pretende minimizar la incomodidad en la medida de lo posible y transmitir al paciente que nos interesamos por lo que piensa y siente, estando dispuestos a escucharle. Hay que tener en cuenta que el profesional no es el único medio de información. El paciente recibe información a través de

otros enfermos, de medios diagnósticos o terapéuticos, de otros profesionales o de los medios de comunicación.

Otra ventaja añadida de una correcta ejecución de esta fase es evitar los mensajes más o menos contradictorios que entre distintos profesionales se producen a menudo, ya sea por distinto criterio, por miedo a decir la verdad, por inseguridad o desconocimiento

EPICEE: Invitación. Tercera etapa. Encontrar lo que el paciente quiere saber.

Esta fase es fundamental a la hora de compartir información posterior con los pacientes. A veces es difícil conocer si el enfermo quiere saber y si la información que se está aportando es mucha o escasa. O sea, que es difícil saber cuánta información es capaz de asimilar en cada entrevista. Aconsejamos preguntar directamente qué nivel de información puede asimilar. Por ejemplo: Si esto se convirtiera por casualidad en algo grave, *¿Pertenece usted al tipo de personas que le gustaría saberlo exactamente? ¿le gustaría que yo le explicara todos los detalles del diagnóstico? ¿es usted del tipo de personas que le gustaría conocer todos los detalles del diagnóstico o preferiría sólo conocer el tratamiento a seguir?* Si el problema fuera grave, *¿cuánto le gustaría saber sobre él?*, o, *¿le gustaría que le explicara todos los detalles sobre su problema o hay alguien más a quien le gustaría que se lo contara?*

De estas preguntas hay algunas que dejan capacidad de elección al paciente. Es decir, preguntas como las de *¿Es usted del tipo de personas...?* reconoce que existen personas así y le hace más fácil reconocer su postura en caso de no querer información. O, por otro lado, en la última pregunta se deja abierta la posibilidad de desplazar el peso de la información a otra persona del entorno. Este tipo de preguntas puede parecer que “devela” información o que incluso puede causar más estrés en los propios pacientes, pero la realidad es que, si se realiza bien, puede clarificar muchas cosas al profesional sin perjudicar al paciente.

En cualquier caso, como ya se ha expresado anteriormente, no es necesario preguntarlo tan abiertamente para conocer si quiere y cuánto quiere saber un paciente. Una sensibilidad adecuada en el profesional puede obtener la misma información. En nuestra cultura, una opción puede ser la de esperar a que el enfermo sea el que solicite más información, muy pendiente de la comunicación no verbal, esperando a que el paciente asimile cada parte de la información que se le haya dado con silencios y escucha activa, y que nos pida más mirando

al profesional en actitud de espera o pidiendo más información con preguntas directamente. Un símil útil podría ser el de darle un trozo de tarta (pequeño para que no se le haga difícil de digerir), y esperar a que lo asimile y nos pida más porciones según su propio ritmo de asimilación. En caso de que el paciente exprese su preferencia por no discutir el tema o lo dé a entender, debemos dejar siempre abierta la puerta, ya que un porcentaje de ellos pueden cambiar de opinión posteriormente. Pero el respeto a la decisión del paciente debe ser obvio.

EPICEE: Conocimiento. Cuarta etapa. Compartir la información.

Si el paciente en la anterior fase ha expresado su deseo de compartir toda la información procederemos a ello. Si el paciente lo negó, pasaremos a discutir el plan terapéutico. El aporte de la información aquí tiene un doble papel: que el paciente conozca su proceso y realizar un diálogo terapéutico. Lo primero es “alinearnos” con el paciente, partiendo del nivel de información que ya tiene. A continuación, se deciden los objetivos de la entrevista: qué aspectos informativos y educacionales van a ser tratados. Es esencial tener una agenda clara, siempre muy abierta a la agenda del propio paciente. A partir de aquí empezaremos a abordar elementos del diagnóstico, tratamiento, pronóstico o apoyo del paciente en función de las necesidades.

En esta fase es importante ser consciente del derecho del paciente a tomar sus propias decisiones, en relación al tratamiento principalmente, y que ello no genere frustración en el profesional si no coincide con su visión de la situación. Como ya se ha dado a entender, esta fase puede ser simultánea a la etapa anterior, siendo la petición del paciente de más información la que nos detalla su capacidad de asimilación y la que nos permite decidir cuánta información debemos darle.

EPICEE: Empatía (Quinta etapa. Responder a los sentimientos del paciente).

Consiste básicamente en identificar y reconocer las reacciones de los pacientes. Unas malas noticias bien comunicadas pueden fracasar si el profesional no desarrolla adecuadamente esta fase. Como elementos importantes hay que destacar aquí el papel de los silencios, la empatía no verbal y la escucha y el respeto al paciente.

Las emociones y las preocupaciones que afloran cuando se reciben malas noticias pueden ser abordadas con un sencillo procedimiento que proponen Maguire y Faulkner (1988):

- **Paso 1:** Identificar la emoción: “¿Qué sentimientos le provocan estas noticias?”
- **Paso 2:** Etiquetar la emoción: “Así que lo que a ti te pasa es...”
- **Paso 3:** Legitimar/comprender/normalizar: “Es normal tener sentimientos de este tipo”
- **Paso 4:** Respeto: “Debe ser duro para usted...”
- **Paso 5:** Indagar más y más: “¿Hay algo más que le preocupe?”
- **Paso 6:** Apoyo: “Veamos qué podemos hacer...”

EPICEE: Evaluación Sexta etapa. Planificación y seguimiento del proceso.

El seguimiento debe ser consensuado por ambos. El profesional debe dejar claro al paciente que siempre estará a su disposición para lo que necesite. Debe estar continuamente atento a los problemas o preocupaciones del enfermo, y movilizar también todas las fuentes de apoyo familiar o social que sean necesarias en cada momento. En este sentido, hay que tener en cuenta que este tipo de enfermos generan verdaderos núcleos de soledad al no compartir sus preocupaciones y miedos con otros familiares o amigos para no hacerlos sufrir. Debe aclararse la continuidad de nuestra atención en estos aspectos comunicacionales tanto como en el proceso físico. La actitud obviamente debe ser positiva, preparándose para lo peor cuando exista esta posibilidad y esperando lo mejor, sin falsas esperanzas y sin aportar información no real. Debe planificarse una determinada estrategia en relación al número de visitas, fases del tratamiento, etc. El paciente debe comprobar que controlamos la situación.

Evaluación de las estrategias utilizadas.

Este apartado es sumamente importante, ya que un análisis de las entrevistas realizadas con ventajas y defectos ayuda al profesional a conocerse mejor y a reafirmar su confianza, y puede aportar instrumentos para mejorar aquellos aspectos necesarios.

Una buena manera de evaluar la estrategia utilizada es valorar nuestras emociones, ideas o acciones tras la entrevista mediante una reflexión personal. Se debe valorar qué hemos sentido, nuestra seguridad y “confortabilidad”, el impacto que hemos producido y las reacciones que se han suscitado, si la información que el paciente ha asimilado era la esperada y si se tienen claros los objetivos del paciente de cara al futuro. En este sentido,

puede ser muy útil comprobar la asimilación con relativa frecuencia durante la entrevista y pedir al paciente un resumen final y su estado emocional tras la entrevista; un sencillo *¿Cómo se encuentra?* Los comentarios a esta pregunta pueden darnos una valoración bastante real de la calidad de la entrevista y del cumplimiento de objetivos. La información aportada por los allegados del estado de ánimo posterior del paciente y de su actitud puede igualmente ayudar a valorar nuestra intervención a la vez que nos aporta información importante de cara al seguimiento del paciente.



SESIÓN # 02 - PACIENTE CON IRCT

Nº de sesión: 02 **Área:** Ventilación emocional.

Técnica: Psicoeducación

Modelo: Cognitivo Conductual.

Objetivo: Explicar sobre la enfermedad y aclarar dudas.

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	<ul style="list-style-type: none"> Rotafolio informativo sobre la enfermedad y el ingreso a UCP y UH. 	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Psicoeducación.		
3	Cierre	3. Retroalimentación.		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Establecimiento del Rapport:** El psicólogo encargado del área de UH y la UCP, visitara a los pacientes en donde se encuentren y los preguntara como se han sentido desde el último encuentro, sin establecer preguntas incómodas al paciente ante las condiciones observables. Lo recomendable es decir cosas como: *¿Hay novedades desde la última vez que nos vimos? ¿han pensado algo sobre lo mencionado en nuestro último encuentro? ¿hay alguna duda con relación al tríptico de la semana anterior?*
- 2. Psicoeducación:** La temática que dará a conocer el psicólogo encargado, a través de la psicoeducación, será sobre la IRCT y los aspectos psicológicos que normalmente se ven afectados durante el proceso de hemodiálisis, con el fin de normalizar ciertas reacciones psicológicas adversas y establecer medidas preventivas en donde estas se pudieran presentar, y luego poder dar apertura a la expresión de las cosas que pasan por la mente del paciente.
- 3. Retroalimentación:** Se buscará motivar a la participación y el interés por seguir participando con el área de psicología, para facilitarle al paciente las etapas incómodas psicológicamente hablando del proceso personal y familiar de la Hemodiálisis.

MATERIALES: Rotafolio informativo sobre la enfermedad y el ingreso a UCP y UH.
Tríptico informativo.

SESIÓN N° 2: Psicoeducación.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Es necesario que el psicólogo encargado, plantee las siguientes realidades sobre las emociones con las que se puede encontrar el paciente, durante el proceso, con relación a la enfermedad de la IRCT dentro de la Unidad de Hemodiálisis o la Unidad de Cuidados paliativos.

Las reacciones emocionales de cualquier persona enfrentada a una enfermedad y, especialmente, a una fase como en la que se encuentra el paciente con IRCT, son:

1. Son esperables, van a ocurrir.
2. Son conductas normales en la mayoría de los casos.
3. Deben valorarse como proceso que facilitan la adaptación.
4. Vienen determinadas por la forma en que los pacientes perciben su situación.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Presta atención
- Realiza preguntas.
- Muestra interés.

Sobre psicoeducación del bloqueo emocional:

- El bloqueo emocional permite graduar su impacto y suele constituir una fase del proceso de adaptación a una situación difícil.
- Puede aparecer conjuntamente con otros mecanismos evitativos, como por ejemplo la disociación (la persona se separa cognitiva y emocionalmente de la experiencia, como si no fuera con ella), el retraimiento (tendencia a un estado introvertido con deseos de no hablar o incapacidad para expresar sus vivencias), la negación (pacientes informados que niegan la realidad) o la conspiración de silencio (puede generar mayor aislamiento, bloqueo en la comunicación y dificultad en el paciente para expresar emociones difíciles).
- Será preciso intervenir con el objetivo de modificar la respuesta únicamente cuando el bloqueo emocional sea desadaptativo.
- Cuando el bloqueo emocional es adaptativo, se acepta y valida la defensa, que se ajusta al ritmo de la persona en su proceso emocional.

- Es necesario ofrecer un espacio seguro y de comunicación empática, basado en una relación de respeto y confianza.

Sobre psicoeducación de la depresión/ tristeza:

Se puede hacer un buen análisis de la presencia de tristeza y ansiedad en primer lugar a través de preguntas abiertas como:

- *¿Se siente triste?*
- *¿Se siente nervioso o inquieto?*
- *¿Está deprimido?*

En el siguiente cuadro se resumen los pasos para evaluar el riesgo de suicidio en pacientes en el final de su vida¹¹.

<p>Examine los motivos por los que el paciente desea que su vida termine ahora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explore el significado de su deseo de morir
<p>Evalúe el control de los síntomas físicos y el dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay un dolor no tratado o tratado inadecuadamente que contribuye a su deseo de morir? • ¿Hay un síntoma no tratado o tratado inadecuadamente que contribuye a su deseo de morir? • ¿Hay miedos acerca del proceso de la muerte que contribuyen a su deseo de morir? • ¿Está sufriendo efectos adversos de fármacos que se pueden aliviar?
<p>Revise los apoyos sociales del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha habido alguna pérdida, conflicto o rechazo reciente? • ¿Hay nuevos miedos de abandono o problemas económicos? • ¿Con quién ha hablado acerca de su plan de suicidio? • ¿Qué opinan esas personas de ese plan?
<p>Evalúe su estado cognitivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay déficit cognitivo? • ¿Hay síntomas o signos neurológicos nuevos? • ¿El paciente comprende su enfermedad, sus consecuencias y las consecuencias del suicidio?

¹¹ Grupo de trabajo de la guía práctica clínica sobre cuidados paliativos, 2008

• ¿El juicio del paciente está distorsionado por la desesperación y por otros síntomas de la depresión?

Evalúe su estado psicológico.

- ¿Padece el paciente terminal ansiedad, depresión, delirium u otro trastorno psiquiátrico no tratado o tratado deficientemente?
- ¿Cómo está afrontando el paciente la pérdida de control, la dependencia, la incertidumbre y el duelo?

Explore sus preocupaciones religiosas, espirituales y existenciales.

- ¿Hay en estas áreas alguna cuestión o preocupación no resuelta o acuciante?

Sobre psicoeducación de la hostilidad / ira:

- Entender la ira como una reacción normal de los pacientes.
- Respetar y facilitar la expresión de la hostilidad adaptativa.
- Contener y canalizar la hostilidad desadaptativa, evitando la autopunición y los daños a terceros.
- Fomentar el aprendizaje del comportamiento asertivo como alternativa.
- Mantener el autocontrol.
- Proporcionar herramientas al personal sanitario y a los familiares para afrontar los episodios de ira, rabia, hostilidad.

Sobre psicoeducación de la culpa:

- Explorar la experiencia de culpa que puede estar generando malestar al paciente o al familiar.
- Confrontar la culpa desadaptativa.
- Acompañar la “resolución-reparación” de la culpa adaptativa, desde criterios de libertad y de responsabilidad.
- Facilitar la reconciliación, tanto interna como relacional, cuando sea oportuno.
- Facilitar los procesos de comunicación familiares-paciente.
- Atender los estados emocionales que acompañan habitualmente esa experiencia.

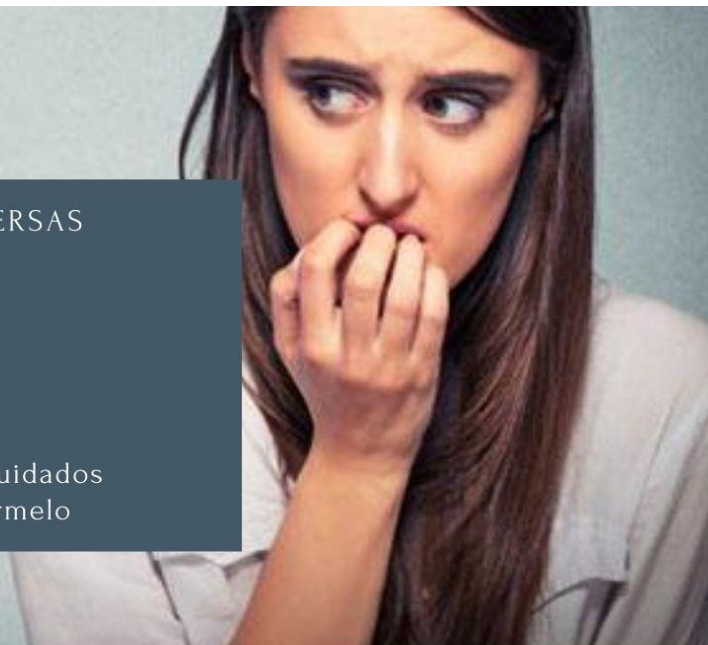
Sobre psicoeducación de la negación:

- Explorar los sentimientos de culpa que presenta el paciente y hacia quién van dirigidos.
- Normalizar los sentimientos de culpa como parte natural del proceso.
- Proporcionar información a familiares y equipos terapéuticos acerca de los sentimientos de culpa y cómo afrontarlos.
- Facilitar el proceso de adaptación a corto, medio y largo plazo.
- Potenciar la adhesión a los cuidados para aliviar los síntomas.
- Mantener la mayor estabilidad emocional posible del paciente, en el caso de negación adaptativa.
- Fomentar el cambio de estrategia de afrontamiento si la negación es desadaptativa, aunque a corto plazo pueda suponer un incremento de malestar.

REACCIONES PSICOLÓGICAS ADVERSAS
EN LA IRCT

LA ANSIEDAD

Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados
Paliativos - Clínica Asistencial El Carmelo



La Ansiedad en la Hemodiálisis

REACCIÓN PSICOLÓGICA ADVERSA.

La ansiedad es una respuesta ante la incertidumbre que surge cuando se ve amenazada la propia sensación de integridad, de coherencia y de continuidad, o la sensación de ser un agente activo. En el caso de pacientes con IRCT, esta sensación habitualmente está referida a la propia enfermedad o a alguno de los elementos que configuran la situación de visualizarse como parte del final de vida. La ansiedad es una respuesta anticipatoria ante estímulos que pueden ser reales o no, estar presentes o no, y entrañar un riesgo real.



Percepción y personal de la ansiedad:

Pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes, acerca de la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento.

Miedo acerca de la muerte y la dependencia de los demás.

Sobregeneralización.

Catastrofismo

Magnificación de los aspectos negativos y minimización de los positivos.

Abstracción selectiva e indefensión.

Pensamiento de culpa.

Desrealización.

Despersonalización.

Miedo a perder el control y volverse loco.



Causas de la Ansiedad en la IRCT

Lo más habitual es que existan múltiples causas de la ansiedad, que tendrán que ver con:

1. Percepción de amenaza de la propia integridad física:

- Cercanía de la muerte.
- Efectos del tratamiento o de la enfermedad (hipoxia, disnea, deformación, dolor, cambios metabólicos, etc.).

2. Pérdida del sentimiento de coherencia y continuidad vital:

- Dificultad para entender, expresar y ventilar emociones.
- Temores y preocupaciones acerca de un futuro incierto o infausto.
- Preocupaciones existenciales y necesidades espirituales: trascendencia, miedo a la muerte, asuntos pendientes.



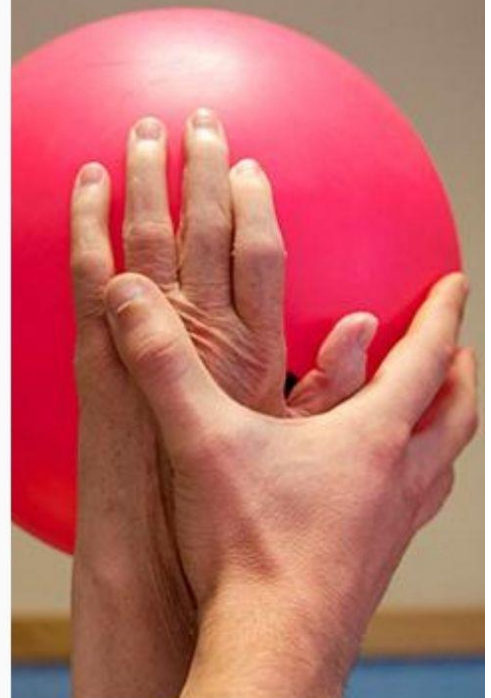
3. Pérdida de capacidad de control:

- Sensación de pérdida de control,
- impotencia y desesperanza.
- Actitud pasiva o victimista ante la enfermedad.
- Pérdida de autonomía, sobreprotección o dependencia.

4 Problemas relacionados con su ambiente:

- Problemas sociales: económicos, familiares, de relación interpersonal o laboral y asuntos pendientes.
- Problemas del entorno: aburrimiento, privación o exceso de estimulación, falta de cuidados o sobreprotección, falta de garantía de soporte.

"Es importante dejarnos apoyar por las personas que nos aman"



REACCIONES PSICOLÓGICAS ADVERSAS
EN LA IRCT

EL MIEDO

*Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos -
Clínica Asistencial El Carmelo*

EL MIEDO EN LA HEMODIÁLISIS.

*Se manifiesta de forma
consciente o inconsciente.*

Expresiones de tristeza —
depresión, ansiedad, enfado,
retraimiento—, soledad e

Insomnio pueden estar
Provocadas por miedos no
reconocidos.



El miedo es una emoción básica. Surge ante algo conocido y que ha sido experimentado como desagradable, o ante algo futuro que tiene bastantes probabilidades de ocurrir y genera una espera negativa. En ocasiones, aparece ante algo que es bastante improbable, ya que la imaginación alimenta el miedo. Es la vivencia subjetiva del estímulo y el significado que le atribuimos lo que desencadena la respuesta de miedo.

Es una respuesta transitoria a un estímulo específico que disminuye una vez la persona ha escapado del peligro. Es adaptativo, tiene la función de protegernos ante las amenazas. Cuando la intensidad es desproporcionada o bloquea las respuestas terapéuticas, resulta desadaptativo.

PUEDA MANIFESTARSE A DISTINTOS NIVELES:

Cognitivo: disminución de la percepción del mundo exterior, bloqueo mental y emocional, pensamientos de abandono, etc.

Conductual: cuerpo encogido, hombros levantados, ojos muy abiertos, dificultad para emitir sonidos, paralización, alteraciones del sueño o de la ingesta, etc.

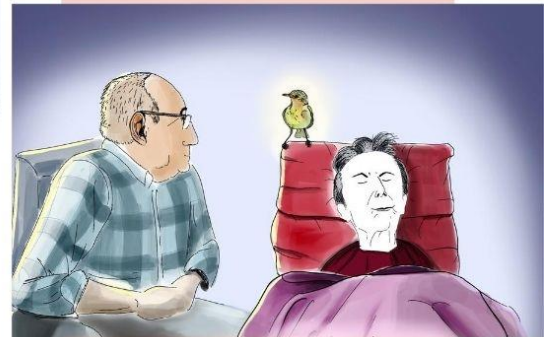
Fisiológico: presión en el pecho, tensión muscular, sudoración, sensación de ahogo, tasa cardiaca elevada, etc.



Sobre los tipos de miedo es normal observar distintas estrategias defensivas frente a la amenaza: retirada, bloqueo, defensa agresiva o desvío, apaciguamiento y sumisión

TIPOS DE MIEDO EN LA IRCT

- Miedos existenciales: a la muerte, a dejar de ser.
- Miedos existenciales: a que se certifique la muerte estando aún viva la persona, a sentir durante la incineración o al entierro.
- Miedo a cómo será la experiencia de la muerte, a nivel físico y a nivel espiritual.
- Miedo a la muerte repentina, a la muerte por la noche o a quedarse solo durante el día.
- Miedos sobre el proceso de morir.
- Miedo al dolor.
- Miedo a la pérdida de control sobre la propia vida.
- Miedo a la pérdida de roles.
- Miedo a la pérdida sobre el control del cuerpo.
- Miedo a la pérdida de las funciones mentales (demencia, alucinaciones), miedo a acabar en un psiquiátrico.
- Ansiedad de separación.
- Miedo al rechazo (distintos olores, cambios importantes del aspecto).
- Miedo a causar mala impresión y dejar un mal recuerdo (distintos olores asociados a los tratamientos y a la propia enfermedad, cambios importantes en la imagen corporal).
- Miedo al contagio (no suelen hablar de ello, rechazan visitas y suelen quedarse solos, riesgo de depresión, rechazan las muestras de afecto o el contacto)



Es importante expresar nuestros miedos ante la enfermedad, mayoritariamente son superados si aprendemos a dejarnos amar.

BLOQUEO EMOCIONAL

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS Y
UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
CLÍNICA ASISTENCIAL EL CARMELO

EL BLOQUEO EMOCIONAL COMO EXPERIENCIA DE ADENTRARSE A LA HEMODIÁLISIS.

La situación de final de vida conlleva vivencias difíciles y amenazantes en las que la persona debe afrontar emociones intensas y, en muchas ocasiones, abrumadoras. La forma en que se responda a dichas emociones influirá en la adaptación al citado proceso vital.

Observamos que en algunas personas en este proceso de la atención recibida durante la aplicación de la hemodiálisis aparece el bloqueo emocional, que consiste en un mecanismo de defensa mediante el cual se produce la represión de los afectos. El bloqueo emocional ayuda a tomar distancia frente a experiencias dolorosas, reservando a la persona. Es, por lo tanto, una respuesta defensiva y protectora que disminuye el impacto emocional de las situaciones estresantes.

Como respuesta a corto plazo, ayuda a manejar la angustia y las emociones dolorosas. Sin embargo, dado que dilata la necesaria elaboración de la experiencia, puede volverse desadaptativo cuando persiste en el tiempo o se cronifica.

BLOQUEO EMOCIONAL DESADAPTATIVO

- Es extremo y persistente en el tiempo.
- Bloquea la comunicación y el soporte social.
- Aparecen síntomas de ansiedad, trastornos del sueño, demandas de atención, síntomas de dolor total, etc. como respuestas psicosomáticas ante las emociones negadas.
- No permite que la persona realice una elaboración emocional, lo que supone asuntos inacabados importantes, tanto a nivel práctico como emocional.



BLOQUEO EMOCIONAL ADAPTATIVO.

- Ayuda a reducir la angustia y el impacto emocional.
- Es un mecanismo que aparece de forma parcial y transitoria.
- Es congruente con un estilo de personalidad previa, con tendencia a la evitación emocional.
- No dificulta la capacidad para pedir ayuda ni compromete la adhesión a los tratamientos y cuidados.

Intervenciones recomendadas si se presentare una necesidad en bloqueo emocional:
(Información para psicólogo/a).

- Descartar la existencia de una base orgánica (lesiones cerebrales en ciertas zonas pueden alterar la emotividad) o la presencia de psicofármacos que favorezcan estados de embotamiento emocional.
- Es preciso respetar la naturaleza protectora de la reacción defensiva siendo especialmente cauteloso en las exploraciones e intervenciones, para que no sean iatrogénicas.
- Explorar y señalar la función que cumple la estrategia evitativa. Para algunas personas, por ejemplo, puede ser una forma de preservar su sensación de capacidad, de reducir la: sensación de amenaza, de proteger a la familia mostrando una actitud positiva y estoica, etc.
- En algunos casos, será preciso también ayudar a la persona a explorar y reconocer el coste que conlleva esta respuesta en su situación particular (cuando se detecte que la persona es capaz de modificar en algún sentido esta respuesta, integrando en la conciencia su reacción y lo que implica).
- Favorecer la expresión de aspectos que hayan producido impacto emocional.
- Promover la expresión, aunque sea inicialmente a nivel cognitivo, y realizar exploraciones emocionales y sensoriales que permitan progresivamente a la persona conectar con su experiencia interna.
- Realizar psicoeducación sobre la existencia de emociones difíciles en los procesos de enfermedad y el estado de choque que surge ante una situación impactante.
- Proporcionar herramientas para reducir la angustia (relajación, visualización, etc.), para que la persona pueda emplearlas a medida que entre en mayor contacto con su realidad emocional.
- Cuando la persona muestra una reacción emocional evitativa, especialmente si se trata de un rasgo previo, puede resultar útil ayudar a la familia y a los profesionales para que entiendan y respeten su afrontamiento, acogiendo también las dificultades relacionales que ello pueda generar.

LA DEPRESIÓN / TRISTEZA

Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos - Clínica
Asistencial El Carmelo



SOBRE LA DEPRESIÓN / TRISTEZA EN PACIENTES CON IRCT.

La respuesta de tristeza está asociada al concepto de pérdida. Se considera como un cuadro de tristeza, anhedonia e inhibición que aparece como respuesta adaptativa a la pérdida. Es un paso necesario de adaptación salvo que sea muy intensa o prolongada. Para abordarla es necesario distinguir claramente de la depresión. A este respecto pueden orientarnos el sentimiento profundo de inutilidad, de desesperanza, de anhedonia, deseo repetido de morir, ideación suicida, etc.

Para el diagnóstico de la depresión según el DSM IV el paciente debe tener disforia y anhedonia por lo menos dos semanas continuas y al menos cuatro de los siguientes síntomas:

- Trastornos de sueño
- Cambios en el apetito
- Retardo psicomotor y/o agitación
- Pérdida de autoestima y/o culpa
- Pobre concentración y/o ideación
- Deseos de morir e ideación suicida.

Los desencadenantes más habituales de la sintomatología tienen que ver con las diferentes pérdidas que lleva asociada la enfermedad terminal: pérdida de la autonomía, pérdida en la capacidad funcional, pérdida de posibilidades relacionales, pérdida de control y pérdidas físicas.

Son factores de riesgo para padecer depresión en pacientes con Insuficiencia Renal:

- Determinados tipos de padecimientos o forma de desarrollo de la enfermedad.
- Antecedente familiar o personal de haber sufrido una depresión.
- Dolor.
- Grado de discapacidad.
- Tratamientos farmacológicos.
- Complicaciones endocrino-metabólicas del sistema nervioso central.
- Pérdida del sentido y bajo nivel de bienestar espiritual.

TRISTEZA ADAPTATIVA:

- Presencia reciente de desencadenantes.
- Duración breve.
- Intensidad moderada
- Buen funcionamiento habitual.
- Puede presentarse como unico sintoma.

TRISTEZA DESADAPTATIVA:

- Ausencia de estímulos precipitadores.
- Larga duración.
- Gran intensidad.
- Afecta en gran medida a la conducta habitual.
- Se produce en agrupación con otros síntomas.

Intervenciones recomendadas si se presentare una necesidad en depresión / tristeza:
(Información para psicólogo/a).

- Se recomienda la evaluación inicial del paciente deprimido en Cuidados Paliativos, comprendiendo la identificación y abordaje de causas potencialmente tratables, la valoración de efectos adversos e interacciones con fármacos y la estimación del posible riesgo de suicidio. Pese a que hay pruebas diagnósticas que hacen un buen cribado, nada reemplaza una buena historia clínica y un examen físico detallado, incluyendo una única y simple pregunta: “¿Se ha sentido recientemente deprimido, con desesperanza o decaído?”
- Permitir el desahogo emocional, para lo que es necesario pasar tiempo con el paciente y permitirle que exprese sus emociones. Son muy importantes las preguntas de tipo abierto y las habilidades de comunicación y estrategias revisadas en el apartado 7.a. del presente trabajo.
- Reforzar cualquier actitud o verbalización positiva que pueda incrementar el nivel de sensaciones positivas en el paciente.
- Facilitar la implicación de la familia en los procesos de cuidado, ya que ayuda a mantener la identidad del paciente.
- Derivar a salud mental ante la aparición de sintomatología depresiva.
- Es importante diferenciar la tristeza de la depresión clínica porque ésta última mejorará con el tratamiento apropiado, mientras que la tristeza, por ser una reacción natural ante una pérdida, requiere otro enfoque como ofrecer al paciente un cuidado amistoso, considerado, tranquilo, una buena escucha, sin juzgarle, con respeto a su personalidad e individualidad.
- Es recomendable citarle con más frecuencia y favorecer un diálogo sobre sus miedos, el sufrimiento futuro, expectativa de vida y lo que le preocupa, sin impedirle que lllore o se irrite, aunque sí es conveniente contribuir a que ponga límites a su desesperación.
- Existen dos elementos esenciales para afrontarlo: 1) Ayudar a buscar el significado personal de la enfermedad y 2) Potenciar las destrezas de afrontamiento que tenga, esto es, lo que piensa y hace para reducir el problema surgido.

La hostilidad / Ira



LA HOSTILIDAD O IRA, COMO REACCIÓN POR LA IRCT.

Una de las reacciones más normales ante la comunicación de un diagnóstico de terminalidad la constituye la respuesta de hostilidad, ira, rabia o depresión. El impacto de la noticia puede desencadenar respuestas agresivas que pueden ir dirigidas contra el equipo sanitario, contra el entorno o contra uno mismo. Pese a que está considerada una reacción normal, debemos saber cómo enfrentarla, y lo que es más importante aún, ser capaces de dar pautas al equipo terapéutico y a los familiares para manejarla.

La ira se puede contemplar como:

- Un estado emocional que produce activación física y que posee unos correlatos fisiológicos característicos.
- Una sensación que afecta a la manera de percibir las situaciones y el mundo que nos rodea.
- Una forma de comunicación que nos proporciona información sobre otras personas y es capaz de producir efectos y resultados específicos.

El curso normal de la expresión de ira, rabia u hostilidad lo ante un estímulo que daña nuestra integridad (en este caso la mala noticia lo es, sin duda), la persona pasa de un estado de base a una fase de disparo o de salida. Esta reacción llega a un tope que se va enfriando posteriormente (denominada fase de enlentecimiento) considerado como el momento clave de la intervención. Con posterioridad, si se trabaja adecuadamente llega una fase de afrontamiento, que ayuda a que se extinga la reacción hostil (enfriamiento); llegad a esta situación se puede analizar la situación de un modo racional buscando soluciones alternativas (fase de solución de problemas).

Uno de los errores más frecuentes en el manejo de la ira es el de argumentar o discutir en la fase de enlentecimiento, ya que esto provoca un nuevo disparo de la reacción de hostilidad, que incluso podrá tener un efecto rebote e incrementar su intensidad original. Es preferible no argumentar en ese momento, esperando para hacer críticas a una fase tras el enfriamiento.

Intervenciones recomendadas si se presentare una necesidad en hostilidad / ira:
(Información para psicólogo/a).

Las recomendaciones a tener en cuenta ante una reacción de hostilidad son:

- No tratar inicialmente de calmar al enfermo.
- Reconocer su irritación y hacerle ver que entendemos su malestar.
- Esperar a que exprese su enfado, si es posible buscar un espacio apropiado.
- Hablar con tomo calmado y volumen bajo, nunca elevar la voz más que el paciente para hacerse oír.
- No argumentar sobre lo que debería o no debería hacer el enfermo.
- No avergonzarlo por su mal comportamiento cuando lo perciba.
- No “tragarnos” nuestras emociones. Expresar nuestros sentimientos pidiendo que en situaciones sucesivas se conduzca de otra manera.
- Si percibimos que no podemos afrontar la situación, pedir ayuda.
- Es muy importante no interrumpir diciendo cosas tales como “*Cálmese*”, “*sea razonable*”, “*deje de dar voces o no nos entenderemos*” o “*es que Vd. no me escucha. atienda, por favor*”; evitar elevar el volumen de voz para hacerse oír; darse tiempo para recordar los objetivos, mientras se intenta respirar con tranquilidad. La fase de disparo no es eterna. Si no aparecen nuevos estímulos provocadores, entrará en un proceso de extinción y acabará lentamente por ceder. Durante la fase de enlentecimiento es conveniente seguir escuchando, sin replicar.

LA CULPA

Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos -
Clínica Asistencial El Carmelo

FACTORES QUE DESENCADENA LA CULPA:

- La identificación con la imagen negativa que los demás nos han dado de nosotros mismos.
- No haber seguido las pautas medicamentosas o de cuidados prescritas por los profesionales.
- Vivir la situación de dependencia como una carga para los demás.
- No experimentar la tristeza o la emoción que supuestamente se debería sentir ante esa situación.
- El incumplimiento de los mandatos subliminales de género.
- La identificación con las personas que se sienten culpables.
- Vivir un sentimiento desagradable (rabia, por ejemplo), frente a alguien a quien amas.
- Cuando el personal o la familia responden a las demandas de ayuda con ira o con malestar.
- La necesidad de hacer un balance biográfico de la trayectoria vital, propiciado por la percepción de deterioro y límite, la inactividad y el tiempo disponible para poder hacerlo.
- Determinadas asignaturas pendientes con respecto a terceros con los que se vive la ambivalencia de tener un vínculo afectivo, pero con difícil relación.



La culpa es uno de los fenómenos más dañinos desde el punto de vista psicológico de los pacientes terminales, se sitúan como una de las causas predisponentes para tener algún trastorno psiquiátrico, reconociéndose también como un posible indicador de depresión en Cuidados Paliativos. Señales físicas (presión en el pecho, dolor de estómago, de cabeza, de espalda), señales emocionales (nerviosismo, desasosiego, agresividad, irascibilidad) y señales mentales (pensamientos de autoacusaciones y autorreproches) nos alertan de que la culpa está siendo mal administrada.

Los sentimientos de culpa tienen que ver con las trasgresiones del orden moral. Si se produce un desencuentro entre nuestro ideal de cómo ha de ser nuestro comportamiento y la realidad vivida, causará dolorosos conflictos personales que desembocarán en la generación de alguna de las tres maneras de reaccionar ante los acontecimientos:

- **Reacciones intrapunitivas:** nos sentimos culpables exclusivos de todo lo ocurrido.
- **Reacciones extrapunitivas:** culpabilizamos de todo, inclusive de nuestros males, a los demás, como forma de quitarnos responsabilidad ante lo sucedido.
- **Reacciones impunitivas:** pensamos que nadie tiene la culpa de nada, que son las circunstancias sin más.

Intervenciones recomendadas si se presentare una necesidad en la culpa: (Información para psicólogo/a).

- Facilitar el manejo de los estados emocionales asociados.
- Cuestionar acerca de qué normas están juzgando la conducta. *¿Son normas propias o ajenas? ¿Está uno sintiéndose culpable por normas que uno de hecho no acepta?.*
- Hacer conscientes los verdaderos motivos o causas del sentimiento de culpa, analizando el contexto personal, los sentimientos y las necesidades que condujeron a una determinada conducta o proceder.
- Tomar conciencia de la importancia de eliminar la autocrítica negativa no justificada, desde sus diversas formas de aparición. Utilizar la reestructuración cognitiva, sustituyendo los pensamientos negativos, exagerados e irracionales por otros más racionales y ajustados a la realidad. Limitarse a los hechos y reconocer el problema que se quiera corregir.
- Explorar conjuntamente los posibles beneficios secundarios de experimentar la culpa: generar pasividad, justificar, ocultar resentimientos, etc.
- Valorar si el sentimiento de culpa ha sustituido a la rabia, la impotencia, el sufrimiento o la tristeza, porque es más tolerable culturalmente para la persona. Por ejemplo, hay cuidadores que toleran mejor la culpa que la rabia.
- Detectar los mandatos de género subliminales sobre lo que significa ser un buen cuidador.
- No huir de la propia responsabilidad cuando ésta exista. Pensar qué acciones podría realizar para reparar la culpa o para minimizar el daño causado, canalizando adecuadamente la energía hacia acciones reparadoras, tanto directas como indirectas, de forma real como simbólica, si fueran necesarias.
- A veces es útil la técnica del psicodrama o de la silla vacía, con o sin visualización, para pedir o experimentar el perdón.
- Plantear el derecho a disfrutar, al placer, aunque en la vida existan ahora situaciones difíciles o especialmente dolorosas. Existen más alternativas que la frustración o la culpa.
- Para los católicos puede ser útil la propuesta del sacramento de la reconciliación (conocido como confesión), ante la experiencia de culpa.

- En definitiva, invitar a la autoobservación (una especie de examen realista de la presencia de ciertos comportamientos, con qué frecuencia y condiciones, etc.), posteriormente a la autoevaluación (comparando lo que ha sido con lo que hubiera debido ser, echando mano de los valores e intereses, clarificando aquí lo que es emocional y subjetivo, de lo que es más racional y objetivo...), para finalmente, acabar con el autorrefuerzo, buscando la reparación del daño hacia fuera, cambiando el rumbo cuando sea necesario, valorando a fondo las dimensiones positivas, según la evaluación anterior.

LA NEGACIÓN

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS Y UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS
CLÍNICA ASISTENCIAL EL CARMELO



La negación como parte del proceso del paciente con IRCT.

La negación es un mecanismo de defensa, implícito o explícito, que se fundamenta en que tener menos conciencia de los problemas de la realidad, en este caso de la enfermedad y de su pronóstico, puede evitar parte del sufrimiento inducido por este problema. Esta negación puede tener también un efecto beneficioso al amortiguar y ralentizar el impacto de las malas noticias.

Es posible definir varios grados de negación.

- Rechazo de la evidencia de enfermedad y del diagnóstico, que lleva a evitar pensar en ello y en una respuesta emocional mínima o nula.
- Rechazo del tratamiento, que se traduce también en retrasos e incumplimientos y en la tendencia a minimizar los síntomas o sus repercusiones.
- Negación del pronóstico y del impacto de la enfermedad, que se expresa, por ejemplo, en un optimismo exagerado o en plantear unas expectativas que no son realistas.

En ocasiones la negación se puede manifestar como un exceso de autonomía del paciente en sus decisiones, en la reticencia a aumentar las dosis de analgésicos cuando el dolor crece o en plantear preguntas que presuponen una respuesta optimista.

La negación está descrita como una de las repuestas naturales ante una información de gran impacto. La negación es uno de las principales barreras para una comunicación eficaz en los Cuidados Paliativos entre el equipo terapéutico, los enfermos y los familiares, ya que impide abordar el proceso de la enfermedad, expresar emociones, arreglar asuntos pendientes, sanar relaciones y tomar decisiones sobre la propia vida o el propio proceso del morir

"ES IMPORTANTE SOLTAR Y PERDONARSE A UNO MISMO PARA PODER APRENDER A VIVIR EN LIBERTAD INTERIO."



Intervenciones recomendadas si se presentare una necesidad en negación: (Información para psicólogo/a)

1. Discriminar si su comportamiento es reactivo o propio de su personalidad, con el fin de adecuar la intervención.
2. Descartar organicidad.
3. Poner de manifiesto las dificultades en la comunicación clara y abierta: (*“Me gustaría hablar con Ud. Para valorar si podemos ofrecerle ayuda para que se sienta mejor. Sé que no es fácil para ninguno de los dos; sin embargo, me gustaría intentarlo...”*)
4. Si se trata de una persona reservada y solitaria, comenzar por empatizar y entender su forma de afrontar situaciones percibidas como amenazantes. Necesitará tiempo para vincularse con el profesional desde una relación de confianza.
5. Si se trata de un cuadro orgánico, realizar un diagnóstico y tratamiento específico seguramente interdisciplinar:
 - Estado confusional.
 - Efectos secundarios derivados de la toxicidad de la medicación.
 - Daño cerebral: tumores, accidentes cerebro-vasculares, demencia, etc.
 - Alteraciones metabólicas: hipercalcemia, hipertiroidismo, etc.
6. Si se trata de un nuevo comportamiento, no quedarse en la conducta aparente e intentar identificar las dificultades subyacentes: miedos, preocupaciones o problemas. Para ello es importante saber si el paciente está dispuesto a compartir y confrontar sus dificultades. Si mantiene su actitud cerrada: respetar; probablemente, necesita más tiempo. En este punto se podría sugerir al paciente la importancia de la comunicación como vehículo de ayuda, aunque él piense que las cosas no van a cambiar. Con quién hablar es una opción personal.
7. Serían aplicables en este punto las recomendaciones sobre el afrontamiento de los miedos en la terminalita, ya que pueden ser los causantes de la conducta de retraimiento.
8. Si la conducta de retraimiento persiste una vez realizado el abordaje previamente mencionado, derivar a un especialista. Probablemente esté asociado a causas psicopatológicas

Al final de cada tema de la psicoeducación, es importante cerrar con algo que resulte positivo para el paciente, y que a su vez le permita generar confianza en sí mismo.

Declaración de derechos de los pacientes terminales¹²:

- Tengo derecho a ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de mi muerte
- Tengo derecho a mantener una sensación de optimismo, por cambiantes que sean mis circunstancias.
- Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de mantener una sensación de optimismo, por mucho que varíe mi situación.
- Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi forma de enfocar la muerte
- Tengo derecho a participar en las decisiones que incumben a mis cuidados
- Tengo derecho a esperar una atención médica y de enfermería continuada, aun cuando los objetivos de “curación” deban transformarse en objetivos de “bienestar”.
- Tengo derecho a no morir solo.
- Tengo derecho a no experimentar dolor.
- Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.
- Tengo derecho a no ser engañado.
- Tengo derecho a disponer de ayuda de y para mi familia a la hora de aceptar mi muerte
- Tengo derecho a morir en paz y dignidad,
- Tengo derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por decisiones más que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.
- Tengo derecho a discutir y acrecentar mis experiencias religiosas y/o espirituales, cualquiera que sea la opinión de los demás.
- Tengo derecho a esperar que la inviolabilidad del cuerpo humano sea respetada tras mi muerte.
- Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y entendidas que intenten comprender mis necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.

¹² Declaración de los derechos de los pacientes terminales. Michigan Inservice Education Council. Reproducido de Astudillo et al., 2005



SESIÓN # 03 - PACIENTE CON IRCT

Nº de sesión: 03 **Área:** *Evaluación de necesidades psicológicas.*

Técnica: *Evaluación EE-D*

Modelo: ---

Objetivo: *Identificar reacciones psicológicas adversas.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	Herramienta para la detección del estado emocional de pacientes en diálisis.(EE-D).	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Técnica a aplicar.		
3	Cierre	3. Retroalimentación.		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Establecimiento del Rapport:** El psicólogo encargado saludara cordialmente y tomando en cuenta las condiciones en las que se encuentre la persona, le explicara el objetivo de su visita. Lo ideal es siempre hacer preguntas que aperturen que el paciente pueda expresar lo que le ha pasado por la mente durante la semana.
- 2. Técnica a aplicar:** El psicólogo encargado, le aplicará una evaluación de Herramienta para la detección del estado emocional de pacientes en diálisis (EE-D). Con el fin de determinar las reacciones psicológicas adversas con las que se ha encontrado el/la paciente y que se pueda permitir resolver en la medida de lo posible para facilitar el proceso que compendiosamente acarrea dicha situación, física, emocional y mentalmente. Se le pedirá al paciente que piense en cada respuesta que dará, siendo esta en un tiempo corto, que no permita que el paciente se incomode o agote.
- 3. Retroalimentación:** Se le explicará al paciente todo lo descubierto de forma general, durante la evaluación de manera que se permita poder observarse a sí mismo desde la expresión de la necesidad presente, retomando que, aunque producen incomodidad, estas le permiten conocerse mejor y aprender a amarse desde esta nueva situación.

MATERIALES: Herramienta para la detección del estado emocional de pacientes en diálisis (EE-D).

SESIÓN N° 3: Evaluación EE-D

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Sobre la aplicación de la evaluación:

La aplicación de dicha prueba puede ser aplicada, por medio de un dialogo y no necesariamente a través de preguntas directas, ya que es corta y permite la apertura de una conversación de preguntas abiertas que permitan que el paciente pueda brindar más detalles acerca de lo que pudiera estar experimentando en el presente.

Para el análisis de las respuestas que pueda dar el paciente, relacionadas con la evaluación, se puede considerar:

- Las alteraciones psicológicas y emocionales influyen en el estado bio-psico-social del paciente en hemodiálisis. Un mejor conocimiento de estos aspectos nos ayuda a la comprensión y al manejo de las situaciones difíciles en su día a día.
- Las enfermedades crónicas de tipo renal, no solo alteran al paciente por el proceso de adaptación que ello implica, si no que pueden producir además dificultades económicas, afectaciones en la autoestima y en las relaciones con los miembros de la familia y amigos.
- Si a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la insuficiencia renal crónica y al tratamiento de hemodiálisis le añadimos un ritual casi diario y repetitivo durante meses e incluso años de su vida, dependiendo de una máquina, personal sanitario, molestias físicas, dificultades laborales y sociales, mala comprensión de la enfermedad por el entorno, limitaciones alimenticias, etc. desencadenarán en los pacientes alteraciones patológicas tales como depresión, ansiedad o estrés.
- Para hacer un abordaje psicológico necesitamos tener en cuenta diferentes aspectos tales como la educación, familia, sexo, edad, profesión, vivienda, alimentación y tratamiento, aportando una mejor y más completa visión del enfermo renal crónico.
- El tipo de emoción y su intensidad, es el resultado de la interpretación que cada persona hace de la situación y de los recursos con los que cuenta para enfrentarse a la misma, o de las posibilidades que cree de tener éxito o fracaso, esto siempre va a variar de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice sobre el impacto de la enfermedad renal y la hemodiálisis (HD), sobre sus condiciones de vida.

- La ansiedad suele ser la respuesta emocional normal en las primeras etapas de adaptación a la HD. Además de estar relacionada con el tratamiento, también lo está con la incertidumbre respecto al futuro. La depresión también ha sido identificada como uno de los problemas clave del enfermo terminal. El miedo o preocupación es la emoción habitual más asociada.
- En cuanto a las alteraciones conductuales, cabe destacar los comportamientos de autocuidado y hábitos adecuados, además de los relacionados con el estilo de vida, actividad y ejercicio físico.
- La importancia del apoyo familiar y social está relacionada con el cuidado y la adhesión al tratamiento que muestra un paciente, si logramos que mantengan una vida activa ayudaremos a relativizar la enfermedad.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Presencia de reacciones psicológicas adversas.



Herramienta para la Detección del Estado Emocional de Pacientes en Diálisis (EE-D)

1. Marque con una "x" el número que mejor describa cómo se ha sentido durante la semana pasada (entre 0 = "nada triste" y 10 = "extremadamente triste"; 0 = "nada nervioso" y 10 = "extremadamente nervioso").

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada triste					Extremadamente triste					

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada nervioso					Extremadamente nervioso					

2. (Completar por el profesional) Queremos valorar sus preocupaciones actuales para ver si podemos ofrecerle alguna ayuda.

ÁREA	¿HAY ALGO QUE LE PREOCUPE?		¿QUÉ LE PREOCUPA?
	Sí	No	
Familiar			
Laboral			
Emocional y/o Psicológico			
Espiritual y/o Religioso			
La Enfermedad y/o Tratamientos			
La relación con profesionales sanitarios			
Otro			

3. Desde que está en diálisis ¿Qué cree que es lo que le ayuda o que le ayudaría a sentirse mejor?

4. Desde que está en diálisis ¿Qué cosas le hacen ilusión o le "ponen contento"?

5. (Completar por el profesional tratando de detectar síntomas o situaciones que puedan ser especialmente preocupantes) Señale si se observa alguno de los siguientes signos externos de malestar.

- Expresión facial que transmite malestar (Tristeza, miedo, hostilidad...) SÍ NO
- Aislamiento desadaptativo SÍ NO
(Mutismo, incomunicación, sensación de aburrimiento, duerme toda la sesión, no preguntas dudas)
- Demanda constante de compañía y atención de la enfermería SÍ NO
(Quejas reiteradas, pide glucemias, llama a la enfermera por síntomas no controlados intradiálisis, llama al teléfono de atención continuada en diálisis con mucha frecuencia...)
- Alteraciones del comportamiento en la sala de diálisis / Unidad de diálisis peritoneal (DP) SÍ NO
(Llega impuntual a las sesiones/revisiones, quejas sobre el orden de entrada a la sala, gritos, amenazas, insultos, comportamiento hostil en la Unidad de DP...)
- Otros SÍ NO ¿Cuál? _____

Observaciones:



SESIÓN # 04 - PACIENTE CON IRCT

N° de sesión: 04

Área: Ventilación emocional.

Técnica: Ventilación Emocional.

Modelo: Cognitivo Conductual

Objetivo: Proporcionar las condiciones para el desahogo emocional.

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	<ul style="list-style-type: none"> • Música relajante de fondo. • Grabadora. • Clínex. • Registro de tarea. 	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Técnica a aplicar.		
3	Cierre	3. Retroalimentación		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

1. **Establecimiento del Rapport:** El psicólogo encargado del área, se permitirá retomar observaciones relacionadas al último encuentro para valorar los resultados obtenidos y ver como se han sentido con los cambios propuestos, explicando brevemente de que se trata su visita actual y aperturando preguntas que le permitan al paciente expresarse.
2. **Técnica a aplicar:** la actividad que se llevará a cabo, será la ventilación emocional, mediante la técnica de “acceso a la emoción” de Greenberg. De manera que se colocara un audio relajante en volumen suave, que permita al paciente ambientarse a la presencia del terapeuta y en el que se pueda entablar una conversación directa entre ambos. El objetivo central es que el paciente pueda ser consciente de lo que está pasando y la forma en la que está experimentando sus emociones a través de la enfermedad. Se realizarán preguntas, y el espacio para que puedan expresar sus respuestas, de manera que puedan concretizar puntos de acción que le permitan poder liberarse y desahogar sentimientos encontrados que pudiesen estar vinculados con la enfermedad.
3. **Retroalimentación:** Siempre el terapeuta, debe agradecer la apertura del paciente por su participación activa, durante la actividad, con todo respeto, se puede permitir despedirse

con cordialidad en un abrazo afectuoso o estrechar la mano, siempre que el paciente lo permita. Haciéndole recordar al paciente la importancia de expresar sus emociones, e incentivándolo a realizar durante la semana, con ayuda de algún familiar, la tarea asignada.

MATERIALES: Música relajante de fondo, grabadora, clínex, registro de tarea.

SESIÓN N° 4: Ventilación Emocional.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO

Algunos pacientes que se encuentran haciendo terapia, tienen la concepción errónea de que esta terapia es anti emocional. Piensan que el objetivo es sentir y comportarse de un modo completamente racional ante la enfermedad. El psicólogo puede explicar que el rol de la racionalidad es solo el de ayudar a que el paciente maneje las emociones más productivamente. El objetivo no es eliminar lo que siente. Más aun, el psicólogo puede enfatizar: *“son como el hambre y el dolor que nos enseñan lo que necesitamos. Las emociones contienen pensamientos y concentrarse en la emoción es como abrir un fichero con información importantísima. Otros pacientes pueden temer que el tener acceso a sus emociones puede llevarlos a un flujo de sentimientos negativos que los invadirá”*.

Estas creencias acerca del acceso a las emociones pueden ser importante cuando discutamos los esquemas emocionales, es decir, como los individuos conceptualizan sus emociones y responden a sus emociones, una vez que acceden a ellas.

VENTILACIÓN EMOCIONAL

MÚSICA DE FONDO:

Reiki Armonía: Música Relajante - Music Streaming - Listen on Deezer



ENTREVISTA PREVIA:

1. *¿Qué cosas hiciste para sobrellevar la enfermedad en los primeros momentos? ¿Qué ha sido lo más difícil de superar en todo este proceso?*
2. *Noto que cuando hablas de los que estuvieron a tu lado, la cara se te relaja y tu mirada parece más serena. Centrándonos en eso que sientes ahora, ¿sería... (orgullo, sentirme querido, etc.)?*

3. *Parece que estar irritable te sirve para que los demás sepan que no estas disponible. Ellos no se te acercan y así no tienes que dar demasiadas explicaciones de todo lo que has vivido, y que ni tu acabas de entender. ¿crees que vas a necesitar mantenerles a distancia mucho tiempo?*

DESARROLLO:

Noto que cuando usted habla de [identificar el área problemática], parece sentir algo muy profundamente. Ciertos temas parecen despertarle emociones. Quedémonos en este tema.

Trate de concentrarse en una situación que representa o simbolice a esta cuestión. Cierre sus ojos y trate de sentir la emoción que surge con este recuerdo o imagen.

Mientras se concentre en esta emoción, trate de notar cualquier sensación en su cuerpo. Note su respiración. Note sus sensaciones físicas.

- *¿Registra algún sentimiento? ¿algún pensamiento? ¿imagen? ¿esta emoción le hace sentir ganas de decir algo, pedir algo o hacer algo?*
- *¿Usted nota que de alguna manera está interfiriendo o interrumpiendo la experiencia de esta emoción?*
- *¿Encuentra que se desconecta, que trata de evitar tener esa emoción o se dice a usted mismo que no puede manejarla?*

Focalícese en sus sensaciones internas y descríbalas.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Expresión de emociones.
- Exploración conjunta de los elementos negativos y positivos de la respuesta ante los hechos.
- Desinhibición.
- Conciencia, expresión y procesamiento de emociones.
- Resignificación emocional



SESIÓN # 05 - PACIENTE CON IRCT

Nº de sesión: 05 **Área:** Ventilación emocional.
Técnica: Contención Emocional
Modelo: Psicología Humanista
Objetivo: Proporcionar calma al paciente mediante relajación.

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	<ul style="list-style-type: none"> Reproductor de audio. Audio relajante. 	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Técnica a aplicar.		
3	Cierre	3. Retroalimentación		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Establecimiento del Rapport:** El psicólogo encargado procurara establecer un ambiente de tranquilidad con el paciente, de forma que aperturen un espacio de confianza e interés, donde el centro y el valor de la actividad sea el paciente, se pueden hacer preguntas como: *¿Cómo se ha sentido durante la semana? ¿Hubo alguna novedad en estos días relacionado con lo emocional?*
- 2. Técnica a aplicar:** Se llevará a cabo la contención emocional, pero antes se hablará de forma general, sobre la importancia de poder expresar lo que sentimos y hacer una valoración de esas cosas que se van experimentando durante el proceso, de manera que se pueda ir aperturando el deseo de expresarse, reconociendo primero la carga que se pudiera estar trayendo en ese momento, aplicando el cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME), para que el psicólogo pueda orientar el ejercicio en la dirección de lo que pasa en ese momento para el paciente, ya que es importante para la contención emocional, reconocer en sí mismo el malestar que se pudiera estar pasando debido al procedimiento en hemodiálisis.
- 3. Retroalimentación:** Se retomará todo lo dicho de principio a fin, de manera sintetizada por parte del psicólogo, de manera que el paciente, comprenda y sienta que realmente ha sido escuchado, tomando en cuenta las conclusiones a las que se hayan podido llegar y el compromiso personal en las circunstancias que se viven durante el proceso de la hemodiálisis.

MATERIALES: Reproductor de audio y audio relajante.

SESIÓN N° 5: Contención Emocional

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO.

Cuando el tiempo se acorta puede asociarse a una situación agradable, a actividades gratificantes —tener buena compañía, estar distraído leyendo o mirando la televisión— o a la ausencia de síntomas desagradables, entre otros aspectos. Cuando el tiempo se percibe alargado puede estar asociado a una situación desagradable, al aburrimiento, a la espera de una noticia o a la visita de una persona estimada, o al estado de ánimo negativo.

Antes de llevar a cabo la relajación para la contención emocional, es importante que el paciente sea consciente de que posee una dificultad emocional, que le trae dificultades para poder expresar sus emociones, como herramienta para que el psicólogo se ayude y tener las bases emocionales del paciente en la aplicación de la técnica de relajación.

PERCEPCIÓN DEL PASO DEL TIEMPO:

Se trata de analizar la diferencia existente entre las estimaciones subjetivas de la duración temporal realizadas por el paciente y el tiempo cronométrico realmente transcurrido. Cuando el paciente percibe que el tiempo pasa muy lentamente, o se dilata, constituye un indicador de malestar, y, al contrario, cuando el tiempo transcurre rápidamente, o se acorta, sería un indicador de bienestar.

Preguntas:

- *¿Cómo se le hizo el día de ayer (largo, corto, regular)?*
- *¿Porqué?*

cuando el tiempo se acorta puede asociarse a una situación agradable, a actividades gratificantes —tener buena compañía, estar distraído leyendo o mirando la televisión— o a la ausencia de síntomas desagradables, entre otros aspectos. Cuando el tiempo se percibe alargado puede estar asociado a una situación desagradable, al aburrimiento, a la espera de una noticia o a la visita de una persona estimada, o al estado de ánimo negativo.



DETECCIÓN DE MALESTAR EMOCIONAL (DME):

Se le realizarán preguntas al paciente de forma que, durante las respuestas, pueda aplicarse la evaluación y hacer las valoraciones de los resultados en conjunto con el paciente.

CALIFICACIÓN DEL DME: EL DME incluye una puntuación total (0 a 20) formada por la suma de las puntuaciones de las respuestas a las preguntas referentes a la valoración del estado de ánimo y a la de cómo lleva el enfermo la situación. Las preguntas sobre preocupaciones o signos externos de malestar emocional permiten a los profesionales sanitarios llevar a cabo una atención más específica. Los autores indican que una puntuación ≥ 9 puntos sería tributaria de malestar emocional moderado. Una puntuación ≥ 9 puntos sería tributaria de malestar emocional moderado, y una puntuación superior a 13, severo. Este cuestionario presenta una sensibilidad y una especificidad superiores al 75 %, y una consistencia interna medida a través del alfa de Cronbach de 0,69.

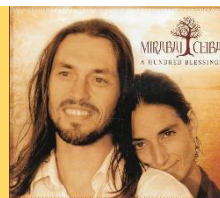
Preguntas luego de la aplicación de la Evaluación:

- ¿Qué es lo que mas le preocupa en estos momentos?
- ¿Qué es lo que más te ayuda en estos momentos?

DESARROLLO DE LA CONTENCIÓN EMOCIONAL.

MÚSICA DE FONDO:

Mirabai Ceiba - A Hundred Blessings (2010, Digipak, CD) | Discogs



Ejercicio de respiración diafragmática.

Es necesario que tomes una posición de “chofer”, esta consiste en colocar las piernas relajadas y semiabiertas, las manos colocadas entre las piernas, relajación de hombros y colocarse en una postura recta durante el ejercicio.

Desarrollo del ejercicio:

La respiración se llevará a cabo bajo un orden de tiempos.

4 segundos – Inhalar (Inspirar).

6 segundos – se mantiene la respiración.

6 segundos – Exhalar.

Se repite 5 veces.

A continuación, colocados siempre en la posición relajante, coloca su mano derecha sobre el pecho y la mano Izquierda sobre el abdomen.

La respiración se llevará a cabo bajo un orden de tiempos.

4 segundos – Inhalar (Inspirar).

6 segundos – se mantiene la respiración.

6 segundos – Exhalar.

Se repite 5 veces.

A continuación, manteniendo la posición, cambiamos el tiempo de las repeticiones, contando de atrás hacia adelante del 10 al 1, al tiempo de la persona que realiza el ejercicio.

La visualización:

Instrucciones:

- Cierre sus ojos y recuerde una situación de paz y relajación.
- Revivía cada momento, cada sensación, cada detalle.
- Respire ampliamente, disfrute ese momento.
- Imagine como paso a paso se va retirando de esos lugar y regresa al momento presente.
- Abra lentamente sus ojos, respire y tome en cuenta que ese lugar es un refugio al que puede acudir con su imaginación, con su recuerdo, en cualquier momento.

PREGUNTAS DE CIERRE:

1. A pesar de no tener ilusión por nada, cada día llama a sus hijas, amigos, hablas con tus nietos o demás parientes, y juegas al domino, o te mantienes entretenido/a. esa perseverancia *¿Podría sernos de ayuda en el resto del problema que tienes?*
2. En toda esta semana horrorosa, *¿Ha habido algún día en que se haya sorprendido haciendo algo que le haya sido imposible el resto de días? ¿Qué cree que era distinto en esa ocasión?*

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Toma de conciencia.
- Disminución de afectación emocional inmediata.

SESIÓN # 06 - PACIENTE CON IRCT

N° de sesión: 06 **Área:** Ventilación emocional.
Técnica: Normalizar y validar emociones.
Modelo: Modelo Cognitivo.
Objetivo: Naturalizar opiniones y sentimientos del paciente y hacerle sentir seguro/a

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	• Ninguno.	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Aplicación de la Técnica.		
3	Cierre	3. Retroalimentación		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Establecimiento del Rapport:** el psicólogo encargado, se presentará de nuevo, la idea central de la actividad de la semana anterior permitirá que la apertura durante esta actividad permita ser en sí misma más eficaz, las preguntas que se realizaran en esta parte serán: *¿Qué tal se encuentra luego de lo visto en la semana anterior? ¿Cómo se ha sentido durante esta semana? ¿Le parece que hubo algo en que pensar, o algo en lo que le gustaría profundizar este día?*
- 2. Aplicación de la técnica:** Luego de que el paciente responda en sí o no, las preguntas anteriores, el psicólogo en caso de que la respuesta sea no, estructurar preguntas vinculadas con el naturalizar opiniones y sentimientos para normalizar y validar los sentimientos que se pudieran estar experimentando durante el proceso de hemodiálisis o a nivel personal familiar.
- 3. Retroalimentación:** Se sintetizará todos los puntos tratados durante la sesión, garantizando al paciente la escucha activa del terapeuta, y la comprensión de este en relación a los sentimientos expresados por el paciente.

MATERIALES: Ninguno.

SESIÓN N° 6: Normalizar y validar emociones.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Es importante que el paciente, con sus emociones y preocupaciones, adquiera todo el protagonismo:

- Si el paciente se queda callado o llora, se le acompañara desde el silencio, la cercanía física y el contacto.
- Si el paciente responde con ira o incluso agresividad, el profesional también le acogerá de forma empática, sin hacer una atribución personalizada de esa rabia: *el paciente deseaba una cosa y la realidad es otra. Seguramente lo que tiene es mucho miedo al futuro y esto le lleva a estar enfadado con el mundo, también con los profesionales.*
- Si el paciente está invadido de confusión, quizá sea bueno concretar otro encuentro para no caer en la tentación de decidid por él o presionarle en la toma de decisiones.
- En todo caso, hay que enfatizar las cosas que puede hacer para mantener el control de la situación y que sus deseos sean tenidos muy en cuenta.

DESARROLLO DE IDENTIFICACIÓN DE PREOCUPACIONES

La mejor manera de identificar las inquietudes del enfermo es explorar, preguntar abiertamente:

- *(Nombre del paciente), en estos momentos ¿Qué es lo que más te preocupa? ¿Qué cree que es lo que más te ayudaría ahora?*

VALIDAR PENSAMIENTOS BAJO LA PROPIA EXPERIENCIA DE FORMA RACIONAL:

Luego de lo visto en visitas anteriores, es importante que el psicólogo/a encargado, retome, la lista de fortalezas y recursos observables en el paciente y que pueden ser retomados.

- *Hagamos un recordatorio de todo lo que hemos aprendido durante estos días que hemos conversado sobre cuáles son nuestras fortalezas y recursos materiales o personales (valores, principios morales, religiosidad, amistades, historia personal y logros).*

- *Ahora que tenemos la lista: ¿Qué opina que tuvo que pasar para que todo esto formara parte de su vida?, ¿considera que hay cosas que puede retomar aun de todo eso, para sentirse mejor?, ¿si hubiera algo para calmar lo que siente, pensando en lo que posee, que opción escogería?, ¿por qué?*

Al mismo tiempo, hay que dejar claro que, pase lo que pase, cuenta con todo el apoyo de todo el equipo y que los cuidados están garantizados.

Preguntas guía y ejemplo orientativo para facilitar el objetivo de la intervención:

1. *Partiendo del malestar experimentando, ¿Te habías sentido así en el pasado? ¿cómo lograste sobreponerte? ¿qué te fue de ayuda entonces? ¿serviría ahora algo de aquello?*

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN

- Búsqueda de memorias de éxito ante situaciones problemáticas.
- Validación de sus pensamientos, referidos a experiencias pasadas.
- Disminución de afectación



SESIÓN # 07 - PACIENTE CON IRCT

- Nº de sesión:** 07 **Área:** *Psicoeducación y Manejo del dolor.*
- Técnica:** *Reestructuración cognitiva.*
- Modelo:** *Modelo Cognitivo conductual.*
- Objetivo:** *Identificar los pensamientos irracionales que afectan la sintomatología física.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.		
2	Desarrollo	1. Psicoeducación.	• Rotafolios.	20 minutos.
3	Cierre	2. Retroalimentación		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Establecimiento del Rapport:** El psicólogo encargado, se encargará de hacer una síntesis de lo conversado en anteriores ocasiones, y hará una atenta invitación a colocar una particular atención a lo que se conversara este día, colocando ejemplos, del tipo de pensamiento normales que surgen en la vida y con especial énfasis en el proceso de hemodiálisis.
- 2. Psicoeducación:** E psicólogo realizará una breve explicación con ejemplos sobre la forma normal del funcionamiento del pensamiento, hacia donde se dirigen los pensamientos irracionales y los tipos de pensamientos más comunes que nos podemos encontrar. Ejemplificando mayoritariamente en los casos de los pacientes con hemodiálisis, solicitando la participación de los pacientes que se encuentren durante la actividad.
- 3. Retroalimentación:** Se recopilará las experiencias de los que participaron y lo interesante que resulta conocer la forma de pensamientos que se pueden presentar, invitando a reflexionar durante la semana y a poner cuidado en la continuidad durante la siguiente visita.

MATERIALES: Rotafolios.

SESIÓN N° 7: Reestructuración cognitiva.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Consideraciones sobre la Reestructuración Cognitiva, en pacientes con enfermedades terminales :

- Resulta de mucha utilidad aplicarlo a los pacientes, que expresamente manifiestan dificultades serias para entender lo que viven, emocional y racionalmente.
- La aplicación de técnicas en pacientes terminales, favorece significativamente la experiencia del dolor, aceptándolo, viviéndolo de forma consciente y en aras de un proceso de autocuidado al final de la vida.

Premisas básicas de la atención en psicoeducación:

- La idea central es que el paciente participe de manera activa en la actividad y en su propio cuidado (si las condiciones lo permiten).
- Generar conciencia sobre la enfermedad y la importancia de las actividades.
- Favorecer la reducción de malestar emocional ante los procedimientos médicos.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN

- Comprensión y aplicación de contenido.

EL ABC DE ALBERTH ELLIS

ENTENDER COMO
PENSAMOS

ES EL PRIMER
PASO

PARA PENSAR
MEJOR.

A - B - C

Acontecimiento - Creencia - Consecuencia



RECIBO UN DIAGNOSTICO NO ESPERADO

Representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).



PIENSO QUE MORIRÉ

Representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.



ME PONGO TRISTE

Representa la consecuencia o reacción ante "A". Las "C" pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

Los Pensamientos Irracionales

¿HACIA DÓNDE DIRIJO MIS PENSAMIENTOS?

Una idea irracional es una creencia rígida y poco realista que suele estar en lo más profundo de la conciencia y forma parte de nuestros valores fundamentales y nuestra identidad.

UNO MISMO:

“debo hacer las cosas bien, y merecer la aprobación de los demás por mis actuaciones”



LOS DEMÁS:

“los demás deben de actuar de forma agradable, considerada y justa”

LA VIDA O EL MUNDO:

“la vida debe de ofrecerme unas condiciones buenas y fáciles para que pueda conseguir lo que quiero sin mucho esfuerzo y comodidad”



Una idea irracional es:

ILÓGICA: No se apoya en la experiencia, distorsiona y exagera.

INFLEXIBLE: Se expresa en términos de exigencia o necesidades muy urgentes.

INTENSA: Produce emociones intensas de las que intenta escapar impulsivamente.

DISTORSIONES COGNITIVAS

Son esquemas mentales que distorsionan la realidad, de carácter irracional de interpretación poco objetiva.



CATASTROFISMO

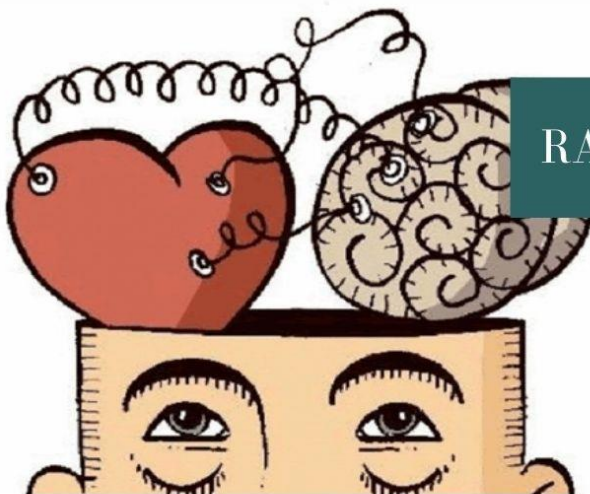
"es mejor que no lo intente porque fracasará y será horrible"

Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir.

COMPARACIÓN

"siempre resulta que los demás son mejor que yo", "si él murió a mi me va pasar lo mismo"

Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás.



RAZONAMIENTO EMOCIONAL

"Me da miedo la Hemodiálisis, debe sufrir mucho uno en eso"

Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.



ADIVINACIÓN

"Estoy seguro/a de que aunque salga con mis amigos/us me sentiré mal"

Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.



ETIQUETADO

"soy un enfermo/a" "soy un fracaso" "soy mal padre/ madre"

Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa.



MAGNIFICACIÓN

"Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar".

Tendencia a exagerar o magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento.



MINIMIZACIÓN

"me ayudaron a bañarme, pudieron haberme ayudado a ponerme los zapatos también"

Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.

SOBREGENERALIZACIÓN

"Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien".

Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.



PERSONALIZACIÓN

"María y Juan se están riendo, seguro que es de mí".

Proceso de asumir causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de los otros cuando no hay evidencia que la apoye.



SESIÓN # 08 - PACIENTE CON IRCT

Nº de sesión: 08 **Área:** *Psicoeducación y Manejo del dolor*

Técnica: *Reestructuración cognitiva.*

Modelo: *Modelo Cognitivo conductual.*

Objetivo: *Reducir pensamientos rumiantes.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. establecimiento del Rapport.	<ul style="list-style-type: none"> Material corto sobre parada de pensamientos y auto instrucciones. 	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Psicoeducación. 3. Técnica a aplicar.		
3	Cierre	4. Retroalimentación		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Establecimiento del Rapport:** El psicólogo retomara todo lo tratado durante la semana anterior, planteando las siguientes preguntas: *¿Qué les ha parecido lo descubierto de nuestros pensamientos durante esta semana que ha pasado? ¿Cómo se ha sentido después de entender de donde se originan los pensamientos? ¿hay alguno con el que se halla sentido particularmente identificado?*
- 2. Psicoeducación:** La idea central es que el psicólogo exprese de forma simple las formas de detener el pensamiento y las ideas rumiantes que normalmente se presentan, identificando los momentos y las medidas que se pueden llevar a cabo a través de la
- 3. Técnica a aplicar:** *Parada del pensamiento y auto instrucciones.* Realizando un pequeño ejercicio en donde se encuentra, para poder ponerlo en práctica.
- 4. Retroalimentación:** Se realizará una síntesis de todo lo visto y como esto se puede aplicar a lo que se está viviendo como paciente, dentro del proceso de hemodiálisis o en otras situaciones que nos evoquen pensamientos irracionales que afectan nuestro estado físico y mental.

MATERIALES: Material corto sobre parada de pensamientos y auto instrucciones.

SESIÓN N° 8: Reestructuración cognitiva.

Consideraciones sobre la Reestructuración Cognitiva en pacientes con enfermedades terminales¹⁴:

- Resulta de mucha utilidad aplicarlo a los pacientes que expresamente manifiestan dificultades serias para entender lo que viven, emocional y racionalmente.
- La aplicación de técnicas en pacientes terminales favorece significativamente la experiencia del dolor, aceptándolo, viviéndolo de forma consciente y en aras de un proceso de autocuidado al final de la vida.

Premisas básicas de la atención en psicoeducación:

- La idea central es que el paciente participe de manera activa en la actividad y en su propio cuidado (si las condiciones lo permiten).
- Generar conciencia sobre la enfermedad y la importancia de las actividades.
- Favorecer la reducción de malestar emocional ante los procedimientos médicos.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN

- Disminución de pensamientos rumiantes.

¹⁴ PROCESO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN Y CUIDADOS EN ONCOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, Leticia Ascencio-Huertas, Nancy Elizabeth Rangel-Domínguez y Silvia Allende Pérez Servicio de Cuidados Paliativos. Instituto Nacional de Cancerología, México. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 10, Núm. 2-3, 2013, pp. 393-406 ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC.2013. v10. n2-3.43457

PARADA DEL PENSAMIENTO

Para ser más consciente y detener las ideas que no le dejan ser mejor.

*Unidad de Hemodiálisis y
Unidad de Cuidados Paliativos -
Clínica Asistencial El Carmelo*

Es una técnica para manejar los pensamientos intrusivos o ruminantes, que no nos deja pensar de forma saludable, frenandolos y modificandolos intensionalmente.



1. Identificar el pensamiento negativo.

necesita identificar, los pensamientos negativos más frecuentes, identificarlos y concretarlos, apuntándolos y describir brevemente su contenido.

2. Crear un pensamiento positivo sustitutivo.

Por cada pensamiento negativo, necesitara una afirmación positiva sustitutiva, para generar una contraparte positiva. *"he cometido un error, la próxima lo haré mejor", "todos nos equivocamos, lo aprovecharé para aprender"*

3. Elegir un estímulo de parada (físico+ palabra).

Escoger un estímulo externo que corte el pensamiento negativo y sustituirlo (apretar la mano, una palmadita, un pellizco, golpe contra algún objeto, tirar goma elástica y soltarla), acompañado de una palabra como: **!BASTA!**, **!STOP!**, **!SUFICIENTE!**

PENSAMIENTO INTRUSIVO



"He cometido un error, que van a pensar de mi!"

4. Cambiar el foco de atención.

Al utilizar el estímulo de corte, Inmediatamente debe cambiar de actividad o pensamiento, puedes utilizar pensamientos positivos, puedes agregar una técnica de relajación o respiración para reforzar los pensamientos positivos. es importante interrumpir el pensamiento negativo.

ESTÍMULO DE CORTE

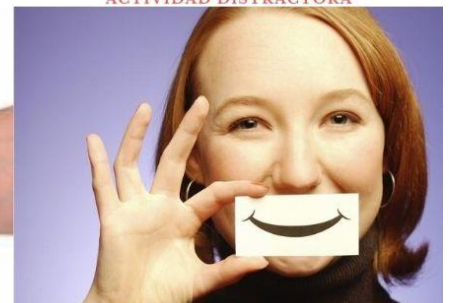


!Susana BASTA!, + pellizco

ENTRENAMIENTO

La parada de pensamiento precisa de automatización para que sea efectiva, por eso es necesario que la practiques para poder utilizarla cuando la necesites.

PENSAMIENTO ALTERNATIVO / ACTIVIDAD DISTRACTORA



"He cometido un error, la proxima lo haré mejor"

AVISO.

Si sientes que los pensamientos negativos, son demasiados y aun con la técnica resulta difícil detenerlos, consulta con tu psicologo/a.

LAS AUTOINSTRUCCIONES

Es una técnica en la cual el paciente se da a sí mismo un conjunto de órdenes o instrucciones para la regulación autónoma de la propia conducta.

Es importante utilizar la situación y la emoción que más le preocupa al paciente, como desencadenante para poder aplicar la técnica

ANTES

CUANDO LA EMOCIÓN EMPIEZA

- Si me siento mal es una señal de que puedo empezar a afrontar la situación.
- Mi objetivo es afrontar la emoción negativa.



DURANTE

ANTES Y DURANTE EL AFRONTAMIENTO DE LA SITUACIÓN

ANTES:

- No hay motivo para preocuparse.
- Puedo relajarme.
- Ya lo resolví con éxito en otra ocasión.
- Los pensamientos negativos no me ayudan en nada.

DURANTE:

- Voy a mantener el control.
- Puedo hacerlo, de hecho lo estoy haciendo.
- Si no pienso en el miedo, no lo tendré.
- Si estoy tenso/a, respirare profundamente y me relajare.
- Si cometo errores es normal, puedo corregirlos.
- Me concentraré en la tarea.
- Puedo mantener la tensión dentro de límites manejables.
- He sobrevivido a esto ya otras cosas peores anteriormente.

DESPUES

DESPUÉS DE HABER AFRONTADO LA SITUACIÓN.

DESPUÉS:

- Lo conseguí o por lo menos lo he intentado.
- La próxima vez no tendré que preocuparme tanto.
- Puedo disminuir la ansiedad relajándome.
- Tengo que decirle a..... Lo bien que lo he hecho.
- Me he dado la oportunidad de aprender, me haya salido como me haya salido y eso es lo más importante.

EJ. DE AUTOINSTRUCCIÓN

La niña Teresa recibió por primera vez su hemodiálisis y tenía mucho miedo solo con la idea de creer que sería un proceso demasiado doloroso, pero formó sus autoinstrucciones, junto con su madre Doña María que también recibe hemodiálisis desde hace un tiempo, juntas formaron las siguientes autoinstrucciones:



ANTES

Doña María le recomendó a su hija, que antes de la Hemodiálisis, debe tomar en cuenta el momento en que ella siente el miedo y empezar a mandarse mensajes así misma.



DURANTE

Antes:

- No hay motivo para preocuparse, todo saldrá bien. si mi madre puede, yo también..

Durante:

- Puedo hacerlo, de hecho lo estoy haciendo.
- Si no pienso en el miedo, no lo tendré.



DESPUES

Después:

- Todo salio bien, !!le contare a mi familia y a mamá como salio todo!
- A la próxima, será mucho más sencillo.



SESIÓN # 09 - PACIENTE CON IRCT

N° de sesión: 09

Área: *Psicoeducación.*

Técnica: *Psicoeducación.*

Modelo: *Modelo Cognitivo conductual.*

Objetivo: *Fomentar la importancia del apoyo social ante la presente situación.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura escrita. • preguntas reflexivas. 	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Psicoeducación 3. Actividad.		
3	Cierre	4. Retroalimentación.		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

1. **Establecimiento del Rapport:** El psicólogo, saludara cordialmente, dedicándose siempre a observar la condición del paciente para ver si es prudente la aplicación de la actividad, realizando las preguntas normales para ver si se encuentra disponible o no el paciente.
2. **Psicoeducación:** Se aperturará con algunas preguntas introductorias, para adentrar al tema al paciente y luego se realizará psicoeducación sobre la importancia del apoyo social y las formas en las que se puede solicitar ayuda de las demás personas.
3. **Actividad a aplicar:** Se realizará una pequeña lista de cosas que el/la paciente necesita, la persona que le ayuda, quien es y la actitud de utilidad que retomara el paciente. Y se le mencionara una pequeña lista de actividades que puede llevar a cabo para realizar de mejor manera su función de gratitud por el apoyo social que recibe.
4. **Retroalimentación:** El psicólogo encargado, retomara todo lo conversado y acordado durante la actividad, recordando también las recomendaciones brindadas, y que son de utilidad para facilitar el proceso de hemodiálisis del paciente.

MATERIALES: Lectura escrita. preguntas reflexivas.

SESIÓN N° 9: Psicoeducación.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Para desarrollar esta sesión, es importante que el psicólogo pueda retomar, palabras propias del paciente sobre el apoyo que tiene por parte de sus familiares, amigos, vecinos u otros recursos humanos o materiales que posee pero que no es consciente del todo de poseer.

Es importante destacar aquellos elementos positivos de la personalidad del paciente, que puedan facilitar de manera consciente una respuesta adecuada antes los recursos o apoyo que recibe.

Hay que procurar destacar todas las formas en las que el paciente es apoyado, para que este se perciba así mismo como alguien acompañado, de manera que no se concentre demasiado en lo que le hace falta para poder sentirse bien en el presente y que lo vincule obligatoriamente a su condición de IRCT.

DESARROLLO DE PREGUNTAS INTRODUCTORIAS:

- *¿Considera que posee apoyo en este proceso que está viviendo? ¿cuáles?*
- *¿Cuál es la manera en que normalmente hace llevadera su enfermedad?*
- *¿De qué manera se hace sentir útil en esta enfermedad?*
- *¿Qué formas de pedir las cosas normalmente utiliza? ¿sabe a quién pedirle lo que necesita cuando lo requiere?*
- *Podría compartir alguna anécdota sobre las veces en que le han podido ayudar.*

PSICOEDUCACIÓN:

FRASE DE LA PSICOEDUCACIÓN:

“El que a buen árbol se arrima, buena sombra le cobija”

ACTIVIDAD: IDENTIFICANDO MI APOYO SOCIAL.

Indicaciones: De acuerdo con el contenido de lo aprendido por el psicólogo y el contenido del cuadro, describa a continuación, las cosas que normalmente necesita, quien le ayuda, quien es y cuál es su actitud de utilidad:

LO QUE NECESITO	QUIEN ME AYUDA	QUIEN ES	ACTITUD DE UTILIDAD
Bañarme.	Martha	hermana	Expresar gratitud.
Que me acomoden la almohada.	Ramiro	hijo	Darle un beso de agradecimiento.

Lista de tareas que el paciente puede llevar a cabo:

- aconsejar a los demás.
- Expresar afecto a sus familiares o cuidadores.
- Actividades manuales que le permitan sentirse útil (armar rompecabezas. Cocer o bordar, practicar juego de mesa con las amistades).
- Llamar por teléfono y animar a sus amistades.
- Escribir en un diario personal.
- Ayudar a escribir la alacena del súper.
- Hacer oración.
- Bañarse (en la medida que lo pueda hacer solo/a).
- Participar de diálogos familiares que no le agoten.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN

- Comprensión.
- Toma de conciencia.

EL APOYO AL PACIENTE CON IRCT

Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos -
Clínica Asistencial El Carmelo



IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR.

Hacerse cargo de los cuidados de un familiar o amigo enfermo implica, muchas veces, un gran esfuerzo que puede consumir casi todo su tiempo y en ocasiones puede descuidar otras actividades importantes, como la atención de otros familiares, el empleo o la escuela, e incluso su propio cuidado. Es importante contar con la mayor cantidad de apoyo posible, de manera que pueda repartir las actividades necesarias entre los diferentes miembros de la familia y usted tenga tiempo para dedicar a otros asuntos importantes.

En algunas ocasiones las personas no buscan apoyo porque piensan que es su obligación hacerse cargo de todos los cuidados de uno mismo, sin embargo, no se dan cuenta que si se tiene que cumplir con tantas actividades la calidad con las que las que se realizan, disminuye. En este punto debe preguntarse ¿qué prefiero, cantidad o calidad? Probablemente la respuesta sea calidad. En este caso, se entenderá que es mejor dejar a cargo de otras personas actividades sencillas que no comprometan el cuidado de uno mismo como paciente, pero le liberen de actividades que solo consumen su energía, pero no son tan urgentes.

He ahí la importancia de aprender a dejarse cuidar y también cuidar de uno mismo, cuidando a los demás, esto no quiere decir, que deba guardar silencio pensando “estorbare menos si no digo lo que siento”, porque al no expresar lo que se siente, se le vuelve más difícil a la familia, poder adaptarse al cambio que sufre quien se encuentra en el proceso médico, en este caso la IRCT.



“

*El que a buen árbol se
arrima, buena sombra
le cobija.*

¿CÓMO PEDIR AYUDA?

La familia es, frecuentemente, la principal fuente de apoyo. También lo son los amigos y vecinos. En nuestra cultura es común que los amigos, familiares y vecinos nos ofrezcan apoyo al saber que alguien este enfermo y necesita ayuda.

Recomendaciones sobre como pedir ayuda:

- Es importante aceptar toda la ayuda que le ofrezcan.
- Puede escoger las cosas mas sencillas de la lista y perdidas a las personas que no son tan cercanas como los vecinos.
- Incrementar el grado de dificultad de ciertas tareas con las personas más cercanas.
- Tener contacto con personas que estén pasando por situaciones similares relacionadas a la enfermedad, puede servir para apoyarse motivacionalmente, para valorar alternativas medicas vinculadas con la IRCT, o con factores económicos.
- Se puede utilizar “vales” de actividad de cuidado, que pueda ser intercambiado por recompensas como, “abrazos y apapachos gratis, ayuda para preparar la comida, masaje en la espalda, permiso de no lavar trastes”, con esta actividad el paciente se puede apoyar de sus familiares.



SESIÓN # 10 - PACIENTE CON IRCT

N° de sesión: 10

Área: Manejo del dolor.

Técnica: Memorias autobiográficas positivas¹⁵

Modelo: Psicología Positiva.

Objetivo: Reforzar actividades gratificantes.

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	• Ninguno.	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Técnica a aplicar.		
3	Cierre	3. Retroalimentación		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Establecimiento del Rapport:** Se saludará al paciente, valorando su condición, se observará si está dispuesto para realizar la actividad.
- 2. Técnica a aplicar:** Memorias auto bibliográficas positivas, imaginación guiada de episodios autobiográficos positivos, aunque inicialmente pueda hacer tomar conciencia de lo perdido o pasados (y de las emocionales de perdida y nostalgia asociadas, también genera reexperimentación de sensaciones agradables), esta realización autobiográfica personal y relacional, brinda un sentido de progreso o plenitud al final de la vida, y posiblemente crecimiento personal.
- 3. Retroalimentación:** El psicólogo, retomara todo lo conversado, sintetizándolo de la mejor manera y englobando lo elemental de cada aporte por parte del paciente. Incentivando a poner en marcha las actividades que con su fuerza pueda llevar a cabo, generando y reforzando actividades gratificantes.

MATERIALES: Ninguno.

¹⁵ Tennen, H.; Affleck, G. «Assessing positive life change: in search of meticulous methods». En: Park, C.; Lechner, S.; Stanton, A. L. (ed.). Medical illness and positive life change: can crisis lead to personal transformation? Washington: American Psychological Association, 2009, p. 31-49.

SESIÓN N° 10: Memorias autobiográficas positivas

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Es importante, siempre estimular los sucesos de la vida del paciente con IRCT, que resultaron ser positivos para él o ella, retomando siempre desde la propia experiencia vivida, aquellas cosas que generaron un sentido de autoeficacia y que a pesar de lo vivido en el presente, le permitan retomar ideas para expresar un sentido de eficacia y gratificación en sus actividades, que en el presente resultan ser pocas.

MÚSICA DE FONDO:

UNIVERSAL HARMONY.

Healing Frequency 432 HZ

Infinito Healing Music Vol.1Mandharu



MEMORIAS AUTOBIOGRÁFICAS A TRAVÉS DE LA MEDITACIÓN GUIADA.

Cierro los ojos y presto atención a mi respiración, toda la atención se encuentra en el proceso de respirar y en sus sensaciones, no modifico para nada mi respiración, simplemente observo como respiro sin modificar para nada la forma de respirar, tomo aire y echo aire, simplemente sin más, con toda mi atención centrada en el proceso de respirar, soy un observador que mira mi respiración como observaría la llama de una vela, sin identificarse con ella, sin juzgar, simplemente observo y ahora observo un objeto inmóvil, puede ser una planta u otro similar, permanezco con la atención en cada detalle de color, forma, sombras, altura, volumen, tomo conciencia de las partes y del todo, me doy cuenta que hay un algo más que en el mineral. Tomo conciencia plena de la observación y me mantengo en ella el tiempo especificado, no tomo ni rechazo nada, observo.

Ahora trate de pensar, ¿recuerda algún acontecimiento que le haya permitido poder experimentar emociones fuertes de alegría?

Puede recordar lo que aprendió de todos estos acontecimientos, que en principio fueron difíciles.

¿Qué fue aquello que más satisfacción le produjo?

Piense con quien le gustaría reencontrarse o de aquellos lugares del pasado (el pueblo de la infancia), con personas significativas y con un sentido de identidad esencial que la enfermedad no ha podido hacer desaparecer

¿hay algo que le gustaría volver a vivir de todo ello?

Hay algo en concreto que le gustaría volver a repetir que considere que le haría sentir mucho mejor actualmente.

Trate ahora de llevar la sensación que produce la idea de volver a ver esos lugares o a esas personas en el presente

Ahora piense ¿de qué manera podría adaptarse ahora algo de aquello, en la actualidad? Con lo que se encuentra viviendo.

Preguntas de cierre:

- 1. Fuera de la técnica que acaba de realizar, ¿Pudo recordar aquello que le generaba satisfacción personal?*
- 2. Hay algo de aquello que realmente le gustaría poder aplicar en la actualidad. Ver alguna persona, visitar algún lugar cercano y que le produzca alegría.*

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN

- Mejoría de estado de ánimo inmediato.
- Modificación sobre percepción del estado de ánimo.



SESIÓN # 11 - PACIENTE CON IRCT

N° de sesión: 11 **Área:** *Psicoeducación y Ventilación emocional.*

Técnica: *Visualización guiada.*

Modelo: *Psicología Humanista.*

Objetivo: *Disminuir crisis de ansiedad y culpa por percepción de sentirse carga para la familia.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	<ul style="list-style-type: none"> • Audio relajante. • Reproductor de audio. 	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Psicoeducación. 3. Técnica a aplicar.		
3	Cierre	4. Retroalimentación		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

1. **Establecimiento del Rapport:** El psicólogo procurara en esta ocasión, desde que llegue al espacio con el paciente, colocar música relajante que vaya condicionando al paciente a relajarse, preguntándole como se ha sentido durante la semana y si tiene algo nuevo que comentarle, relacionado con lo que se ha visto en encuentros anteriores.
2. **Psicoeducación:** Se realizará una pequeña explicación de la forma como la culpa afecta en la vida personal y con los demás, sobre todo en la situación actual de la enfermedad.
3. **Técnica a aplicar:** La técnica a aplicar será la *visualización guiada*, para liberarse de la culpa. Luego del ejercicio se le solicitara que responda algunas preguntas que están relacionadas con la culpa de manera que luego de ello se pueda generar el compromiso personal, de tratar de sentir de forma diferente.
4. **Retroalimentación:** El psicólogo le agradecerá al paciente el esfuerzo realizado en el ejercicio y le felicitará por disponerse a aprender a liberarse de la culpa, recordándole la importancia de experimentar la felicidad en las pequeñas cosas, y comprometerse consigo mismo a cuidarse mucho, mental y emocionalmente, sin dejar que los malos pensamientos o sensaciones le invadan.

MATERIALES: Audio relajante, reproductor de audio.

SESIÓN N° 11: Visualización guiada.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

- Las imágenes son particulares en cada sujeto, cada uno de nosotros tenemos nuestras propias imágenes. Hay que realizar un entrenamiento en imaginación previo si eres de las personas que les cuesta imaginar. La eficacia de estas técnicas va a depender del deseo, confianza y aceptación que tengamos de ellas, y por supuesto, también de la práctica continuada.
- Siempre debemos empezar realizando ejercicios de respiración profunda, tenemos que empezar en un estado previo de relajación y tranquilidad.
- Mantener los ojos cerrados e implicarse activamente en el ejercicio. Una sesión de visualización debe finalizarse de forma gradual. Primero, se deja deliberadamente que la imagen se desvanezca. Luego se vuelve a dirigir su atención lentamente hacia la habitación que este tendido y, en su momento abre los ojos. Durante los pocos minutos siguientes da a sus extremidades un suave estiramiento y luego reemprende la actividad normal.

SOBRE LA CULPA EN LA ENFERMEDAD (IRCT)

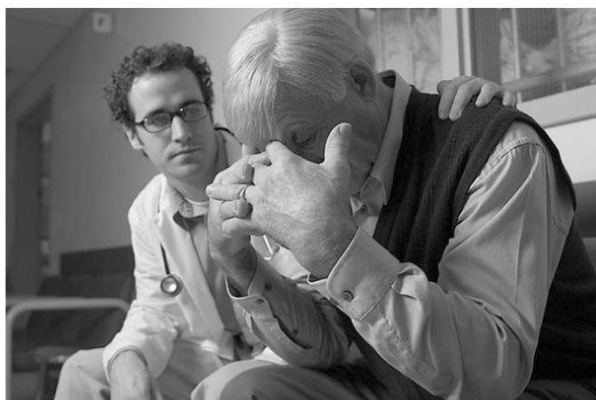
Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos
Clínica Asistencial El Carmelo

ENTENDER LA CULPA EN LA IRCT ES UNA TAREA IMPORTANTE PARA REDUCIR LAS PROBABILIDADES DE DEPRESIÓN.

Enfermedad de IRCT y culpa es un macabro binomio que afecta a las personas que además de enfrentarse a la Hemodiálisis u otros problemas de salud vinculados con este, tanto físicos como psicológicos, tienen que soportar el hecho de estar enfermos. Preguntas como ¿porqué a mi? o ¿seré lo suficientemente fuerte? !si no hubiera sido por mi propio descuido.... no estaría en esta situación! suelen ocupar la mente de las personas afectadas originando verdaderos problemas emocionales. Incluso, también es común la creencia de tener la enfermedad porque son débiles.

La culpa es una forma particular de miedo. Si esta es cultivada desde nuestra más temprana infancia puede llegar a bloquear nuestro desarrollo emocional provocando estragos en la salud. La autocondena, la autoinvalidación y un sentimiento de insuficiencia anidan en las personas que se culpan de sus enfermedades.

Además, el sentimiento de culpabilidad suele ser un programa inconsciente que condiciona nuestras vidas y nos hace vivir situaciones de sufrimiento, ya que tampoco permite al que padece IRCT, poder relacionarse tranquilamente con los demás. Subyace en conductas autodestructivas, en fracasos repentinos e inexplicables, en la pérdida de relaciones valiosas y fuentes de trabajo y de logros. Y si además, se padece de una enfermedad todo esto puede agravarse.



Pasos para liberarse de la culpa:

- Intentar reparar el daño que he hecho.
- Aceptar que no somos perfectos y que hacemos daño sin querer.
- Perdonarnos a nosotros mismos.

MÚSICA DE FONDO:

Lucas Cervetti: Calma - Streaming de música



VISUALIZACIÓN GUIADA

Cierre los ojos y preste atención a su respiración, toda la atención se encuentra en el proceso de respirar y en sus sensaciones, no modifique para nada su respiración, simplemente observe como respira sin modificar para nada la forma de respirar, tome aire y eche aire, simplemente sin más, con toda su atención centrada en el proceso de respirar, es un observador que mira su respiración como observaría la llama de una vela, sin identificarse con ella, sin juzgar, simplemente observa.

Ahora irá adentrándose a esta sensación de culpa que pudiera estar experimentando consciente o inconscientemente, desde que fue diagnosticado con esta enfermedad. Respondiendo interiormente a las siguientes preguntas que ira escuchando:

¿Qué está pasando alrededor de mi cuando surge este sentimiento de culpa?

¿le estoy dando la emoción correcta a lo que siento?

¿ya había experimentado este tipo de sentimiento de culpa antes?

¿en qué me baso para sentir lo que estoy sintiendo?

¿Son normas propias o ajenas?

¿Está uno sintiéndose culpable por normas que uno de hecho no acepta?

¿hay algo más que pudiera estar sintiendo que no tiene nada que ver con lo que en realidad está pasando?

Si ya lo había sentido antes ¿Qué hice para superarlo?

¿hay algo que pueda retomar de aquello para enfrentar esta nueva situación?

Ahora repítete a ti mismo, observando y sintiendo lo nuevo que sientes: Acepto que no soy perfecto, y me perdono mientras tratas de sentir como resuenan estas palabras en ti.

Las palabras Lo siento, te amo, te perdono, gracias, imagínelas en su mente con colores brillantes, imagínelas dentro de su cuerpo, como las siente, que se perdona, que se ama a sí mismo, y que se das las gracias a usted mismo.

Conectado a su cuerpo esa sensación de amor, respire un momento, si desea quedarse otro momento puede hacerlo, y cuando esté preparado va abriendo las manos, los brazos, va sintiendo la relajación en su cuerpo y va volviendo al aquí y ahora, abriendo despacio sus ojos.

Volvemos en la cuenta regresiva de 10 – 9 – 8 – 7 – 6 – 5 – 4 – 3 – 2 – 1.

Preguntas de cierre:

1. *¿Cómo se siente?*
2. *¿hay algo que le gustaría compartir?*

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Disminución del estado de ansiedad.
- Fortalecer el crecimiento relacional.
- Interés por los demás.
- Agradecimiento y perdón.



SESIÓN # 12 - PACIENTE CON IRCT

Nº de sesión: 12

Área: *Psicoeducación.*

Técnica: *Auto instrucciones.*

Modelo: *Modelo Cognitivo conductual*

Objetivo: *Mejorar la habilidad de resolución de problemas.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	<ul style="list-style-type: none"> Ejemplos de Afrontamiento. Papel y lápiz (de ser necesarios) 	20 minutos
2	Desarrollo	2. Técnica a aplicar.		
3	Cierre	3. Retroalimentación		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Establecimiento del Rapport:** El psicólogo se presentará y saludara como siempre muy cordial, enfocándose en esta ocasión sobre lo normal de los malestares que pudieran traer reflejados en su expresión corporal, en lugar de preguntar cómo ha estado, preguntara si sigue sintiendo lo que siente, de lo expresado en otros encuentros, y ver si sigue afectando, buscando darle a entender al paciente, que ahora el psicólogo le propondrá algo nuevo.
- 2. Técnica a aplicar:** El psicólogo se introducirá conversando sobre dificultades propias del paciente, y explicándole los pasos de la técnica Auto instrucciones, visto en momentos anteriores para expresarle una forma eficaz de enfrentar lo que está pasando. El material incluye un ejemplo, y un cuadro que expresa diferentes formas de enfrentar y afrontar los problemas comunes del paciente con IRCT. Al finalizar el ejercicio, nada más se le preguntara: *¿Considera que las acciones propuestas podrían serle útil para disminuir su preocupación por (se menciona dificultad)?*, basándose siempre en actividades realistas y útiles para el paciente.
- 3. Retroalimentación:** Se agradecerá al paciente la confianza depositada sobre la expresión de lo que le preocupa y por haber definido con pequeños compromisos realistas, el mejorarse así mismo/a y vivir este proceso con tranquilidad y de la mejor manera.

MATERIALES: Ejemplos de afrontamiento, papel y lápiz de ser necesarios.

SESIÓN N° 12: Auto instrucciones.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

- Las personas con IRCT tienen grandes dificultades para gestionar un régimen prolongado, complejo y doloroso, que se caracteriza por hemodiálisis frecuente, restricciones dietéticas severas y un régimen de medicamentos complejos.
- Las estrategias utilizadas por los pacientes para hacer frente a las dificultades y los factores asociados influyen en la gestión del tratamiento.
- Los problemas psicosociales son tan o más importantes que los de orden fisiológico.
- Restricciones de fluidos y en la dieta se encuentran entre los principales factores de estrés identificados en pacientes con IRCT.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Auto información positiva.

LAS AUTOINSTRUCCIONES

Es una técnica en la cual el paciente se da a sí mismo un conjunto de órdenes o instrucciones para la regulación autónoma de la propia conducta.

Es importante utilizar la situación y la emoción que más le preocupa al paciente, como desencadenante para poder aplicar la técnica

ANTES

CUANDO LA EMOCIÓN EMPIEZA

- Si me siento mal es una señal de que puedo empezar a afrontar la situación.
- Mi objetivo es afrontar la emoción negativa.



DURANTE

ANTES Y DURANTE EL AFRONTAMIENTO DE LA SITUACIÓN

ANTES:

- No hay motivo para preocuparse.
- Puedo relajarme.
- Ya lo resolví con éxito en otra ocasión.
- Los pensamientos negativos no me ayudan en nada.

DURANTE:

- Voy a mantener el control.
- Puedo hacerlo, de hecho lo estoy haciendo.
- Si no pienso en el miedo, no lo tendré.
- Si estoy tenso/a, respirare profundamente y me relajare.
- Si cometo errores es normal, puedo corregirlos.
- Me concentraré en la tarea.
- Puedo mantener la tensión dentro de límites manejables.
- He sobrevivido a esto ya otras cosas peores anteriormente.

DESPUES

DESPUÉS DE HABER AFRONTADO LA SITUACIÓN.

DESPUÉS:

- Lo conseguí o por lo menos lo he intentado.
- La próxima vez no tendré que preocuparme tanto.
- Puedo disminuir la ansiedad relajándome.
- Tengo que decirle a..... Lo bien que lo he hecho.
- Me he dado la oportunidad de aprender, me haya salido como me haya salido y eso es lo más importante.

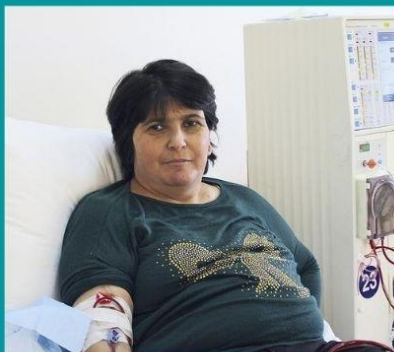
EJ. DE AUTOINSTRUCCIÓN

La niña Teresa recibió por primera vez su hemodiálisis y tenía mucho miedo solo con la idea de creer que sería un proceso demasiado doloroso, pero formó sus autoinstrucciones, junto con su madre Doña María que también recibe hemodiálisis desde hace un tiempo, juntas formaron las siguientes autoinstrucciones:



ANTES

Doña María le recomendó a su hija, que antes de la Hemodiálisis, debe tomar en cuenta el momento en que ella siente el miedo y empezar a mandarse mensajes así misma.



DURANTE

Antes:

- No hay motivo para preocuparse, todo saldrá bien, si mi madre puede, yo también..

Durante:

- Puedo hacerlo, de hecho lo estoy haciendo.
- Si no pienso en el miedo, no lo tendré.



DESPUES

Después:

- Todo salio bien, lle contare a mi familia y a mamá como salio todo!
- A la próxima, será mucho más sencillo.

**DIFICULTADES COMUNES DEL PACIENTE CON IRCT Y SUGERENCIAS TERAPEUTICAS
PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (Cristóvão, 2013)**

Dificultad común del paciente con IRCT.	Frase común del paciente con IRCT.	Sugerencia de resolución de la dificultad.	
		Centrado en la resolución de problemas. <i>(modificación de la situación)</i>	Centrado en el control de las emociones. <i>(disminuir la presión emocional)</i>
<p>Restricción de líquidos: Encuentran doloroso no poder beber líquidos en la cantidad deseada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“La sed es peor”</i> ✓ <i>“no beber agua, o la prohibición de tomar líquidos, es la parte difícil”</i> ✓ <i>“la restricción de líquidos es más complicado, ya que el tratamiento causa sed”</i> ✓ <i>“es muy difícil controlar la sed”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reducir del volumen de fluido ingerido. ✓ Hacer esfuerzo para no beber. ✓ Evaluar la diuresis. ✓ Limitar el volumen de ingesta de agua a una botella. ✓ Controlar el aumento de peso interdiálisis. ✓ Chupar o masticar hielo. ✓ Controlar la ingesta de líquidos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantenerse ocupado. ✓ Minimizar el problema. Reduciendo el valor que tiene sobre la forma de pensar. ✓ Evocar pensamientos positivos con relación a la ingesta adecuada de líquidos.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Beber líquidos fríos. ✓ Evitar alimentos dulces y salados. ✓ Gárgaras. ✓ El hacer sopa espesa. ✓ Beber poco cada vez. ✓ Beber agua caliente. ✓ Beber solo con las comidas. ✓ Beber alcohol sólo en los días de fiesta 	
<p>Restricción dietética: Muestra la incomodidad de no poder comer algunos alimentos con la frecuencia o la cantidad deseada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Me quitaron estas comidas, que no son convenientes porque los granos y cereales tienen mucho fósforo, ya que la leche, más allá de neta tiene mucho fósforo”</i> ✓ <i>“Tener que comer fruta cocida y no poder comer sopa es una cosa que hace una gran diferencia”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consumo moderado de ciertos alimentos. ✓ Evitar ciertos alimentos. ✓ Vigilar la cocción de alimentos. ✓ Comer poco. ✓ Reducir la sal. ✓ Cumplir con el rigor la dieta. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aceptación y compromiso.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ La búsqueda de información. ✓ Fraccionar las comidas. ✓ Comer inmediatamente antes de la diálisis. ✓ Vigilar el control de la ganancia de peso interdiálisis 	
<p>Obligación de la hemodiálisis: Causa molestias al suponer continuar el tratamiento indefinidamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Es como mandarme a la horca. Prefiero estar en la cárcel que venir aquí. Después de un tiempo habría cumplido con la cárcel...”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Buscar Información. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aceptar la realidad. ✓ La esperanza en el trasplante. ✓ Asignar un significado positivo a la diálisis. ✓ Considerar el tratamiento como un trabajo. ✓ No pensar en él. ✓ Distraerte. ✓ Pensar en algo agradable. ✓ Orar.
<p>Duración de las sesiones de Hemodiálisis: Revela el malestar del paciente,</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Son cuatro horas que me retiro de otras actividades”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicitud para reducir la duración del tratamiento. ✓ Acudir al médico. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lectura motivacional. ✓ Ver películas o programas de televisión.

<p>limitado a un espacio pequeño, con la obligación de cumplir con el tiempo completo del tratamiento, y no siendo capaz de hacer otras actividades.</p>	<p>✓ <i>“Otro aspecto está relacionado con el momento de la detención, entre comillas, que es el tiempo en diálisis”</i></p>	<p>✓ Reconocer la necesidad de tratamiento. ✓ Pedir la interrupción del tratamiento.</p>	<p>✓ Conversar ✓ Tratar de dormir. ✓ Escuchar música</p>
<p>Tomas, medicamentos según la prescripción: Es un problema asociado a la polifarmacia, la pérdida de la memoria, la atención y la visión (sobre todo en los ancianos), o ardor de estómago causado por ciertos medicamentos.</p>	<p>✓ <i>"Es muy complicado, hay quince pastillas al día"</i> ✓ <i>"A veces es difícil porque se me olvida"</i> ✓ <i>"(...) Así que tomó dos pastillas iba a vomitar"</i></p>	<p>✓ Crear una rutina. ✓ Utilizar un dispensador de pastillas. ✓ Esforzarse por cumplir con el tratamiento. ✓ Llevar sus medicamentos con usted. ✓ Registrar el medicamento prescrito. ✓ Obtener ayuda del equipo de apoyo para la salud. Obtener ayuda del cónyuge.</p>	<p>✓ Asignar un significado positivo para el tratamiento. ✓ Restar importancia. ✓ Aceptar la realidad.</p>

<p>Limitaciones en relación a las vacaciones: Destaca la burocracia y la falta de lugares para realizar Hemodiálisis en el momento previsto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Necesito credenciales. Se trata de una burocracia”</i> ✓ <i>“No siempre podemos ir de vacaciones a donde queremos, porque no existe un centro de tratamiento cercano o no hay vacantes en la zona”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La planificación del tratamiento en vacaciones. ✓ Falta de una sesión de diálisis. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cumplimiento estratégico de la aplicación de la hemodiálisis.
<p>No poder llevar a cabo actividades sociales: Significa no poder viajar, el acceso a familiares y amigos, el estudio y la diversión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“El tiempo perdido en la diálisis me impide estudiar o hacer otro tipo de actividades”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organizar el tiempo durante la hemodiálisis para trabajar desde el celular. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizar audífonos y escuchar audiolibros. ✓ Ver videos desde el celular, sobre los temas de interés.
<p>Conciliar la hemodiálisis con el trabajo: Muestra la dificultad de conciliar los programas de tratamiento y el trabajo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Es muy difícil conciliar el tratamiento y la vida profesional y familiar”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyarse en la familia o con compañeros de trabajo. ✓ No involucrarse en cuestiones laborales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aceptar toda la ayuda posible, ✓ Genera recursos personales basados en la prioridad de necesidades.



SESIÓN # 13 - PACIENTE CON IRCT

N° de sesión: 13

Área: Manejo del dolor.

Técnica: Las cinco contemplaciones del dolor.

Modelo: Psicología Positiva

Objetivo: Focalizar la atención del sujeto para disminuir el dolor.

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo Reproductor. • Audio relajante. 	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Técnica a aplicar.		
3	Cierre	3. Retroalimentación		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

1. **Establecimiento del Rapport:** El terapeuta al llegar, se presentará como siempre y procurará colocar el equipo reproductor y el audio relajante al entrar, preparando al paciente sugestivamente a la relajación. Con pocas preguntas y con mucha empatía, introducirá, la importancia de observar cómo se expresa el dolor últimamente en el proceso que se está viviendo.
2. **Técnica a aplicar:** La visualización guiada a través de las cinco contemplaciones del dolor de Stephen Levine, con el objetivo principal de promover en el paciente recursos internos para ayudar a afrontar los momentos de dolor vividos durante la aplicación de la hemodiálisis. Al finalizar se realizará una breve reflexión sobre lo que ha sentido durante su aplicación, y sobre qué opina de lo que escucho.
3. **Retroalimentación:** Se sintetizará lo tratado durante la visita, agradeciendo y promoviendo siempre un pensamiento positivo durante la aplicación de la hemodiálisis.

MATERIALES: Equipo reproductor, audio relajante.

SESIÓN N° 13: Las cinco contemplaciones del dolor.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

El objetivo de esta técnica es promover en el paciente recursos internos para ayudar a afrontar los momentos de dolor. La técnica de visualización está basada en las propuestas descritas en el capítulo “Trabajando el dolor” del libro ¿Quién Muere? de Stephen Levine, las cuales son llamadas por el autor como “meditaciones sobre el dolor” y tienen su fundamento teórico práctico en la meditación budista. Consta de 5 pasos y debe ser guiada para que el propio paciente pueda aplicarla en momentos de dolor.

Existen muchos aspectos positivos y ventajas para aplicar esta técnica. Algunos son:

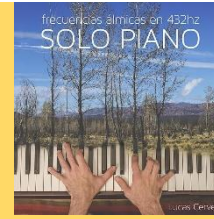
- El paciente tiene control sobre la visualización, lo que lo lleva a sentirse empoderado de la situación, fomentando su participación activa en el proceso y mejorando la autoestima.
- La visualización es efectiva en la reducción de síntomas, particularmente aquellos asociados con el dolor, la ansiedad y la depresión.
- Las sesiones para la aplicación de la técnica, no tienen que ser largas para que sean efectivas y tampoco se necesita un ambiente o situación específica para poder aplicarla.
- Son relativamente fácil de aprender, por lo cual lo hace más fácil para utilizarlas y una vez aprendidas se puede aplicar para una amplia variedad de situaciones, donde la persona tenga emociones negativas o necesite mejorar la forma de afrontar las situaciones.
- La técnica de visualización guiada puede fácilmente combinarse con otras formas de terapia, como parte del proceso terapéutico.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Disminución del dolor a través de la relajación.

MÚSICA DE FONDO:

Frecuencias Álmicas en 432hz (Solo Piano) de Lucas Cervetti : Napster



TÉCNICA DE VISUALIZACIÓN “LAS CINCO CONTEMPLACIONES DEL DOLOR”

“A continuación realizaremos la técnica denominada Las cinco contemplaciones del dolor” el principal objetivo de esta técnica es promoverle recursos internos para ayudarle a afrontar los momentos de dolor”

“Juntos vamos a hacerle frente al dolor con este método que consta de cinco pasos, yo le iré guiando en cada uno de ellos, pero también necesito de toda su cooperación. Si gusta puede cerrar sus ojos para comenzar”

“Iniciaremos realizando unas cuantas respiraciones para producir un estado de relajación tanto físico como mental. Inspire y expire lentamente, concentrándose solamente en su respiración, inspire y expire”

PRIMERA CONTEMPLACIÓN DEL DOLOR

(Darle espacio al dolor)

“Preste atención a la zona de sensación incomoda, obsérvela sin juzgarla. Permita sentir el malestar, abraza en torno del dolor, no intente luchar contra él, no se resista. Comience a permitir que el cuerpo se afloje alrededor del dolor.

No intente alejar de usted el dolor, déjelo donde está, obsérvelo sin juzgarlo como quien observa un juego de cartas. Sienta como su cuerpo intenta encerrarlo como en un puño, siento que el cuerpo es como un puño que se resiste, cualquier resistencia es dolorosa. Imagine que el dolor es como una braza caliente, si la aferra en su puño se quemará. Suelte el dolor, abra las zonas en torno a la sensación...suelte el dolor, déjelo ir. El puño se afloja, va abriéndose gradualmente dejando escapar el dolor. Deje escapar también el miedo que

lo rodea. Deje flotar el dolor, déjelo flotar en libertad. Ya no se aferre a nada, deje flotar en libertad al dolor, sin estrobo, sin resistirse.

El puño se abrió y dejó al descubierto la palma suave. El cuerpo se ablandó, permita que las sensaciones salgan volando libremente.

SEGUNDA CONTENPLACION DEL DOLOR

(Llenando el cuerpo de silencio, relajación profunda)

“Dirija su atención a la respiración... obsérvela, no trate de respirar de alguna manera en especial, simplemente dirija su atención a su propia respiración. Deje que su mente se aquiete concentrándose únicamente en su propia respiración... y poco a poco se va haciendo consiente de las sensaciones en su cuerpo. Lentamente comience a sentir las partes de su cuerpo, sienta los músculos de la cara, libere la tensión. Sienta las sensaciones que viene de cualquier parte de su cuerpo...puede ser dureza, hormigueo, tibieza, tranquilidad o simplemente nada...su mente es como una poza de agua cristalina, quieta y tranquila...libere la tensión, no se aferre a las sensaciones...déjelas ir

Piense en las partes de su cuerpo, los músculos, los huesos, la carne...todo se ablanda como si fuera mantequilla derritiéndose. Piense como su cuerpo se va llenando de silencio, de tranquilidad. Deje que la respiración se produzca sola, se concentra sin esfuerzo. No se aferre a nada, deje que todo su cuerpo flote en libertad. Permita que su cuerpo se relaje, poco a poco hay silencio llenado cada espacio de su cuerpo, hay tranquilidad y paz”.

TERCERA CONTEMPLACION DEL DOLOR

(Investigar el dolor)

Respire tranquilamente, No evite el dolor, solo obsérvelo. Lo déjelo donde está. Deje que el cuerpo se ablande, que se abra a su alrededor.

Déjelo tal cuál está. No se aferre. No ponga resistencia. Permita que el dolor flote libremente dentro del cuerpo. Permita experimentar la sensación. Afloje todo lo que rodea al dolor.

Deje que la mente se ablande también, las ideas y los pensamientos. Si hay ideas que le causen miedo, ablande la zona que rodea esas ideas. Suelte el miedo, déjelo flotar libremente. Deje que los pensamientos surjan y desaparezcan por sí solos.

Imagine que su cuerpo es como el mar...es como el mar en donde flotan hacia la superficie todas las sensaciones apaciblemente. Su cuerpo es abierto, líquido y suave. Todo lo duro se derrite.

Ahora centre su atención hacia el dolor, pero sin ponerse tenso/a, sin tratar siquiera de hacerlo desaparecer. Su atención entra en el centro mismo de la sensación. El dolor no es mi enemigo.

Investigue esa cosa llamada dolor... ¿Cuál es la verdad de esta experiencia? ¿cómo experimento el dolor? Observe si tiene algún color, ¿Tiene alguna forma?, ¿permanece en un solo lugar? Ó ¿Se mueve?, ¿es redonda o dura? ¿la siento como un nudo? ¿tiene alguna vibración?, ¿es caliente o fría? Sin ejercer fuerza entre directamente en esta experiencia, abriéndose, dejándola libre, sin aferrarse a nada...toda flota en libertad.

CUARTA CONTEMPLACION DEL DOLOR

(Explorando más allá del cuerpo)

Deje que el cuerpo se derrita en su cama/sillón. Déjelo hundirse, no intente sostenerlo.

Piense en el cuerpo sienta su aparente solidez, observe las sensaciones que surgen en el cuerpo.

Sienta la dureza de los huesos. La sustancia de la carne, los ligamentos, los músculos.

Concentre su atención en los bordes y límites de su cuerpo, piense en la parte externa de su cuerpo.

Ahora concéntrese 5 centímetros más allá del borde de su cuerpo. Investigue que hay a su alrededor: el aire, la cama, las texturas de las cosas que le rodean. Casi puede sentir todo lo que estos cinco centímetros más allá del cuerpo. Ahora aumente su atención 30 centímetros más allá del borde de su cuerpo. Puede sentir el cambio de temperatura, el aire

que rodea la habitación, la textura del colchón y las sábanas todo lo que le rodea. Aumente la distancia, piense 2 metros más allá del borde de su cuerpo, siente las paredes, su forma, su textura, el piso, el techo, toda esta habitación puede “tocar” y sentir todo a su alrededor, siente el calor de mi cuerpo, lo toca y lo atraviesa. Ahora piense 5 metros más allá del borde de su cuerpo, extienda su percepción, puede sentir las cosas fuera de esta habitación, vaya más allá y salga de este edificio, sienta las cosas que están afuera, sienta el viento, el sol, las plantas los árboles, todo es como un segundo cuerpo, usted es el árbol, usted es las plantas, usted es el viento. Vaya más allá a mil metros fuera de este lugar, puede ver este edificio desde muy lejos, su mente esta libre abierta a la experiencia. Vaya más allá, salga del planeta usted puede sentir y tocar la luna y las estrellas, usted es la luna, puede ver el planeta, puede sentirse que flota en el centro del universo.

QUINTA CONTEMPLACION DEL DOLOR

(Dejar que todo flote en libertad)

Comience a ablandarse alrededor de las sensaciones molestas. Deje que el dolor se quede allí. No se resista. La piel, la carne los huesos se ablandan, todo se ablanda alrededor del dolor como si fuera mantequilla. Ablandece a nivel de las células...deje flotar las sensaciones libremente.

Haga lo mismo con su mente, ablande sus pensamientos, si surge algún pensamiento déjelo volar, si surge alguna sensación, la deja escapar. Cualquier cosa que surja en la mente o en el cuerpo la déjela escapar...duda, confusión, miedo. Deje escapar todo eso.

Imagine su mente como el cielo amplio y vasto, limpio y celeste. Cada experiencia, cada sensación o cada pensamiento es como una nube. Que cambia constantemente y se repliega sobre si misma y se disuelve en la vastedad.

Dejo que mi atención sea como el cielo, que nada retiene, que nada crea, que deja pasar las cosas sin aferrarlas, sin interferir.

Sienta como el cuerpo flota en libertad, vuelva a prestar atención a la respiración, cada respiración recorre el cuerpo. Sienta como los ojos comienzan a abrirse. Mire despacio a su alrededor.



SESIÓN # 14 - PACIENTE CON IRCT

N° de sesión: 14

Área: Ventilación emocional.

Técnica: Reflexión sobre la coherencia

Modelo: Modelo Cognitivo Conductual

Objetivo: Generar coherencia entre pensamiento y acción ante la enfermedad.

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	• Frase reflexiva.	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Psicoeducación. 3. Técnica a aplicar.		
3	Cierre	4. Retroalimentación		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Establecimiento del Rapport:** El psicólogo saludará, será muy cordial todo el tiempo, observando siempre la condición del paciente para saber si se encuentra disponible a poder participar de la actividad del día. Puede retomar preguntas de cómo se encuentra, basándose en experiencias de lo comentado en otras ocasiones, de manera que el paciente se perciba importante y que todo lo que se conversa es bien recordado por su interlocutor.
- 2. Psicoeducación:** Se aplicará una frase reflexiva, que permita al paciente poder entender el sentido de la coherencia, y aperturen un dialogo que permita una actitud reflexiva sobre lo que se conversará.
- 3. Técnica a aplicar:** Se aplicará la técnica de Reflexión sobre la coherencia, que básicamente, bajo las premisas del modelo cognitivo conductual y la reestructuración cognitiva y con ayuda del terapeuta, permitan abrir un dialogo reflexivo, sobre las actitudes que no permiten a la persona, vivir en coherencia y sostiene comportamientos, que desligado de lo que piensa y siente, pudieran estar afectando su estado actual como paciente de IRCT.
- 4. Retroalimentación:** Como parte del cierre, se retomará la parte final de la técnica de manera que el psicólogo, pueda motivar al paciente sobre lo que piensa y siente, para que pueda realizar comportamientos que le permitan sentirse mejor emocionalmente.

MATERIALES: Frase reflexiva.

SESIÓN N° 14: Reflexión sobre la coherencia.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Es muy importante que, para llegar a la realización exitosa de esta técnica, el paciente ya tenga cierto grado de confianza con el psicólogo que le atiende, ya que de esto depende que esté pueda expresarse con naturalidad y desde la verdad.

El paciente no se encuentra en una posición para modificar aspectos de su vida y más aún si se refieren a aspectos vinculados con su forma de ser o sus costumbres, ya que concentra su energía en buscar sentirse lo más cómodo posible desde la aplicación de las hemodiálisis hasta la forma en la que este pudiera estar retomando ciertos comportamientos para no sentirse tan agobiado por la enfermedad.

Siempre debe dirigirse al paciente desde la verdad, con amabilidad y sin juzgarle.

Todo lo que el paciente pudiera expresar de sus emociones puede que se perciban como distorsionados y en ocasiones no adecuados con su proceso personal de IRCT y lo que una persona normal debería sentir. Es importante por ello destacar, que a pesar de dicha condición no todos los pacientes vivencian esta situación de la misma manera.

ACTIVIDAD: REFLEXIÓN SOBRE LA COHERENCIA.

FRASE: *“El conocimiento propio es el pan con el que se han de degustar todos los manjares”* Sta. Teresa de Jesús.

La base de esa frase radica en el pan que representa al conocimiento propio y los manjares, ser refieren a las diferentes situaciones de la vida que se nos presenta no necesariamente todo nos gusta en los banquetes que se nos pudiera presentar, eso no significa tampoco que deba sentirme obligado a seguir degustando un manjar que no me resulte agradable.

Sin embargo, hay manjares que son como la medicina que sirve para curar, no nos gusta el sabor, pero nos hacen sentir muy bien luego de que dejamos que haga efecto en nosotros mismos. Podríamos decir que son como las situaciones que vivimos y que nos ayudaron a ser mejores personas o a madurar.

Pero hay manjares o experiencias, que nos marcan de cierta manera y producen adicción, son buenos al principio, pero la vida enseña, que los excesos son negativos, entonces por más bueno que sea, en exceso, nos hace daño. Y así pasa con las costumbres, a veces nos acostumbramos a pensar de cierta manera, pero también a actuar de cierta manera o simplemente opuesta a lo que realmente pensamos o sentimos.

Preguntas de apertura:

- *¿Se siente satisfecho con lo que hace o a hecho?*
- *¿Hay algo que le gustaría hacer diferente de lo que actualmente hace?*

1° Información detallada de la preocupación.

Se busca describir, de la mejor manera aquello que pudiera estar generando un malestar sobre acciones realizadas que no permiten que la persona se sienta tranquila, algunas de las formas de apertura para este dialogo podría ser:

- *¿Hay algo que te esté preocupando en este momento?*
- *¿Podría describírmelo con detalles? ¿cómo se siente físicamente y emocionalmente respecto a esto?*

Es importante que las palabras o frases irracionales que diga se apunten y se le dé al paciente a que la vea y se le indique:

- *Piense un poco sobre lo que le hace sentir eso que ha dicho.*
- *¿Considera que es una sensación que le hace sentir bien o mal?*
- *Ahora, independientemente de lo que le haga sentir, ¿considera que tiene sentido pensar de esa manera?*

2° Guiar al cliente a contestar ¿Cuáles son las construcciones que hacen necesario el síntoma?

Se busca que el paciente reconozca si lo que piensa y siente, es coherente con experiencias pasadas, de conocimiento adquirido durante el paso de la vida.

- *¿Lo que siente ya lo había sentido antes? ¿en qué momento?*
- *¿Tiene sentido sentir lo que siente actualmente si lo compara con esa experiencia pasada?*

- *Ahora, independientemente de lo que le haga sentir, ¿considera que tiene sentido seguir pensando de esa manera? O ¿hay alguna otra opción?*

3° Identificar el conocimiento que pueda contradecir la construcción descubierta.

Consiste, en buscar pruebas dentro de la experiencia personal del paciente, que sirva para contradecir lo que, para él, representa una verdad.

- *¿Recuerda alguna persona muy cercana a usted que haya pasado por lo mismo y que reaccionara de otra manera?*
- *¿Qué pasaría realmente si lo que piensa, no tuviera nada que ver con lo que en realidad cree que podría pasar?*
- *¿Considera que hay probabilidades de pensar de otra manera?, nunca tendremos seguridad al 100% pero ¿hay posibilidad de que, si hago lo que en realidad deseo, podría pasar algo realmente bueno con eso que creo que podría ser negativo?*

Es normal sentir que uno vivió engañado todo este tiempo, pero si lo piensa, es muy difícil creer que realmente alguien que no sea su compañero de hemodiálisis, pueda entender lo que está viviendo, y que representa para usted, despertar cada día con lo que está viviendo.

- *¿considera que las cosas podrían verse desde otro punto de vista?*
- *¿cree que vale la pena?*
- *¿cree que si hace ahora lo que piensa podría generar mayor satisfacción?*

4° Cierre:

Es importante que el paciente sienta que lo que piensa es correcto, para que el nuevo pensamiento realmente saludable, pueda formar ahora parte de su repertorio de ideas, y que sea fácil para él o ella, poder llevar a cabo un comportamiento diferente y que le genere gratificación y control sobre sí mismo.

- *¿Hay algo más que le gustaría decir?*
- *¿Cómo se siente sobre lo que hemos conversado?*

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| - Participación y comprensión. | - Mejoría del estado de ánimo. |
| - Disposición a la acción. | - Proyección mediante la actividad. |



SESIÓN # 15 - PACIENTE CON IRCT

N° de sesión: 15

Área: Ventilación emocional.

Técnica: Arteterapia.

Modelo: Psicología Positiva

Objetivo: Mejorar sentido de eficacia del paciente.

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	<ul style="list-style-type: none"> Papel de dibujo. Materiales artísticos. 	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Técnica a aplicar.		
3	Cierre	3. Retroalimentación		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Establecimiento del Rapport:** El psicólogo se presentará siempre con el paciente, observando el estado del paciente y evaluar si se encuentra en disposición de poder participar, siempre fuera de la unidad de hemodiálisis, ya que la técnica no cumple con los criterios biosanitarios necesarios; se puede realizar dentro de la unidad de cuidado paliativos o en un espacio donde el paciente pueda ser cómodamente movilizado.
- 2. Técnica a aplicar:** Se realizará un ejercicio corto de relajación y disposición para adentrarse a la realización de la arteterapia que ayude al paciente, luego se comenzará cada una de estas, se proponen tres tipos de arteterapia; la implementación de esta dependerá del terapeuta y de las condiciones del paciente a tratar, escogiendo cualquiera de éstas. La arteterapia se aplicará bajo el concepto del modelo de la psicología positiva, busca afirmar de manera subjetiva incrementar el ánimo de la persona, que el estado de salud objetivo, buscando a través de la creación artística favorecer el desarrollo del paciente, desplazando el sentimiento de abatimiento hacia un sentimiento de control¹⁶.
- 3. Retroalimentación:** Al finalizar cada sesión, el psicólogo agradecerá y recopilará las explicaciones que da el paciente de su arte, junto con lo que realizó para continuarlo en la siguiente sesión. Al finalizar todo el proceso, el psicólogo explicará en forma sintetizado la experiencia de ver al paciente en dicho trabajo.

MATERIALES: Papel de dibujo, materiales artísticos.

¹⁶ CSIKSZENTMIHALYI M. (2004). Vivre, la psychologie du bonheur. Paris, Robert Laffont

SESIÓN N° 15: Arteterapia.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Premisas ante la aplicación de la técnica:

- La valoración que puede hacer el paciente normalmente sobre su sentido de eficacia está relacionada con su capacidad física para poder realizar diversas actividades, que por su enfermedad actual ha dejado a un lado.
- Es importante que el psicólogo retome lo que en encuentros anteriores, el paciente haya podido expresar, para determinar si dicha técnica podría tener la eficacia esperada.
- El importante deterioro del estado general y las situaciones de dependencia que acarrea hacen que el paciente, con mucha frecuencia, experimente una profunda reducción de su autoestima, hasta el punto extremo de considerar que seguir en vida ya no tenga sentido.
- La arteterapia contribuye a aliviar el sufrimiento y los síntomas de los enfermos, teniendo como objetivo global y prioritario la mejora de su calidad de vida y también, aunque sea por vía indirecta, la de sus familiares.

Sugerencias para la aplicación de la técnica:

- El lugar de la aplicación de la técnica debe ser fuera de la unidad de hemodiálisis y se puede adaptar dentro de la unidad de cuidados paliativos, colocándole una mesa de trabajo que facilite el apoyo del material.
- Lo ideal es colocar un manto blanco descartable sobre el paciente, que no permita que este pueda verse afectado, por materiales creativos, como pintura, polvillo, líquidos o materiales de modelado.
- No interrumpir una sesión de arteterapia, siempre y cuando el paciente no requiere de la intervención prioritaria de otro profesional.
- Siempre que se pueda incorporar la presencia de un familiar en la acción creadora junto a su ser querido enfermo, se facilita con el objetivo de favorecer su comunicación o permitir que ésta cuando ya es fluida, se diversifique en base a otras temáticas de las que se mantienen habitualmente y que suelen versar sobre los aspectos más relacionados con la patología.

- La decisión de interpretación de las producciones artísticas es tomada siempre libremente por el propio autor, con menor o mayor grado de orientación por parte del psicólogo.
- Es importante que, finalizadas las obras creadas por el paciente, se permita un intercambio relacional, verbal y/o no verbal.
- Por las dificultades que acarrea por las condiciones del paciente, el poder crear y concluir rápidamente una actividad de arteterapia, se puede realizar esta actividad durante diferentes momentos de la intervención en hemodiálisis, o en la Unidad de Cuidados Paliativos.

DESARROLLO DE ARTETERAPIA

Indicaciones antes de cada sesión de arteterapia:

Al terapeuta: Debe colocar música de fondo que permita al paciente colocarse en una posición de pensamiento creativo, dependiendo de qué tipo de paciente sea, si es mayor (música que le recuerde sus tiempos), si es joven (música que le haga sentir bien), todo de acuerdo a la edad y las condiciones de cada paciente. Si se realiza de forma grupal, música instrumental como la bossa-nova siempre es muy eficaz.

A los pacientes: *“Vamos a prepararnos para llevar a cabo una sesión de arteterapia, que nos permita poder crear algo que, al finalizar, tendrá un significado para nosotros mismos, pero antes de eso, nos colocaremos en una posición cómoda que nos permita, sentirnos tranquilos mientras llevamos a cabo, la construcción de nuestro arte”*

Para disponerse a la relajación:

Relaja plenamente tu cuerpo, y aquieta la mente...

Entonces imagina una esfera transparente y luminosa que, bajando hasta ti, termina por alojarse en tu corazón.

Si ubicar esa imagen te resultara difícil, atiende simplemente a la sensación de tu pecho sin sobresalto ni inquietud-

Reconocerás al momento que la esfera comienza a transformarse en una sensación expansiva dentro de tu pecho...

Lleva la sensación de la esfera hacia afuera del cuerpo. Deja, sin temor, que tus emociones y todo tu ser la sigan, experimentando calma y una alegría creciente...”

1° Propuesta de arteterapia: Dibujo

Indicaciones: *A continuación, se le presenta una hoja de dibujo del tamaño de un cuarto de papel bond y papel grafito de diferentes niveles de carboncillo, polvillo deslizante para que no se corra el carboncillo y borrador.*

- *La idea central es que dibuje algo que a usted le guste, o representar en forma de dibujo aquello que para usted es o ha sido importante en su vida, símbolos, objetos, paisajes, manchas, etc. Lo que a usted se le ocurre.*
- *Tome en cuenta que, si no le gusta una cosa o si se rompe el papel, con libertad se puede disponer de otra página, hacer otra cosa, lo que usted desee.*
- *Suele suceder en algunos casos que se comienza con una cosa y se termina con otra. No hay ningún problema, el arte es arte y se puede expresar de diferentes maneras.*

2° Propuesta de arteterapia: La pintura.

Indicaciones: *A continuación, se le entregara damos, pinceles de diferentes tamaños, esponjas con diferentes formas de mariposa, flor, o redondas, y también pintura con los colores primarios junto con su botecito con agua para que pueda diluir la pintura. Plasme en una ilustración, algo que a usted le gustaría representar en este momento, puede ser, como se siente, algún recuerdo del pasado o algo que para usted signifique mucho. En caso de que desee pintura acrílica solo lo solicita y se la entregamos.*

- *Se le puede presentar al paciente diferentes técnicas de aplicación de la pintura, de manera que pueda realizar la que mejor se le facilite, y con la que sienta que su obra va tomando la forma deseada.*

3° Propuesta de arteterapia: el collage de técnica mixta.

Indicaciones: *A continuación, se le presenta, materiales con diferentes formas (estrellas, semillas, macarrones, vidrio, arroz, café), rostros, situaciones, dibujos de personas realizando actividades, plastilina, arcilla, barro prefabricado y yeso, plasme algo que a usted le gustaría representar en este momento, puede ser, como se siente, algún recuerdo del*

pasado o algo que para usted signifique mucho. En caso de que desee pintura acrílica solo lo solicita y se la entregamos.

- Se le puede sugerir diferentes formas de disponer de las figuras para hacer el collage, de manera que quede estéticamente visible lo que intenta representar, pudiendo disponer de pintura si así lo deseara.
- Puede disponer de los materiales de modelado dándole ejemplos de cómo utilizarlo y como colocarlo sobre la obra que realiza. De manera que su arte también tenga alto relieve y sienta que la estructura de su arte, quedara bien hecho.

Indicaciones al finalizar el proceso de arteterapia:

Al terapeuta: Siempre colocando la música de fondo, deberá preparar el arte realizado por el paciente e introducirlo en una bolsa transparente estando seco y listo para que el paciente o su familia disponga de qué manera lo enmarcará, junto con ello deberá colocar una descripción del arte realizado.

Es importante que el terapeuta otorgue un diploma de reconocimiento por su participación, de esta manera el paciente podrá verse recompensado por lo que realizó, generándole sentido de eficacia durante su proceso de terminalidad.

Ejemplo de ficha de Identificación de obra:

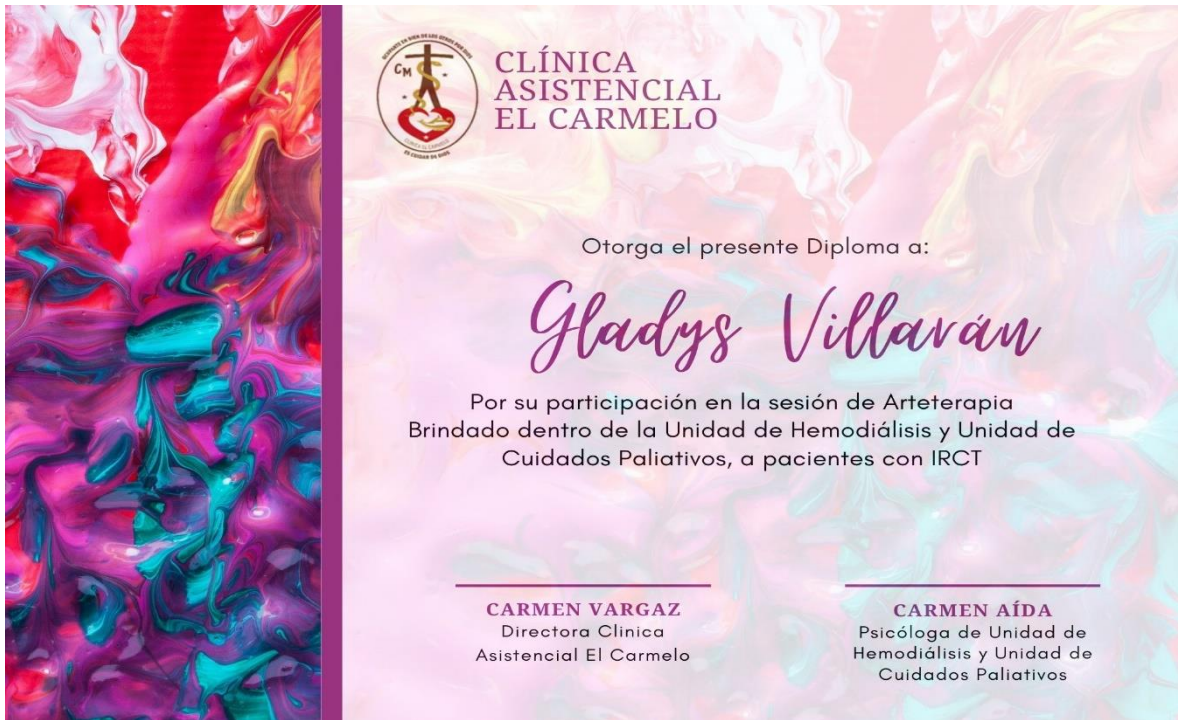
Artista:
Técnica:
Fecha:
Descripción:

Preguntas:

- *¿Cómo se siente con el trabajo realizado?*
- *¿Qué representa para usted, todo lo que ha hecho?*
- *Si pudiera colocarlo en algún lugar, ¿en dónde sería?*

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Disposición.
- Mejoría del estado de ánimo.
- Proyección mediante la actividad.



1Ejemplo de Diploma por participación



SESIÓN # 16 - PACIENTE CON IRCT

N° de sesión: 16

Área: *Espiritualidad*

Técnica: *Metáfora terapéutica.*

Modelo: *Psicología Humanista.*

Objetivo: *Disminuir sensación de incertidumbre ante la muerte.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	• Lectura impresa.	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Técnica a aplicar.		
3	Cierre	3. Retroalimentación.		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Establecimiento del Rapport:** Es importante que, para la aplicación de esta técnica, el psicólogo observe al paciente determinando el estado emocional previo expresando interés por el bienestar de este.
- 2. Técnica a aplicar:** Para poder aplicar la actividad, el terapeuta comenzara sondeando que cosas el general le producen incertidumbre al paciente, normalizando esta emoción. Posteriormente se hará uso de la lectura corta denominada “El Buscador”, de Jorge Bucay. Posteriormente se compartirán opiniones sobre la lectura que permitan profundizar el aprendizaje.
- 3. Retroalimentación:** El psicólogo realizara una síntesis sobre la actividad, haciendo énfasis en las conclusiones obtenidas a partir de la metáfora terapéutica empleada, asignando como una tarea que piense en 5 momentos en los que se ha sentido pleno y feliz anteriormente.

MATERIALES: Lectura impresa.

SESIÓN N° 16: Metáfora terapéutica.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Entre los aspectos psicológicos al final de la vida es importante reconocer que la manera en la que las personas enfrentan la muerte tiene que ver con la manera en que han aprendido o no a hacer frente a los momentos difíciles de la vida.

Las emociones más frecuentes incluyen el miedo la sensación de incertidumbre, pero acá valoraremos una diferencia, para que el psicólogo, sepa con que sensación emoción se encuentra:

MIEDO	INCERTIDUMBRE.
<ul style="list-style-type: none">• A lo desconocido.• Al dolor potencial.• A la pérdida de autonomía• A los efectos secundarios de los tratamientos.• A la reacción de otras personas.• Al aislamiento y a la separación de los demás.	<ul style="list-style-type: none">• Del porqué de la enfermedad.• Como funcionar a corto y largo plazo.• Si la enfermedad es fatal o no.• Si es posible vivir/morir con dignidad.• Como harán frente a su muerte sus seres queridos.

- La experiencia de la enfermedad en IRCT amenaza la vida y hace confrontar a la persona con su equilibrio emocional.
- El soporte social sin duda, podrá amortiguar los efectos de esta situación de estrés, en la medida en que satisfaga sus necesidades de contacto, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Comprensión.
- Reflexión.
- Disminución de sensación de tensión, amenaza y peligro.

TECNICA: METAFORA TERAPÉUTICA

APLICACION DE LA TECNICA

Paso 1: Indagar sobre sensaciones actuales de incertidumbre que pueda presentar el paciente en general, utilizando preguntas como *¿últimamente hay algo que le produzca inseguridad o le preocupe? ¿Qué más? ¿Piensa mucho sobre cosas que no han ocurrido?*

Paso 2: Normalizar la incertidumbre haciendo ver al paciente que es completamente normal en toda persona, que hay diferentes cosas que pueden provocar inseguridad o preocupación, que algunas no tienen fundamento pero que otras si, y que es pertinente diferenciar entre ambos tipos.

Paso 3: Se procede a dar lectura a la historia denominada “El buscador” de Jorge Bucay, utilizando un tono de voz claro y pausado.

Paso 4: una vez terminada la lectura se realiza una serie de preguntas tales como:

- *¿Qué le pareció la lectura?*
- *¿Qué parte le gusto menos y que parte más?*
- *¿Si ocurrieran los acontecimientos que se describen en la lectura, que opinaría al respecto?*

Suponiendo que en la lectura no hubiese cuadernos en los cuales anotar los momentos que ahí se describen, ¿de qué otra manera considera que podrían preservarse esos recuerdos?

¿Qué conclusión puede formular sobre la lectura?

EL BUSCADOR

Esta es la historia de un hombre al que yo definiría como buscador. Un buscador es alguien que busca. No necesariamente es alguien que encuentra. Tampoco esa alguien que sabe lo que está buscando. Es simplemente para quien su vida es una búsqueda.

Un día un buscador sintió que debía ir hacia la ciudad de Kammir. Él había aprendido a hacer caso riguroso a esas sensaciones que venían de un lugar desconocido de sí mismo, así que dejó todo y partió. Después de dos días de marcha por los polvorientos caminos divisó Kammir, a lo lejos. Un poco antes de llegar al pueblo, una colina a la derecha del sendero le llamó la atención. Estaba tapizada de un verde maravilloso y había un montón de árboles, pájaros y flores encantadoras. La rodeaba por completo una especie de valla pequeña de madera lustrada... Una portezuela de bronce lo invitaba a entrar.

De pronto sintió que olvidaba el pueblo y sucumbió ante la tentación de descansar por un momento en ese lugar. El buscador traspaso el portal y empezó a caminar lentamente entre las piedras blancas que estaban distribuidas como al azar, entre los árboles. Dejó que sus ojos eran los de un buscador, quizá por eso descubrió, sobre una de las piedras, aquella inscripción ... “Abedul Tare, vivió 8 años, 6 meses, 2 semanas y 3 días”.

Se sobrecogió un poco al darse cuenta de que esa piedra no era simplemente una piedra. Era una lápida, sintió pena al pensar que un niño de tan corta edad estaba enterrado en ese lugar... Mirando a su alrededor, el hombre se dio cuenta de que la piedra de al lado, también tenía una inscripción, se acercó a leerla decía “Llamar Kalib, vivió 5 años, 8 meses y 3 semanas”.

El buscador se sintió terriblemente conmocionado. Este hermoso lugar, era un cementerio y cada piedra una lápida. Todas tenían inscripciones similares: un nombre y el tiempo de vida exacto del muerto, pero lo que lo contactó con el espanto, fue comprobar que, el que más tiempo había vivido, apenas sobrepasaba 11 años.

Embargado por un dolor terrible, se sentó y se puso a llorar. El cuidador del cementerio pasaba por ahí y se acercó, lo miró llorar por un rato en silencio y luego le preguntó si lloraba por algún familiar.

- No ningún familiar – dijo el buscador - *¿Qué pasa con este pueblo?, ¿qué cosa tan terrible hay en esta ciudad? ¿por qué tantos niños muertos enterrados en este lugar? ¿cuál es la*

horrible maldición que pesa sobre esta gente, que lo ha obligado a construir un cementerio de chicos?

El anciano sonrió y dijo: -Puede usted serenarse, no hay tal maldición, lo que pasa es que aquí tenemos una vieja costumbre. Le contaré: cuando un joven cumple 15 años, sus padres le regalan una libreta, como esta que tengo aquí, colgando del cuello, y es tradición entre nosotros que, a partir de allí, cada vez que uno disfruta intensamente de algo, abre la libreta y anota en ella: a la izquierda que fu lo disfrutado..., a la derecha, cuanto tiempo duró ese gozo. *¿Conoció a su novia y se enamoró de ella? ¿Cuánto tiempo duró esa pasión enorme y el placer de conocerla? ... ¿una semana?, dos?, ¿tres semanas y media? ... Y después... la emoción del primer beso, ¿cuánto duró?, ¿el minuto y medio del beso?, ¿dos días?, ¿una semana? ... ¿y el embarazo o el nacimiento del primer hijo? , ¿y el casamiento de los amigos...?, ¿y el viaje más deseado...?, ¿y el encuentro con el hermano que vuelve de un país lejano...? ¿cuánto duró el disfrutar de estas situaciones? ... ¿horas?, ¿días?...*

Así vamos anotando en la libreta cada momento, cuando alguien se muere, es nuestra costumbre abrir su libreta y sumar el tiempo de lo disfrutado, para escribirlo sobre su tumba. Porque ese es, para nosotros, el único y verdadero tiempo vivido.



SESIÓN # 17 - PACIENTE CON IRCT

N° de sesión: 17

Área: Manejo del dolor.

Técnica: Musicoterapia.

Modelo: Psicología Humanista.

Objetivo: Estabilizar el estado de ánimo del individuo.

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Establecimiento del Rapport.	<ul style="list-style-type: none"> • Reproductor de audio. • Instrumentos musicales. • Pistas musicales. 	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Técnica a aplicar.		
3	Cierre	3. Retroalimentación.		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

1. **Establecimiento del Rapport:** El psicólogo procurará observar al paciente, preparando la idea de la forma que escogerá para aplicarla con el paciente, tomando en cuenta la condición del paciente y de sus comentarios al ver al psicólogo y responder a sus saludos.
2. **Técnica a aplicar:** Se aplicará musicoterapia, con el fin de buscar estimular en el paciente reacciones de tranquilidad, que le permitan poder disminuir la experiencia del dolor durante la terapia de Hemodiálisis, o en grupo, dentro de la Unidad de cuidados paliativos, disponiendo de diversas maneras de la creación de música, invitación de alguien a participar con los pacientes, o simplemente reproducir un audio para alegrar al paciente.
3. **Retroalimentación:** El psicólogo retomará las experiencias revividas de la musicoterapia con el fin de ayudar al paciente a recordar con gratitud y vivir su presente con alegría.

MATERIALES: Reproductor de audio, Instrumentos musicales y pistas musicales.

SESIÓN N° 17: Musicoterapia.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Datos funcionales sobre la musicoterapia:

- ayuda en la mejora de la ansiedad en los pacientes y sus familiares¹⁷.
- Se han realizado diversos estudios en los que se evidencia que la Musicoterapia favorece la reducción de la percepción de dolor en los pacientes¹⁸.
- se ha observado que mejora el estado de ánimo, facilita la respiración, la somnolencia, a relajación, el cansancio y se puede incluso disminuir los niveles de analgesia o sedación¹⁹.
- Por sí misma la música provoca en las personas una serie de sensaciones y emociones, que evocan momentos biográficos y pueden provocar una movilización emocional que según el uso que se haga de ella, puede desembocar en reacciones negativas, desagradables o demasiado intensas, pudiendo llegar a convertirse en algunas ocasiones en situaciones dolorosas difíciles de gestionar por sí mismas.
- En definitiva, la musicoterapia ofrece al paciente un momento de conexión consigo mismo y de expresión desde lo más profundo de su ser con el musicoterapeuta y con sus familiares a través de la música. Es un medio para cubrir necesidades físicas, psicológicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente.

Formas de aplicación de la musicoterapia en Cuidados Paliativos:

- Escuchar música en vivo o música grabada.
- Aprender técnicas de relajación de música asistida, como la relajación muscular progresiva o la respiración profunda.
- El canto de canciones conocidas con acompañamiento en vivo o grabado.
- Tocar instrumentos de percusión, como parte activa de la musicoterapia.
- Improvisar música con instrumentos o con la voz.
- La creación de arte con la música.

¹⁷ Salmon, D. (2001). Music therapy as psychospiritual process in palliative care. *Journal of Palliative Care*, 17(3), 142.

¹⁸ Aldridge, D. (1995). Spirituality, hope and music therapy in palliative care. *The Arts in psychotherapy*, 22(2), 103-109

¹⁹ Gallagher, L. M., Lagman, R., Walsh, D., Davis, M. P., & LeGrand, S. B. (2006). The clinical effects of music therapy in palliative medicine. *Supportive care in cancer*, 14(8), 859- 866.

- Bailar o moverse para sentir la música.
- Hablar de la propia reacción emocional o significado unido a una canción o la improvisación en particular

Antes de cada aplicación:

1. El psicólogo debe saber ya sea por parte del paciente o de la familia, la música que normalmente escucha o prefiere el paciente, y que pudiera estimular una emoción positiva en el paciente.
2. El psicólogo debe llevar consigo un reproductor de audio portátil, que le permita poder usarlo si el paciente lo solicita.
3. El psicólogo debe saber si el paciente posee habilidades para manejar algún instrumento, con el que luego se le pueda estimular.
4. Se puede disponer de alguna persona que sepa cantar o tocar algún instrumento para que el sonido también evoque en el paciente, recuerdos emocionalmente positivos.
5. Debe disponerse de instrumentos que el paciente pueda utilizar.
6. El espacio de aplicación puede ser dentro de la Unidad de Cuidados paliativos, si se desean incorporar movimientos físicos, y dentro de la unidad de hemodiálisis si solo se desea incorporar el recuerdo de canciones a través de una persona cantante o de un reproductor de audio.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: MUSICOTERAPIA

1° Forma de aplicación: Terapia musical individual.

Solo el paciente y el terapeuta se comunican entre sí, este tipo de terapia se utiliza con frecuencia sólo cuando hay cierta confianza entre el paciente y el terapeuta, también se utiliza cuando el paciente no es capaz de encajar en un grupo.

Indicaciones:

Vamos a escuchar una canción y le pondremos atención a su contenido, la idea central es buscar revivir recuerdos importantes, y luego conversar sobre ello, descubrir de qué color es la emoción que evoca dichos sentimientos y expresarlo. Se vale expresar lo que se siente en expresiones corporales con palabras, se puede cerrar los ojos o mirar atentamente con la imaginación todos los recuerdos.

2° Forma de aplicación: Terapia musical en grupo.

Indicaciones:

A continuación, se presentará una serie de sonidos, que invitarán al movimiento, cada uno puede moverse con las partes de su cuerpo que considere que se mueven al ritmo de la música, ésta también se alternara en algunos momentos, habrá música de diferentes géneros que tienen el fin de generar recuerdos positivos se vale reír, se vale llorar, se vale sentir, sobre todo eso, sentir. En algunos casos puede disponer de los instrumentos que se encuentran presentes, en otros casos puede utilizar el cuerpo para crear sonidos.

Preguntas de cierre:

- *¿Qué recuerdos evoco estos sonidos o esta música o la letra de la canción?*
- *¿Qué le hizo sentir?*
- *¿Qué le hizo recordar?*
- *¿le gustaría continuar escuchando?*

Recomendaciones musicales:

ARTISTAS:

Mirabai Ceiba



Reiki armonia



Ondas Alfa



lucas cervetti



Mandharu



Mandharu



INDICADOR DE CRECIMIENTO:

- Disminución de tensión.
- Expresiones faciales de calma.



SESIÓN # 18 - PACIENTE CON IRCT

N° de sesión: 18

Área: *Conciencia de finitud.*

Técnica: *Autoexamen dentro de visualización guiada*

Modelo: *Psicología Positiva*

Objetivo: *Preparar psicológica y espiritualmente propiciando la conciencia de finitud.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. establecimiento del Rapport.	• Reproductor de audio.	20 minutos.
2	Desarrollo	2. Técnica a aplicar.	• Audio	
3	Cierre	3. Retroalimentación.	relajante.	

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Establecimiento del Rapport:** El psicólogo saludara cordialmente, preguntara como se a sentido durante el tiempo que ha pasado y se permitirá hacer un realce sobre características comportamentales del paciente que le permitan introducirse al tema de lo espiritual en el paciente o visto desde la psicología como el significado de los símbolos en la vida del paciente o las costumbres de este en relación son el sentido de su vida.
- 2. Técnica a aplicar:** Autoexamen dentro de visualización guiada es la actividad que se realizara, con el fin de estimular en el paciente, teniendo como base las experiencias personales y el valor o importancia que le da a ciertos aspectos de su vida personal, vinculados con prácticas, costumbres o la frecuencia de ciertas relaciones con personas, objetos, lugares o tiempos de su vida personal, social o cultural, como lo es la práctica de religión o costumbres espirituales, de manera que le ayuden a profundizar sobre el tema de finitud ayudándose de sus propias experiencias y de ser posible, reviviendo ciertas costumbres decidiendo de qué manera cerrar su propio ciclo, concretizando una conciencia de finitud.
- 3. Retroalimentación:** El psicólogo tomara en cuenta todo lo dicho y visto durante la sesión, haciendo una valoración global en positivo, que aliente al paciente a seguir pensando en positivo sobre las experiencias vividas en forma de gratitud.

MATERIALES: Reproductor de audio y audio relajante.

SESIÓN N° 18: Autoexamen dentro de visualización guiada.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

1. Es importante que el psicólogo conozca si la persona practica o no alguna religión.
2. Reconocer a través de la familia, si existen personas que pudieran facilitar el proceso del perdón a través de personas como, pastores, religiosos, sacerdotes, que simbolizan para el paciente parte del apoyo espiritual.
3. Conocer si el centro asistencial o el hospital cuenta con apoyo espiritual, directamente ligado con las prácticas religiosas del paciente y que pudieran ser utilizados.
4. El psicólogo debe estar atento desde antes, con la utilización de símbolos, expresiones o costumbres comunes del paciente, que ha expresado con anterioridad.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

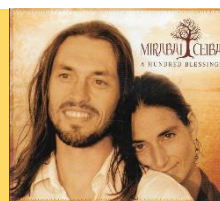
- Normalización sobre el final de la vida.
- Comentarios reflexivos.

ACTIVIDAD: AUTOEXAMEN DENTRO DE VISUALIZACIÓN GUIADA

En la vida de las personas, especialmente cuando se acerca su final, surgen inevitablemente cuestiones de naturaleza espiritual. Así, en el contexto de los cuidados paliativos es habitual que se desencadene una búsqueda de respuestas, un viaje espiritual.

MÚSICA DE FONDO:

Mirabai Ceiba - A Hundred Blessings (2010, Digipak, CD) | Discogs



Cierro los ojos y presto atención a mi respiración, toda la atención se encuentra en el proceso de respirar y en sus sensaciones, no modifico para nada mi respiración, simplemente observo como respiro sin modificar para nada la forma de respirar, tomo aire y echo aire, simplemente sin más, con toda mi atención centrada en el proceso de respirar, soy un observador que mira mi respiración como observaría la llama de una vela, sin identificarse con ella, sin juzgar, simplemente observo

Ahora cuando percibo que la respiración produce un cierto estado de calma en mi interior dirijo mi atención al corazón, sin más instrucciones, la atención permanece en la observación del palpitar del corazón, no juzgo nada, simplemente permanezco sintiendo el palpitar, quizás pueda sentir el peso, picor, calor, observo simplemente, mi atención permanece en el palpitar como lo hizo con el respirar, observo y siento, tomando conciencia de mis sensaciones en ese instante.

1° Recolectar información sobre cosas, actividades o relaciones en la vida de la persona que son importantes y que aportan significado: **(NO SE DICE)**

¿puede recordar de su historia personal, las personas o lugares que usted frecuento, que eran importantes o que tenían un significado particular para usted?

¿Por qué eran importantes?

2° Valoración de la vida sobre un propósito explícito: **(NO SE DICE)**

Me imagino en una hermosa gruta tropical bordeada por un arroyo de agua cristalina. En el interior, una señora muy bella de porte digno y amable. Me acerco a ella. Le indico que punto del cuerpo es más débil o enfermizo y le hablo de la disconformidad que siento con ciertos aspectos del propio cuerpo.

si pudiera decir que la vida tiene un propósito ¿Cuál diría usted que ha sido el propósito de su vida?

¿conecta eso con alguna actividad que usted practicara, o con las personas que más tratara o admirara?

3° Valoración del impacto de la enfermedad en la vida de la persona, en cuanto a aportar significado o propósito: **(NO SE DICE)**

Recuerdo el momento o los momentos en los que creo haber equivocado el rumbo de vida. Momentos en los que uno supone que, si hubiera elegido bien, la vida actual sería más feliz. Me veo en esa situación. Reconozco que el rumbo que se tomó en aquel momento era el único posible.

Considero que de haber procedido de otra forma las cosas hubieran resultado peor que en el momento actual. Me propongo a futuro tener elecciones más libres.

El sentir que tu vida está amenazada, ¿Ha cambiado tu forma de ver las cosas?

¿Te siguen preocupando las mismas cosas que antes? ¿Tienes prioridades distintas? ¿Te es igual de fácil o difícil tomar decisiones o afrontar los problemas diarios?

4° Valoración sobre si la enfermedad dio lugar a una reevaluación del propósito o de las prioridades vitales: **(NO SE DICE)**

Recuerdo relaciones amorosas o afectivas de mi vida que fracasaron. Me imagino en esas situaciones. Agradezco a la otra u otras personas involucradas, los momentos de felicidad y aprendizaje logrados al lado de ellas. Observo una bandada de alegres pájaros en el cielo azul.

Tras vivir lo vivido, ¿sientes cierta indiferencia o desapego por las cosas o personas, como si nada importara o tuviera sentido ya?, ¿cómo te gustaría recordar el tiempo vivido entre estos dos hechos?

¿Qué transmitiste o qué te gustaría que recordaran las personas que quieres sobre cómo llevaste esta experiencia cuando no estés?

5° Deseo de revivir experiencias alcanzables durante el proceso médico. **(NO SE DICE)**

¿Le gustaría participar en algún rito en particular o que alguna persona importante para usted, ya sea por sus costumbres o afecto le visitara?

Si pudieras hacer un testamento a través de consejos a sus seres queridos, que le gustaría decirles o que supieran.

Estoy caminando de noche por un callejón estrecho, la luz es mortecina y hay bruma en el ambiente; aunque intento salir por callejuelas laterales, siempre vuelvo al mismo lugar. Aparecen tres carteles a modo de flechas señaladoras apuntando en direcciones diferentes. Uno dice: “Repetición de la vida”, dando a entender lo que a uno le ha estado sucediendo. El segundo cartel dice: “Anulación de la vida”, significando que por allí se va al desgaste, la pérdida de fuerza, la rutina y la eliminación del entusiasmo. Finalmente, el tercero, indica: “Más allá de la vida”, mostrando que hay una posibilidad nueva que uno no ha aclarado suficientemente. Permanezco en la encrucijada un momento, meditando sobre la propia vida en relación a esos carteles. Por último, tomo la dirección del tercero, saliendo a una hermosa e iluminada avenida.



ACOMPañAR
CUIDAR Y
CONSOLAR.

*Programa de cuidados Psicológicos
Paliativos*

*Dirigido a familiares cuidadores de
pacientes con IRCT*



SESIÓN # 01 – FAMILIARES CUIDADORES

Nº de sesión: 01

Área: *Psicoeducación*

Técnica: *Psicoeducación.*

Modelo: ---

Desmitificar el rol del psicólogo para dar a conocer su desempeño

Objetivo: *para dar a conocer su función en el área de hemodiálisis y Cuidados Paliativos.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Saludo y presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Papelógrafo. • Escala de sobrecarga del cuidados de ZARIT. • Tríptico. 	45 minutos
2	Desarrollo	2. Dinámica. 3. Psicoeducación. 4. Evaluación 5. Espacio de preguntas.		
3	Cierre	6. Retroalimentación y cierre.		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

1. **Saludo y presentación:** Se realizará un saludo a todos los integrantes del grupo, en el que se les dará la bienvenida, y se llevará a cabo la presentación del equipo facilitador.
2. **Dinámica de presentación:** Se llevará a cabo una dinámica rompe hielo, que se llama la fruta de mi nombre, la cual consistirá en que cada uno de los participantes dirá su nombre y una fruta que inicie con la inicial de su nombre, todos consecutivamente hasta llegar al que inicie.
3. **Psicoeducación sobre el rol del psicólogo:** En esta actividad se realizará la psicoeducación destinada a que los familiares conozcan un poco más de cerca las labores y acciones que realiza el psicólogo, los mitos que giran en torno al desempeño de dicho profesional además de ello se profundizará en explicar el rol del profesional de la salud mental.
4. **Evaluación:** Se aplicará la Escala de Sobrecarga de cuidador de Zarit, para conocer cómo se encuentra el familiar cuidador.

5. **Espacio para preguntas:** Se realizará un espacio para que los participantes del grupo realicen sus preguntas al equipo facilitador, y si necesitaren aclaración de algunas dudas al respecto de lo visto en la sesión, u otras dudas.
6. **Cierre y retroalimentación:** Se agradecerá la asistencia a la sesión grupal, invitándolos a la siguiente sesión a desarrollar.

MATERIALES: Papelógrafo, tríptico y escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT.

SESIÓN 1: Psicoeducación.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Es importante que, para el desarrollo de esta sesión, el psicólogo encargado aborde a los familiares con una actitud de seguridad puesto que los participantes presentaran dudas, inseguridades con respecto al proceso y buscaran respuestas mayormente desde el punto de vista médico, por lo que es necesario que el psicólogo maneje el tema a profundidad y posea no solo los conocimientos referentes a su área. Esto también será de utilidad para que los familiares lo perciban como una persona confiable. En esta sesión también debe observar actitudes de los familiares, modos de interactuar e incluso el nivel de comprensión que posea cada uno.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Comprensión del rol del psicólogo en CP.
- Interacción mutua entre participantes.
- Formulación de preguntas por parte de los participantes.

EL ROL DEL PSICÓLOGO CON LOS FAMILIARES DE PACIENTES CON IRCT.

Trabajo con familiares cuidadores de pacientes con IRCT



LO QUE HACE EL PSICÓLOGO

BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL.

El psicólogo está entrenado para ayudar a las personas desde la psicología, cada persona es distinta y cada una requiere de atención individual, familiar de pareja o en grupo, pero esta opción es común cuando las personas en ese grupo, comparten algo en común vinculado con la necesidad que poseen psicológica, emocional, cognitiva o de modificación de la conducta. El psicólogo detecta esas necesidades, valiéndose de herramientas y distintos modelos teóricos o derivaciones del análisis funcional de la conducta.

CONOCER Y FAVORECER EL DESARROLLO COGNITIVO.

En tanto que la psicología se ofrece como una herramienta para comprender al ser humano, también se ha desarrollado como objetivo el favorecer o fomentar que ese ser se desenvuelva en condiciones positivas para sí mismo. Así, una de las funciones más recientes del psicólogo ya no solo se encarga de comprender y acompañar (o incluso "curar") los malestares, sino de comprender y favorecer los bienestar.

OFRECER ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO HUMANO.

Esta función es más o menos reciente en la historia de la psicología, y se corresponde con la especialidad social de esta. Hay también ramas de la psicología social que consideran que la sociedad no es otra cosa que la actividad colectiva de los individuos, con lo cual, no solo "nos afecta", sino que al mismo tiempo la producimos. Esto es parte de las curiosidades que un psicólogo puede tener e intentar desarrollar en la forma de teorías e intervenciones.

COMPRENDER COMO CREAMOS Y SOMOS AFECTADOS POR LA SOCIEDAD.

Otra de las funciones más características del psicólogo ha sido la de estudiar, describir y comprender cómo es que actúan la inteligencia, el razonamiento, la planeación a futuro, la memoria, la atención, el aprendizaje, entre otras actividades que constituyen nuestros procesos cognoscitivos.

A través de esta comprensión y de las propuestas que se han generado en la psicología cognitiva, el psicólogo ha ganado una función más: crear las estrategias necesarias para favorecer dichos procesos.

MITOS DEL ROL DEL PSICÓLOGO



Los psicólogos existen para personas débiles.

Buscar ayuda significa que se identificó un problema y se quiere estar mejor, lo que demuestra de por sí una gran fortaleza interior. Cuando la persona siente que algo le pesa demasiado y está en una situación desesperada, contactar a un psicólogo permite descargar y, poco a poco, ver las cosas con mayor claridad para encontrar soluciones concretas.

Sólo la gente loca recurre a terapia

En primer lugar, el uso de las palabras "loco" o "locura" está cargado de ideas negativas y muy anticuadas respecto a la salud mental, lo que remonta a la época en que poco y nada se sabía sobre los trastornos psicológicos y su clasificación. En este sentido, los psicólogos están ahí no sólo para cubrir las necesidades de personas con enfermedades mentales, sino que también para escuchar y enseñar cómo resolver problemas de una manera más sana y efectiva.



Un psicólogo sólo puede ayudarte si ha vivido lo mismo que tú

La empatía es una cosa y el ser psicólogo es otra. En muchos casos ambos temas se mezclan, pero no es un requisito fundamental que el psicólogo haya vivido las mismas experiencias que la persona para entender su dolor o preocupaciones.

Los psicólogos analizan a la gente incluso fuera de sus consultas

Los psicólogos son personas "comunes y corrientes" que no tienen un sexto sentido ni analizan a las personas en la vida cotidiana. Vale la pena puntualizar que una terapia requiere de ciertos elementos básicos, tanto por parte del profesional como del consultante y su entorno, con el fin de realizarse de manera adecuada.



EL PSICÓLOGO Y FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON IRCT

Importancia de la participación grupal en el cuidador de paciente con IRCT

La actividad en grupo centra su trabajo en las interacciones interpersonales, de modo que puedan abordarse los problemas personales e interpersonales en un contexto grupal. La participación del psicólogo en el grupo con los familiares cuidadores, al igual que la psicoterapia individual, está destinada a ayudar a las personas que desean mejorar sus habilidades para afrontar los problemas que se presentan en la vida cotidiana. El objetivo de esta participación por parte del familiar cuidador del paciente con IRCT, es ayudar a resolver las dificultades emocionales y estimular el desarrollo personal de los participantes para otros miembros del grupo.

dentro del papel como familiar cuidador se experimenta una serie de emociones en su mayoría negativas, donde la sensación de aislamiento, soledad e incomunicación es una constante en los cuidadores no profesionales, lo que deriva en una acumulación de emociones como tristeza, frustración. No en vano el cuidador familiar siempre tiene la sensación de que nadie le comprende.

El psicólogo ayuda a modificar los pensamientos, sentimientos y conductas disfuncionales.

Este tipo de grupos, ayuda al familiar del paciente con IRCT, a compartir experiencias y tener beneficios al sentirse comprendidos por otros en las mismas circunstancias.

Sobre todo impulsa al familiar a tomar conciencia de sus problemas, atender sus propias necesidades y comenzar a cuidarse a él o ella mismo/a.



ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Puntuación:

0 Nunca 1 Rara vez 2 Algunas veces 3 Bastantes veces 4 Casi siempre

Preguntas	Respuesta				
	0	1	2	3	4
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su					

- familiar, además de sus otros gastos?
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
 17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?
 18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?
 19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?
 20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?
 21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?
 22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.



Clínica Asistencial El Carmelo



Clínica de Cuidados Paliativos y de Control del Dolor

MÁS OBJETIVOS Y FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL PSICÓLOGO EN CUIDADOS PALIATIVOS

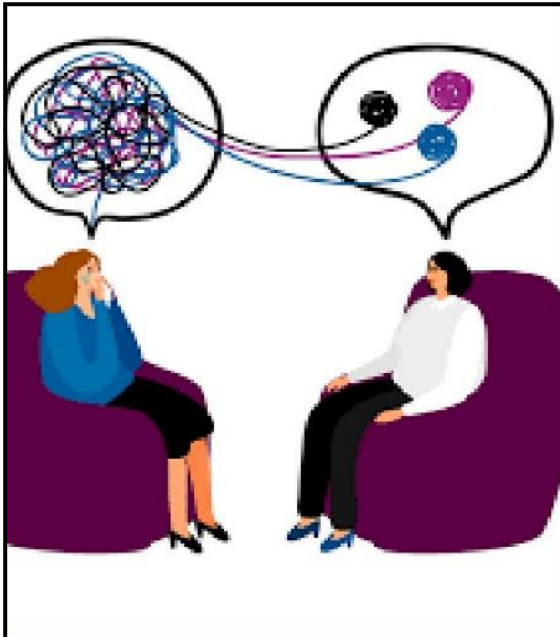
- Complemento a los tratamientos farmacológicos
- Comunicación de malas noticias
- Formación de profesionales
- Duelo

Únase

Al grupo de intervención para familiares cuidadores de pacientes con IRCT, llamado: "No estamos solos"



Psicología y Cuidados Paliativos



“DEVOLVER DIGNIDAD A LA VIDA, VOLVER A ARMARLA CUANDO SE DESARMA”

¿Cuál es el papel de la psicología en Cuidados Paliativos?

La función del psicólogo, es complementar y optimizar el objetivo primordial del equipo de cuidados paliativos, es decir, la consecución del bienestar para el enfermo y la familia favoreciendo, en este caso, la adaptación psicológica al proceso de la enfermedad y la muerte.



¿Qué hace el psicólogo?

ACOMPañAMIENTO PSICOLÓGICO AL PACIENTE:

desde el momento del diagnóstico de una enfermedad terminal hasta el fallecimiento. La persona pasa por una serie de etapas que podríamos equiparar a un duelo. Un acompañamiento psicológico adecuado durante todo el proceso puede permitir a la persona mejorar su calidad de vida y la aceptación de la situación.

ACOMPañAMIENTO PSICOLÓGICO A LA FAMILIA:

en estas situaciones, es normal en los familiares que se dé un duelo anticipado. Su atención psicológica también es muy importante. Ya que, al fin y al cabo, la familia es el principal apoyo del enfermo.

TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS:

durante todo el proceso. Tanto en el paciente como en familiares y profesionales se pueden dar síntomas de ansiedad o depresión que deben ser tratados por un profesional cualificado. El psicólogo dispone de herramientas para el tratamiento de estos síntomas. También puede elaborar un tratamiento en caso de que se diagnostique algún trastorno psicológico.



SESIÓN # 02 – FAMILIARES CUIDADORES

Nº de sesión: 02

Área: *Cognitiva.*

Técnica: *Reestructuración Cognitiva.*

Modelo: *Modelo Cognitivo Conductual.*

Objetivo: *Reconocer el papel que juegan los pensamientos en la forma de afrontar la IRCT en los familiares cuidadores.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Saludo y bienvenida.		
2	Desarrollo	2. Dinámica. 3. Psicoeducación 4. Actividad Central 5. Espacio para preguntas	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura corta. • Pizarrón. • Guía de preguntas 	45 minutos.
3	Cierre	6. Retroalimentación y Cierre		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

1. **Saludo y bienvenida:** Se realizará un saludo a todos los integrantes del grupo, en el que se les dará la bienvenida, y se les preguntará como han estado sus actividades en la semana, para crear una cohesión amena del grupo.
2. **Dinámica de Desinhibición:** Llamada el teléfono descompuesto, la cual consiste en que un facilitador le dirá en el oído a uno de los participantes un texto, el cual deberá repetir al siguiente compañero de grupo continuo a éste, hasta que el mensaje llegue al facilitador que iniciará la actividad. Su fin es que en muchas ocasiones el familiar tiene ideas preconcebidas sobre la enfermedad.
3. **Psicoeducación:** Sobre el modelo ABC y las ideas irracionales en las que se explicará cómo se presentan cada una de ellas dentro de los pensamientos de los participantes, y cuáles son las principales situaciones de la vida cotidiana que se ven involucrados pensamientos desadaptativos en los cuales esta intervención es necesaria.
4. **Actividad central:** Poner en práctica lo aprendido en la psicoeducación, la cual consistirá en que, se elegirá al azar tres participantes, para que puedan pasar al frente ya cuando

hayan sido seleccionados, escribirán uno por uno en el pizarrón, un registro de identificación de sus propios pensamientos, el cual deberán rellenar según lo entendieran en la psicoeducación.

5. **Espacio para preguntas:** Si hubiere alguna duda o pregunta, se le dará respuesta a las mismas, a partir de la psicoeducación, para que el conocimiento de los participantes sea provechoso en dicha sesión.
6. **Retroalimentación y cierre:** Se realizará una breve retroalimentación de lo visto en la sesión grupal, para refrescar los conocimientos aprendidos en la psicoeducación anteriormente vista luego, se agradecerá la asistencia a la sesión grupal, invitándolos a la siguiente sesión a desarrollar.

MATERIALES: Lectura corta, pizarrón, guía de preguntas.

SESIÓN 2: Reestructuración Cognitiva.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Para el desarrollo óptimo de esta sesión, es recomendable que el psicólogo encargado utilice una adaptación de su lenguaje en términos menos técnicos y más populares, puesto que es muy probable que entre los participantes algunos no tengan un nivel académico muy alto. Es por esto que se recomienda que el terapeuta a partir de la sesión anterior haya observado a que participantes se les dificulta más la comprensión de contenidos, y a partir de esto que la psicoeducación se adapte a los familiares, evitando terminologías muy técnicas. Lo importante es la comprensión del contenido y la aplicación de este a su vida diaria.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Comprensión de la temática.
- Identificación de ideas irracionales.
- Participación.

EL ABC DE ALBERTH ELLIS

ENTENDER COMO
PENSAMOS

ES EL PRIMER
PASO

PARA PENSAR
MEJOR.

El modelo ABC es una teoría planteada por el cual se trata de explicar por qué las personas, pese a vivir un mismo evento, pueden desarrollar respuestas diferentes en función de sus propias creencias. Estas creencias son un pilar fundamental a la hora de comprender cómo ver la persona el mundo y cómo decide hacerles frente a las demandas de la vida cotidiana.

A - B - C

Acontecimiento - Creencia - Consecuencia



MI MADRE RECIBE UN MAL DIAGNOSTICO

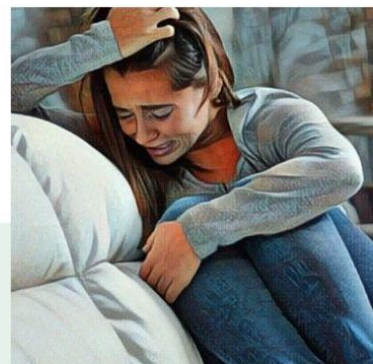
se entiende por acontecimiento activador, aquel fenómeno que le ocurre a un individuo o que él mismo ha propiciado que ocurra que hace que se activen una serie de pensamientos y conductas problemáticas. Esto puede ser una situación externa al individuo, como un accidente, la enfermedad de un familiar, una discusión con otra persona, o algo interno de la persona, como un pensamiento, fantasía, conducta o emoción propio de la persona.



PIENSO QUE SE MORIRA

Se entiende por sistema de creencias a toda la serie de cogniciones que conforman la forma de ser y ver el mundo de la persona. Realmente, dentro de este componente se incluyen pensamientos, recuerdos, supuestos, inferencias, imágenes, normas, valores, actitudes, esquemas y otros aspectos que moldean la forma de percibir tanto las amenazas como las oportunidades. Estos pensamientos suelen ser automáticos, cruzándose por la mente como si de un rayo se tratara y sin tener un control consciente sobre ellos.

Las creencias pueden ser o bien racionales o, por el contrario, irracionales. Las primeras, independientemente de si son positivas o negativas, contribuyen a sentirse conforme con uno mismo.



ME PONGO TRISTE

Tanto emocionales como conductuales. Estas son la respuesta que da el individuo ante un determinado acontecimiento activador y modulado por su propio sistema de creencias. Como cada persona tiene sus propios pensamientos, las consecuencias que implique un determinado evento activador varían de individuo a individuo, siendo positivas para algunos y negativos para algunos y negativos para otros.

GUÍA DE PREGUNTAS MODELO ABC

Indicaciones: Responda de acuerdo a lo visto en la sesión:

1. ¿Qué situaciones que han ocurrido recientemente han generado impacto en mi persona?

2. ¿Cuáles son los pensamientos más que he se han presentado con mayor frecuencia?

3. ¿Qué tipo de reacciones he observado en mi persona en relación a las situaciones que han ocurrido los últimos días? (Llanto, dar gritos, aislarse, sentirse malhumorado/a, etc.)

Los Pensamientos Irracionales

¿HACIA DÓNDE DIRIJO MIS PENSAMIENTOS?

Una idea irracional es una creencia rígida y poco realista que suele estar en lo más profundo de la conciencia y forma parte de nuestros valores fundamentales y nuestra identidad.

UNO MISMO:

"soy débil, soy incompetente, los demás no me respetan, no valgo nada...").



LOS DEMÁS:

"la gente no es de fiar, la gente me puede hacer daño..."

LA VIDA O EL MUNDO:

"la vida es muy dura, la vida es absurda, este mundo es un asco..."



Una idea irracional es:

ILÓGICA: No se apoya en la experiencia, distorsiona y exagera.

INFLEXIBLE: Se expresa en términos de exigencia o necesidades muy urgentes.

INTENSA: Produce emociones intensas de las que intenta escapar impulsivamente.



SESIÓN # 03 – FAMILIARES CUIDADORES

N° de sesión: 03

Área: Cognitiva.

Técnica: *Reestructuración Cognitiva. (continuación)*

Modelo: *Modelo Cognitivo Conductual.*

Objetivo: *Reconocer las distorsiones cognitivas más frecuentes que se presentan en familiares de pacientes con IRCT.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Saludo y bienvenida:	<ul style="list-style-type: none"> • Bola de páginas de papel • Lectura corta. • Videos • Proyector. • Cubo distorsionado. 	45 minutos
2	Desarrollo	2. Dinámica. 3. Psicoeducación 4. Actividad central 5. Espacio para preguntas		
3	Cierre	6. Retroalimentación y Cierre		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

1. **Saludo y bienvenida:** Se realizará un saludo a todos los integrantes del grupo, en el que se les dará la bienvenida, y se les preguntará como han estado sus actividades en la semana, para crear una cohesión amena del grupo.
2. **Dinámica de Desinhibición:** La pelota preguntona, la cual consiste en que se les formará en un círculo y se pondrá una canción de fondo, al que le quede la pelota, despegará una de las páginas en las que está formada la pelota respondiendo a las preguntas correspondientes y así sucesivamente hasta que las páginas de la pelota se hayan terminado. Esto con la finalidad de que puedan empezar a expresar lo que sienten y piensan de su labor como cuidadores.
3. **Psicoeducación:** En esta actividad se realizará con la ayuda de una lectura corta y un video el cual será proyectado para que los participantes cuenten con un mejor

entendimiento, dentro del mismo, contendrá las distorsiones cognitivas más comunes y como éstas pueden ser identificadas.

4. **Actividad central:** Se desarrollará a través un cubo de cartón, el cual tendrá una distorsión por cada cara, la actividad consiste en que, al azar uno de los participantes, leerá el ejemplo de las distorsiones que menciona la cara del cubo y deberá mencionar el nombre correcto de la misma, así sucesivamente hasta finalizar con la sexta cara del cubo.
5. **Espacio para preguntas:** Si hubiere alguna duda o pregunta se le dará respuesta a las mismas, a partir de la psicoeducación para que el conocimiento de los participantes sea provechoso en dicha sesión.
6. **Retroalimentación y cierre:** Se realizará una breve retroalimentación de lo visto en la sesión grupal y luego se agradecerá la asistencia a la sesión grupal, invitándolos a la siguiente sesión a desarrollar.

MATERIALES: Bola de páginas de papel, Lectura corta, Videos, Proyector, Cubo distorsionado.

SESIÓN 3: Reestructuración Cognitiva. (CONTINUACIÓN)

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Al igual que en la sesión anterior se recomienda al psicólogo encargado proporcionar la información de la manera más comprensible posible. También ser más dinámico durante la sesión, puesto que se debe evitar que los participantes se aburran. De ser necesario para evitar el aburrimiento de los familiares, interrumpir la psicoeducación para incluir una dinámica de activación.

VIDEO PARA PSICOEDUCACIÓN:

Charlie y Charlotte aprenden a identificar sus errores del pensamiento.

<https://www.youtube.com/watch?v=AEEqSM2-pRc>



PREGUNTAS PARA LA DINÁMICA: LA PELOTA PREGUNTONA

¿Qué es lo que más me gusta de ser cuidador?

- ❖ ¿Cómo me felicito a mí mismo/a por el esfuerzo que hago al cuidar de mi familiar?
- ❖ ¿Qué hago cuando me enojo con mi familiar al que cuido?
- ❖ ¿Qué hago cuando me siento cansado de mi papel como cuidador/a?
- ❖ ¿Qué es lo que menos me gusta de mi labor como cuidador/a?



INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Identificar los errores del pensamiento.
- Participación.

DISTORSIONES COGNITIVAS

Son esquemas mentales que distorsionan la realidad, de carácter irracional de interpretación poco objetiva.



PENSAMIENTO POLARIZADO

"Si no consigo que mi familiar no pueda controlar el dolor, significa que no sirve para nada lo que hago por cuidarlo"

valorar los acontecimientos de forma extrema, sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Ver las cosas blancas o negras, falsas o verdaderas.

DEBERÍA O TENGO QUE...

*"debería haber sido más atenta con mi marido y así él no se hubiera enfermado",
"No debo cometer errores"*

son creencias rígidas e inflexibles acerca de cómo debería ser uno o los demás. Las exigencias centradas en uno mismo, favorecen la autocrítica, mientras que las dirigidas hacia los demás favorecen la rabia, la ira y la agresividad.



RAZONAMIENTO EMOCIONAL

"Mi papá está enojado, así que yo también estoy enojada, ya va con su mal genio y ya me lo pasó a mí"

Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.

ADIVINACIÓN E INFERENCIA ARBITRARIA



*“Lo que quiere es que le compre la coca cola”, “Lo que quiere es morirse para ya no hacerme sufrir”, “Siente pena por mí cuando me ve dejando mi trabajo por venir a cuidarlo/a” .
“No voy a poder cuidarlo/a de la mejor manera”.*

Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.

ETIQUETADO

“Soy un/a inútil como me atreví a darle sopa” “soy una mal/a cuidador/a”

Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa, en lugar de describir los hechos o cualidades con exactitud.



ABSTRACCIÓN SELECTIVA O FILTRAJE

“A mi esposo no le gustaron todos los regalos que le hice, lo hice todo mal”. consiste en centrar la atención en aquellos aspectos negativos e inadecuados, acordes a nuestros esquemas e ignorar o apenas tener en cuenta el resto de información.





MAGNIFICACIÓN Y MINIMIZACIÓN

"Una vez nada más, le di un medicamento equivocado a mi mamá y quizás la habría matado por mi error, creo que soy mal cuidador. Admiro a Iris porque ella nunca se ha confundido y hasta las pone en una bolsa de colores para saber cual le toca y a qué hora, ella es buena cuidadora."

Tendencia a exagerar o magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento y el Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.

SOBREGENERALIZACIÓN

"Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien".

Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.



PERSONALIZACIÓN

"La hermana de Ana, se tomó una botella grande de agua, Ana piensa que ha fracasado en el cuidado de su hermana, que ha cometido algún error porque si lo hubiera hecho bien su hermana no hubiese empeorado."

Proceso de asumir causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de los otros cuando no hay evidencia que la apoye.



EL CUBO DE LAS DISTORSIONES



SESIÓN # 04 – FAMILIARES CUIDADORES

Nº de sesión: 04

Área: Cognitiva.

Técnica: *Dialogo socrático, pensamiento alterativo y auto instrucciones*

Modelo: *Modelo Cognitivo Conductual.*

Objetivo: *Identificación de formas de controlar pensamientos irracionales.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Saludo y presentación	• Lectura corta.	45 minutos
2	Desarrollo	2. Dinámica.	• Llaverio para diálogo	
		3. Psicoeducación	• Post-it.	
3	Cierre	4. Actividad central	• Lapiceros.	
		5. Espacio para preguntas		
		6. Retroalimentación y cierre		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Saludo y bienvenida:** Se realizará un saludo a todos los integrantes del grupo, en el que se les dará la bienvenida, y se les preguntará como han estado sus actividades en la semana, para crear una cohesión amena del grupo.
- 2. Dinámica de Desinhibición:** Llamada el cartero traer cartas, donde se contará con una caja, la que contendrá distintas frases o hechos que hayan ocurrido entre el cuidador y el paciente, por lo que, el facilitador iniciará diciendo: *“el cartero trae cartas para todos aquellos que...”* entonces todas las personas que hayan hecho, recibido, dicho, tal cosa que se menciona en el papel, deberán levantarse de su silla e intercambiar de lugar con una de las que quedan vacías, ya que, al principio, se quitará una de las sillas del total de participantes, entonces la finalidad es que uno se quede fuera y sea ese el que continúe el juego hasta que todos hayan pasado. La finalidad es que cada uno de ellos, normalice las situaciones ocurridas con su familiar, y observe que hay distintas formas de reaccionar al mismo hecho, en su misma labor.
- 3. Psicoeducación:** En esta actividad se llevará a cabo, a través de una lectura corta sobre el dialogo socrático, sus beneficios para la reducción de pensamientos desadaptativos y su aplicación. Luego se integrarán las temáticas sobre auto instrucciones y pensamiento alternativo, cuales son y su funcionalidad en la mejora de la calidad de los pensamientos

a pesar de los momentos difíciles por los que atraviesan, hay una oportunidad de estar mejor consigo mismos.

4. **Actividad central:** Se realizará la siguiente actividad en base de lo aprendido en la psicoeducación, en la cual se les entregará un llavero con las tres preguntas del dialogo socrático para que ellos las respondan una pregunta en base a los pensamientos de la sesión anterior. Luego que finalicen con el llavero, se les entregará un post-it en el que deberán de colocar sus auto instrucciones según el material brindado en la psicoeducación.
5. **Espacio para preguntas:** Si hubiere alguna duda o pregunta, se le dará respuesta a las mismas, a partir de la psicoeducación y su aplicación en la vida común.
6. **Retroalimentación y cierre:** Se realizará una breve retroalimentación de lo visto en la sesión luego se agradecerá la asistencia a la sesión grupal, invitándolos a la siguiente sesión a desarrollar.

MATERIALES: Lectura corta, llavero para diálogo socrático, post-it y lapiceros.

SESIÓN 4: Dialogo socrático, pensamiento alterativo y auto instrucciones.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Para esta sesión el terapeuta tomara lo aprendido en las dos sesiones anteriores, nuevamente adaptando su lenguaje para que resulte comprensivo, manteniendo a los participantes motivados y aplicando lo aprendido de manera práctica a su día a día. Se recomienda también que de ser posible genere que los familiares aporten ideas unos a otros sobre formas de poner en práctica las auto instrucciones. Es posible también que en esta sesión se presente un poco de ventilación emocional y en caso de ser así, se brindara el debido espacio para la verbalización de inquietudes. Generar el apoyo y comprensión entre el grupo favorecerá la presencia e resultados positivos, puesto que creará una mayor cohesión y sensación de pertenencia.

MENSAJES PARA LA CAJA DE LA DINÁMICA:

- ✓ El cartero trae cartas para todos aquellos que recibieron una ofensa de su familiar.
- ✓ El cartero trae cartas para todos aquellos que le han consentido algún capricho a su familiar.
- ✓ El cartero trae cartas para todos aquellos que se han sentido cansados de que su familiar no haga caso a lo que dice el doctor.
- ✓ El cartero trae cartas para todos aquellos que se han sentido tristes.
- ✓ El cartero trae cartas para todos aquellos que le dan ánimos siempre a su familiar.
- ✓ El cartero trae cartas para todos aquellos que se han enojado con su familiar.



INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Reconocimiento de cómo modificar los errores del pensamiento.
- Dinamismo.

EL DIALOGO SOCRÁTICO

*Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos -
Clínica Asistencial El Carmelo*

La causa de las perturbaciones emocionales es la forma de pensar del individuo, la manera cómo interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, las otras personas o sobre el mundo en general.

El elemento principal del trastorno psicológico es la evaluación, interpretación o creencia irracional y poco funcional (dificulta la obtención de metas), que realiza el sujeto, y su forma de comportarse respecto a ella.



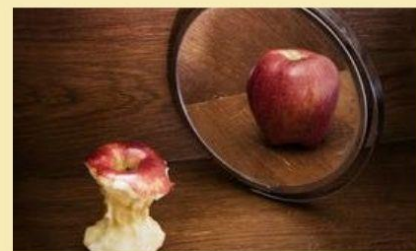
UTILIDAD

**¿SOY REALMENTE
CONSCIENTE DEL
DAÑO QUE TRAE PARA
MI, PENSAR DE ESTA
MANERA?**



OBJETIVIDAD

**¿QUE PRUEBAS HAY A
FAVOR DE ESTE
PENSAMIENTO?**



VERACIDAD O GRAVEDAD

**¿ME TRAE BUENAS
CONSECUENCIAS A
NIVEL PERSONAL MI
FORMA DE PENSAR?**

SU OBJETIVO ES ATACAR AQUELLOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS QUE PROVOCAN TRASTORNOS COMO EL ESTRÉS, LA ANSIEDAD O LA DEPRESIÓN, Y POCO A POCO IRLOS MODIFICANDO HASTA SUSTITUIRLOS POR LÍNEAS DE PENSAMIENTO QUE PERMITAN UNA MEJOR ADAPTACIÓN AL ENTORNO Y EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS QUE UNO SE PROPONGA.

La finalidad de este proceso era alcanzar una verdad a base de indagar, desarrollar y demostrar de forma lógica una idea, en psicoterapia se trata de desafiar la solidez de las creencias que te limitan y te bloquean.

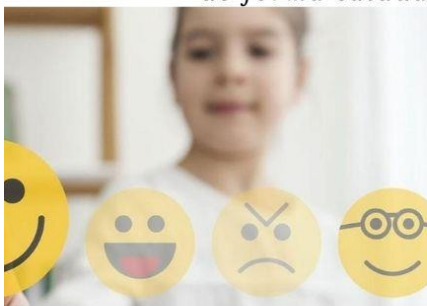
Este proceso se lleva a cabo a partir de plantearse y responder a preguntas útiles que hagan que cuestiones y reconsideres aquellos pensamientos negativos que das por tan seguro. De esta manera se crea un diálogo que pone a prueba la capacidad de cada uno de cuestionarse sus propios pensamientos, su nivel de compromiso y sinceridad consigo mismo y con los demás, y la capacidad de desarrollar una autocrítica que propicie una mente abierta, flexible y adaptativa ante las exigencias del entorno.

PARADA DEL PENSAMIENTO

Para ser más consciente y detener las ideas que no le dejan ser mejor.

*Unidad de Hemodiálisis y
Unidad de Cuidados Paliativos -
Clínica Asistencial El Carmelo*

Es una técnica para manejar los pensamientos intrusivos o ruminantes, que no nos deja pensar de forma saludable, frenandolos y modificandolos intensionalmente.



1. Identificar el pensamiento negativo.

necesita identificar, los pensamientos negativos mas frecuentes, identificarlos y concretarlos, apuntandolos y describir brevemente su contenido.

2. Crear un pensamiento positivo sustitutivo.

Por cada pensamiento negativo, necesitara una afirmación positiva sustitutiva, para generar una contraparte positiva. *"he cometido un error, la próxima lo haré mejor", "todos nos equivocamos, lo aprovecharé para aprender"*

3. Elegir un estímulo de parada (físico+ palabra).

Escoger un estímulo externo que corte el pensamiento negativo y sustituirlo (apretar la mano, una palmadita, un pellizco, golpe contra algún objeto, tirar goma elástica y soltarla), acompañado de una palabra como: **!BASTA!**, **!STOP!**, **!SUFICIENTE!**

PENSAMIENTO INTRUSIVO



"He cometido un error, que van a pensar de mi!"

4. Cambiar el foco de atención.

Al utilizar el estímulo de corte, Inmediatamente debe cambiar de actividad o pensamiento, puedes utilizar pensamientos positivos, puedes agregar una técnica de relajación o respiración para reforzar los pensamientos positivos. es importante interrumpir el pensamiento negativo.

ESTÍMULO DE CORTE



!Susana BASTA!, + pellizco

ENTRENAMIENTO

La parada de pensamiento precisa de automatización para que sea efectiva, por eso es necesario que la practiques para poder utilizarla cuando la necesites.

PENSAMIENTO ALTERNATIVO / ACTIVIDAD DISTRACTORA



"He cometido un error, la proxima lo haré mejor"

AVISO.

Si sientes que los pensamientos negativos, son demasiados y aun con la técnica resulta difícil detenerlos, consulta con tu psicologo/a.

LAS AUTOINSTRUCCIONES

Es una técnica en la cual el paciente se da a sí mismo un conjunto de órdenes o instrucciones para la regulación autónoma de la propia conducta.

Es importante utilizar la situación y la emoción que más le preocupa al paciente, como desencadenante para poder aplicar la técnica

ANTES

CUANDO LA EMOCIÓN EMPIEZA

- Si me siento mal es una señal de que puedo empezar a afrontar la situación.
- Mi objetivo es afrontar la emoción negativa.



DURANTE

ANTES Y DURANTE EL AFRONTAMIENTO DE LA SITUACIÓN

ANTES:

- No hay motivo para preocuparse.
- Puedo relajarme.
- Ya lo resolví con éxito en otra ocasión.
- Los pensamientos negativos no me ayudan en nada.

DURANTE:

- Voy a mantener el control.
- Puedo hacerlo, de hecho lo estoy haciendo.
- Si no pienso en el miedo, no lo tendré.
- Si estoy tenso/a, respirare profundamente y me relajare.
- Si cometo errores es normal, puedo corregirlos.
- Me concentraré en la tarea.
- Puedo mantener la tensión dentro de límites manejables.
- He sobrevivido a esto ya otras cosas peores anteriormente.

DESPUES

DESPUÉS DE HABER AFRONTADO LA SITUACIÓN.

DESPUÉS:

- Lo conseguí o por lo menos lo he intentado.
- La próxima vez no tendré que preocuparme tanto.
- Puedo disminuir la ansiedad relajándome.
- Tengo que decirle a..... Lo bien que lo he hecho.
- Me he dado la oportunidad de aprender, me haya salido como me haya salido y eso es lo más importante.

EJ. DE AUTOINSTRUCCIÓN

Hace unos meses, la madre de Doña Margot fue diagnosticada con IRCT y a su hija le ha tocado asumir el mando del cuidador principal, pero todo esto le ha hecho expresar palabras como: "no tengo tiempo", "me dicen que tengo que estar fuerte para cuidar de mi madre y al resto... hace meses que no me divierto, no tengo vida social"... pero su familia se preocupó y se ofrecieron a ayudarla para que pueda salir, Por lo que preparó una serie de pasos con autoinstrucciones para poder salir con sus amigas y no sentirse culpable por dejar a su madre con otro familiar:



ANTES

En el momento en que Doña Margot siente el miedo de dejar a su madre debe empezar a mandarse mensajes así misma.



DURANTE

Antes:

- No hay motivo para preocuparse, todo saldrá bien, mamá estará bien y yo también.

Durante:

- Puedo hacerlo, de hecho lo estoy haciendo.
- Si no pienso en el miedo, no lo tendré.



DESPUES

Después:

- Todo salió bien, ¡le contare a mi familia y a mamá como salió todo!
- A la próxima, será mucho más sencillo, gracias a Dios tengo quien me apoye.



¿SOY REALMENTE CONSCIENTE DEL DAÑO QUE TRAE PARA MI, PENSAR DE ESTA MANERA?

¿QUE PRUEBAS HAY A FAVOR DE ESTE PENSAMIENTO?

¿ME TRAE BUENAS CONSECUENCIAS A NIVEL PERSONAL MI FORMA DE PENSAR?

DIALOGO SOCRATICO

LLAVERO



SESIÓN # 05 – FAMILIARES CUIDADORES

Nº de sesión: 05

Área: Ventilación Emocional.

Técnica: Arteterapia.

Modelo: Modelo Humanista.

Psicoeducar a los familiares cuidadores de pacientes con IRCT sobre

Objetivo: *las principales manifestaciones emocionales que se presentan en ellos y su familiar debido al padecimiento.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Saludo y presentación	• Lectura corta.	45 minutos
2	Desarrollo	2. Dinámica. 3. Psicoeducación 4. Actividad central 5. Espacio para preguntas	• Papelógrafo con las manifestaciones emocionales.	
3		Cierre	6. Retroalimentación y cierre	

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Saludo y bienvenida:** Se realizará un saludo a todos los integrantes del grupo, en el que se les dará la bienvenida, y se les preguntará como han estado sus actividades en la semana, para crear una cohesión amena del grupo.
- 2. Dinámica de Desinhibición:** Se llevará a cabo una actividad llamada la historia loca, el facilitador va a simular que lleva un regalo en las manos, el que deberá entregar de forma alegre, diciendo el nombre de la persona, añadiendo luego de ello el resto de la historia, por ejemplo: “niña Juana, aquí le traje este regalito, dáselo a don Fermín, llorando”, el participante que recibe el regalo invisible deberá seguir el ejemplo, por lo tanto, éste va a decidir cómo quiere que la siguiente persona lo entregue, ya sea llorando, riéndose, enojado, triste, etc. La reflexión de esta dinámica, es que los participantes vean la variabilidad de emociones presentes en cada persona, y que la expresión de las mismas es diferente en cada uno.

- 3. Psicoeducación:** Se llevará acabo por medio de una lectura corta, sobre las emociones, que son y cómo se manifiestan, como están localizadas en el cuerpo cuando se sienten físicamente. Además de ello, también servirá para normalizar las emociones que están sintiendo en ese momento en que sus familiares atraviesan por la IRCT.
- 4. Actividad central:** Se realizará la siguiente actividad con base a lo aprendido, a cada participante se le entregará una página con una figura humana dibujada, lo que harán será colorearla según los colores con los que se ha identificado cada emoción, luego deberán colorear donde sientan la localización física de dicha emoción.
- 5. Espacio para preguntas:** Si hubiere alguna duda o pregunta, se le dará respuesta a las mismas, a partir de la psicoeducación y lo aprendido.
- 6. Retroalimentación:** Se realizará una breve retroalimentación de lo visto en la sesión grupal, luego se agradecerá la asistencia a la sesión grupal, invitándolos a la siguiente sesión a desarrollar.

MATERIALES: Lectura corta, papelógrafo con las manifestaciones emocionales, figura humana para colorear y colores.

SESIÓN 5: Arteterapia

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Para el desarrollo de esta jornada, se recomienda al psicólogo encargado abordar la temática con una actitud mayormente distendida y relajada, mostrarse aún más abierto de lo usual con el entorno grupal, puesto que generará un ambiente de mayor confianza para la participación. A diferencia de otras sesiones se recomienda que en esta se incluya un poco el humor de ser posible puesto que es importante que las personas perciban el ambiente más amistoso que solemne.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Comprensión de la temática a tratar.
- Participación voluntaria.
- Comprensión de la experiencia personal.
- Empatía.

EL MIEDO

*Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos -
Clínica Asistencial El Carmelo*



El miedo es caracterizado muchas veces como una emoción negativa, algo que hay que evitar y que está vinculado con la infelicidad. Sin embargo, lo cierto es que, si el miedo es una emoción presente en prácticamente todas las culturas que se han estudiado, cabe la posibilidad de inferir que está ahí por algo.

¿Acaso cumple alguna función relevante? ¿Para qué sirve el miedo?

Es un mecanismo adaptativo a un entorno que, en ocasiones, nos da motivos para temerlo. Aquello para lo cual sirve el miedo tiene que ver con nuestra capacidad para reaccionar rápidamente ante situaciones peligrosas, ya que gracias a él nos retiramos cuando existe una amenaza.

Así que el miedo solo es una emoción que reacciona en función de nuestros patrones mentales, de nuestras creencias y pensamientos. El miedo en sí mismo es positivo, nos ayuda a alejarnos de un suceso para el cual todavía no estamos preparados

EXISTEN ALGUNOS PRINCIPALES MIEDOS QUE PUEDEN PRESENTARSE EN EL CUIDADOR:

- Miedo a que el enfermo no vaya a recibir la atención adecuada.
- Miedo a que el enfermo sufra y tenga una larga agonía.
- Miedo a hablar de la enfermedad.
- Miedo a que el enfermo adivine que se muere.
- Miedo a ellos mismos traicionen el silencio respecto al pronóstico.
- Miedo a no ser capaces de cuidar al enfermo adecuadamente.
- Miedo a estar solos con el enfermo en el momento de la muerte.
- Miedo a no estar presentes cuando muera.
- Miedo a no saber identificar la muerte.
- Miedo a la soledad después de la muerte.
- Miedo a no tener ayuda profesional cuando la necesiten.

EL ENOJO

*Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos -
Clínica Asistencial El Carmelo*



EXISTEN ALGUNOS TIPOS DE ENOJOS QUE SE PUEDEN HACER PRESENTES MÁS FRECUENTEMENTE EN CUIDADORES

CONTRA EL ENFERMO

- Contra la negligencia anterior.
- Contra su abandono de la familia.
- Por los asuntos no arreglados.
- Por el "efecto Jonás" (enfermo como portador de desgracia).

CONTRA OTROS FAMILIARES

- Por viejas heridas.
- Contra su alejamiento y falta de compromiso.
- Por responsabilizarlos en parte de la enfermedad.

CONTRA LOS PROFESIONALES SANITARIOS

- Contra la incapacidad de la ciencia médica.
- Contra las decisiones tomadas, retrasos, etc.
- Por la pérdida de influencia sobre la situación, a favor el equipo sanitario.
- Por la falta de comunicación.

CONTRA FUERZAS EXTERIORES O EL AZAR

- Contra el lugar de trabajo.

CONTRA DIOS

- Contra su abandono.

El enojo es una emoción experimentada como un estado de activación de disconformidad hacia a algo o alguien que se percibe como la fuente de un acontecimiento negativo.

La reacción emocional puede ir desde sentirse un poco irritado hasta padecer un ataque de ira. Normalmente comienza con niveles bajos de irritación o malestar y va aumentando hasta poder estallar en una crisis.

LA TRISTEZA

*Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos -
Clínica Asistencial El Carmelo*



LA TRISTEZA SE MANIFIESTA DE MÚLTIPLES FORMAS Y EN DIFERENTES NIVELES:

A nivel físico: encontramos llanto, retardo psicomotor, rostro abatido, falta de apetito, problemas de sueño...

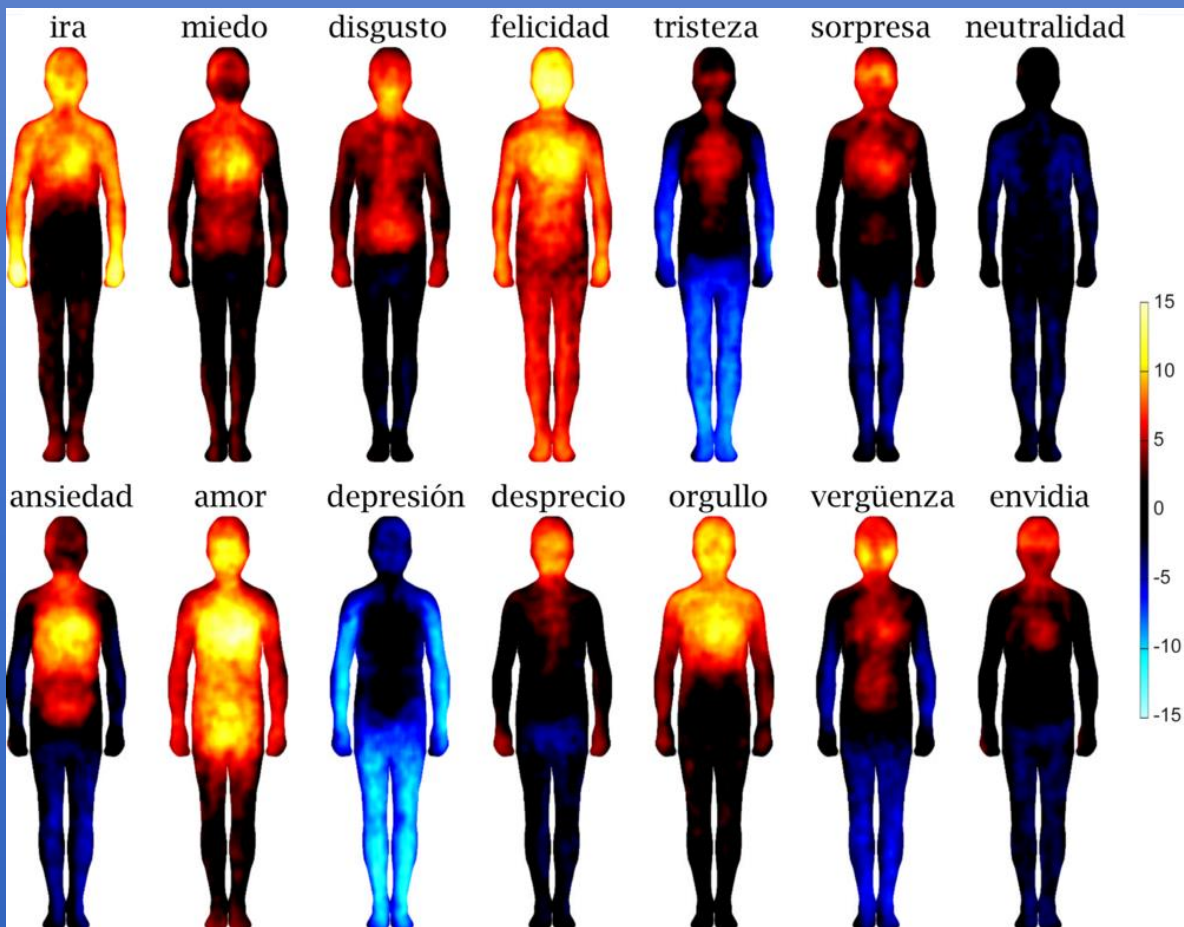
A nivel mental: hay una focalización de la atención en la situación problemática, dificultad para mantener la mente en blanco, problemas de concentración, pensamientos intrusivos sobre la Situación...

A nivel conductual: la persona se encuentra desmotivada para realizar las tareas cotidianas y actividades sociales...

La tristeza es la emoción que activa el proceso psicológico que nos permite superar pérdidas, desilusiones o fracasos. Nos permite establecer distancia con las situaciones dolorosas para impulsar la interiorización y cicatrización del dolor generado por ellas. Así mismo, el sentir tristeza, nos ayuda a empatizar con la tristeza de los otros y así crear redes de apoyo y consuelo.

Cuando nos sentimos tristes nos replegamos sobre nosotros mismos, nos aislamos para iniciar el proceso de gestión de la emoción, este comienza con la generación de pensamientos alternativos sobre la situación traumática que nos ayudan a encajarla en nuestra vida e historia personal. Acto seguido se produce una reorganización de las conductas que emitimos para adaptarnos a la nueva realidad que nos toca vivir con nuestras pérdidas, desilusiones o fracasos.

REPRESENTACIÓN DE LAS EMOCIONES A NIVEL FÍSICO



DIMENSIONES DE LAS EMOCIONES BÁSICAS

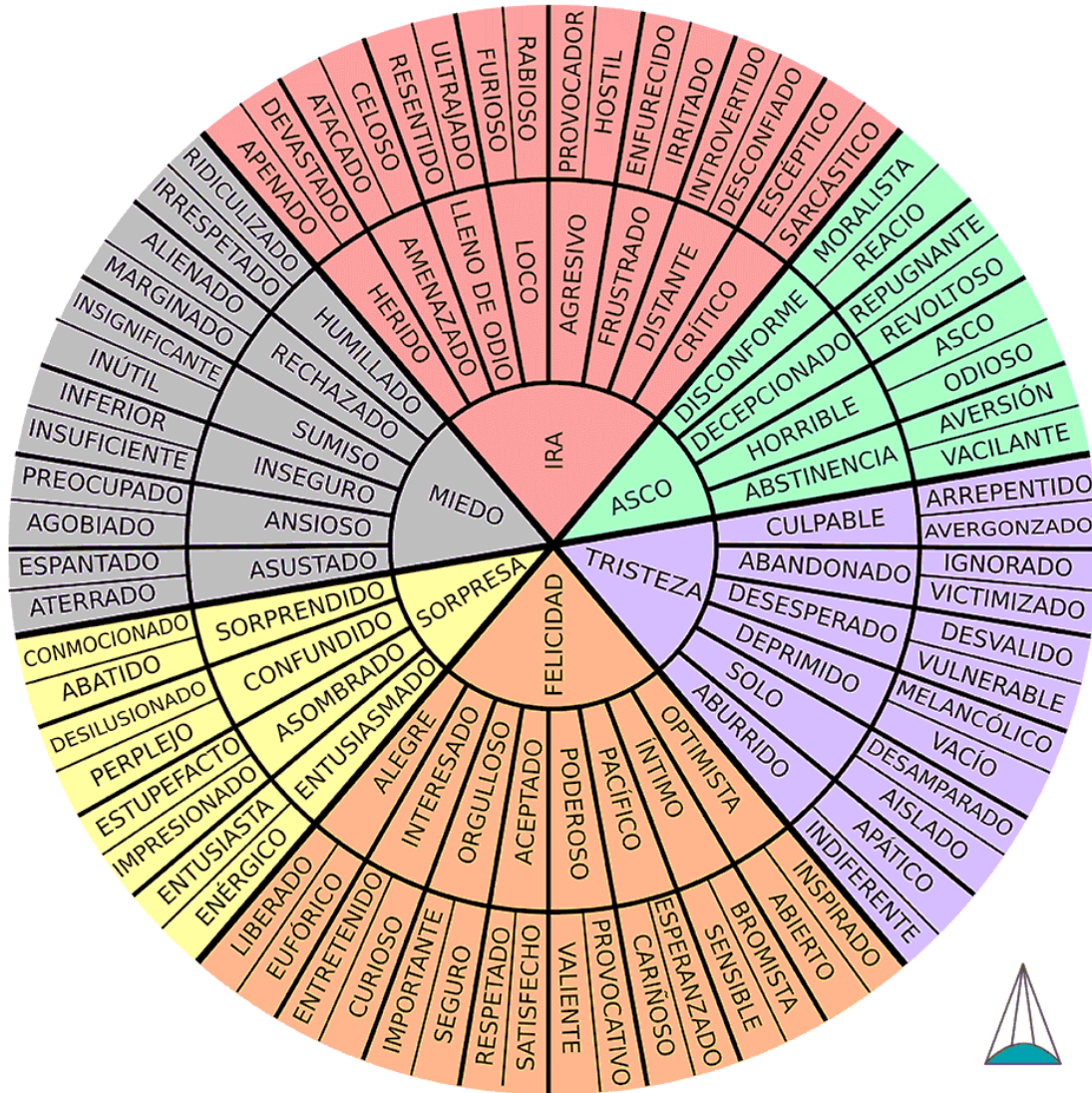
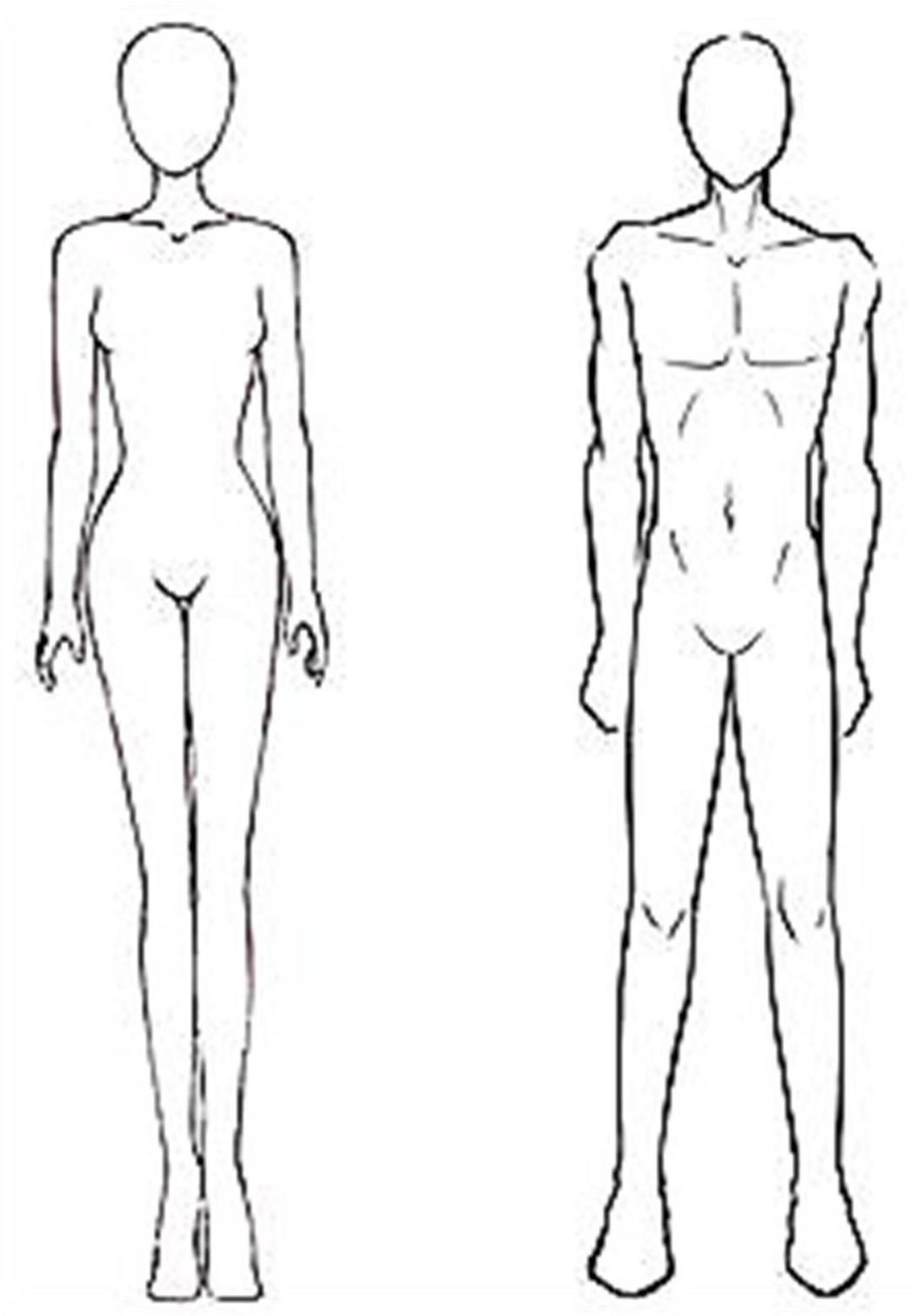


FIGURA HUMANA PARA COLOREAR





SESIÓN # 06 – FAMILIARES CUIDADORES

Nº de sesión: 06

Área: Ventilación Emocional.

Técnica: Arteterapia.

Modelo: Modelo Humanista.

Objetivo: Ventilar emociones de manera saludable.

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Saludo y presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de papel • Lectura corta. • Vejjigas • Pintura • Pliegos de papel bond • Tachuelas 	45 minutos
2	Desarrollo	2. Dinámica. 3. Psicoeducación. 4. actividad central. 5. Espacio para preguntas		
3	Cierre	6. Retroalimentación y cierre.		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

1. **Saludo y bienvenida:** Se realizará un saludo a todos los integrantes del grupo, en el que se les dará la bienvenida, y se les preguntará como han estado sus actividades en la semana, para crear una cohesión amena del grupo.
2. **Dinámica de Desinhibición:** Se realizará la dinámica llamada charadas, la cual consistirá en formar en dos equipos a los participantes, los cuales deberán escoger a un representante de cada grupo para que pase al frente y que, por medio de mímicas, de a entender la palabra que se le ha asignado al azar por medio de unos trozos de papel que las contienen. La reflexión de dicha dinámica es que muchas veces, a través de los gestos y ademanes que las personas realizan se pueden expresar emociones, las que algunas ocasiones pueden darse a interpretaciones individuales que pudieren estar equivocadas.
3. **Psicoeducación:** Se llevará a cabo una lectura corta, haciendo énfasis en la expresión de las emociones y el por qué es importante se exprese de una manera adecuada ya que, como cuidadores se presenta una carga emocional muy grande.

4. **Actividad central:** En un espacio abierto, se colocarán los pliegos de papel bond junto con las tachuelas pegadas en la pared a modo de simular un clavo, ya colocados los pliegos y pegados en la pared, se colocarán en unos recipientes, vejigas rellenas con pintura. Cada vejiga será del mismo color de cada emoción, que en este caso sería: rojo=enojo, miedo=verde, tristeza=amarillo; cada una de ellas, representa la emoción alterada presente luego de ser colocadas en el suelo a cierta distancia, uno por uno, tomará una vejiga y la arrojara hacia el papel, buscando expresar el desahogo de la emoción a través del lanzamiento de la pintura en el papel.
5. **Espacio para preguntas:** Si hubiere alguna duda o pregunta, se le dará respuesta a las mismas, a partir de la psicoeducación.
6. **Retroalimentación y cierre:** Se realizará una breve retroalimentación de lo visto en la sesión grupal, luego se agradecerá la asistencia a la sesión grupal, invitándolos a la siguiente sesión a desarrollar.

MATERIALES: Hoja de papel, lectura corta, vejigas, pintura, pliegos de papel bond y tachuelas.

SESIÓN 5: Arteterapia

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Para el desarrollo de esta jornada se recomienda al psicólogo encargado abordar la temática con una actitud mayormente distendida y relajada, mostrarse aún más abierto de lo usual con el entorno grupal, puesto que generará un ambiente de mayor confianza para la participación. A diferencia de otras sesiones se recomienda que en esta se incluya un poco el humor de ser posible, puesto que es importante que las personas perciban el ambiente más amistoso que solemne.

PALABRAS DE LA DINÁMICA CHARADAS.

- | | |
|-------------|-----------|
| ✓ Maestro | ✓ Torre |
| ✓ Bicicleta | ✓ Girasol |
| ✓ Almacén | ✓ Rana |
| ✓ Jirafa | ✓ Barco |

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Dinamismo.
- Descarga emocional.
- Mejoría del estado de ánimo.

LA IMPORTANCIA DE EXPRESAR LAS EMOCIONES

Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos
Clínica Asistencial El Carmelo



EXPRESAR NUESTRAS EMOCIONES, BUENO PARA NOSOTROS Y NUESTRAS RELACIONES

La expresión emocional también es una parte importante de la inteligencia emocional, que engloba diferentes aspectos de los anteriormente comentados. Por ejemplo, ser conscientes de nuestras emociones es necesario para que la expresión emocional sea eficiente.

Ahora bien, debemos aprender a expresar nuestras emociones teniendo en cuenta a las otras personas, y para ello es clave la empatía. Por suerte, la inteligencia emocional puede aprenderse. Ser emocionalmente inteligente aporta muchas ventajas a la hora de hacer frente a las diferentes situaciones del día a día.



¿QUÉ BENEFICIOS APORTA LA EXPRESIÓN EMOCIONAL?

1. TE LIBERA

Las personas que expresan sus emociones se sienten más libres puesto que guardar emociones negativas en el interior es una carga demasiado pesada que te impide vivir plenamente. Vivir con ira o deseos de venganza puede hacer que una persona acabe enfermando no solamente Psicológicamente, sino también Mentalmente.

En psicología se conoce como catarsis el proceso de liberación de emociones.

2. MAYOR BIENESTAR EMOCIONAL

La catarsis, por tanto, da como resultado una liberación emocional y una sensación tranquilidad, como si la persona dejase atrás una gran carga pesada que no le permite vivir plenamente. Los resultados de esta acción favorecen el bienestar emocional y por eso se ha aplicado este concepto en el mundo de la terapia psicológica. Pero la expresión emocional es algo que debe aprenderse y formar parte de la manera de relacionarse que tiene un individuo en su día a día.

3. TE RESPETAS A TI MISMO/A

Muchas veces no expresamos a nosotros porque estamos demasiado pendientes de lo que los demás piensen de nosotros mismo, esto hace que no nos respetemos ni conectemos con nuestra propia esencia. Respetarse a sí mismo incluye expresar las emociones que sentimos. Eso sí, siempre de manera asertiva ya que también debemos respetar a la otra persona. No debes tener miedo a la reacción de los demás cuando expresas tus emociones, pero tampoco es cuestión de expresar estas emociones de manera impulsiva. La expresión emocional es parte de la inteligencia emocional, y puede aprenderse.

4. INSPIRAS CONFIANZA Y CREDIBILIDAD

Cuando expresas cómo te sientes puedes hacer que las relaciones con otras personas sean más sanas. Como he comentado, es necesario que lo hagas con respeto. Puede que otras personas no siempre estén de acuerdo contigo en todas tus opiniones, pero cuando la comunicación es asertiva, los beneficios para la relación son muchos. Cuando nos mostramos como somos sin miedo a nuestras emociones, proyectamos una personalidad más auténtica, algo que puede incrementar la confianza y la credibilidad hacia ti por parte de otros individuos.



5. TE EMPODERA FRENTE A LA VIDA

Cuando no te importa cómo piensen los demás sobre tu persona estás en sintonía contigo mismo, tus deseos y tus emociones. Esto es una herramienta muy potente frente a la vida y te permite crecer. Conocer a ti mismo es uno de los puntos fuertes si lo que queremos es luchar por nuestro desarrollo personal. La inteligencia emocional nos permite adaptarnos mejor al entorno y nos empodera frente al cambio.

6. CAMINO HACIA LA PAZ INTERIOR

La felicidad está muy relacionada con encontrar la paz interior, y esto es posible siempre y cuando seamos sinceros con nosotros mismos y expresemos en nuestras emociones apropiadamente. Vivir el presente, prestar atención en las cosas positivas de la vida, aprender a ser uno mismo y la correcta gestión emocional son claves para gozar de un mayor bienestar y encontrar la paz interior.

7. MEJORA LAS RELACIONES INTERPERSONALES

La confianza y la credibilidad que inspira una persona que expresa sus emociones apropiadamente afecta positivamente a las relaciones interpersonales. Por eso, saber expresar los propios sentimientos de manera correcta puede unirnos a otra persona y puede evitar conflictos que pueden aparecer por guardarnos cosas dentro. La comunicación es clave en cualquier tipo de relación, y las emociones forman parte de nuestra vida, por lo que no debemos reprimirlas.





SESIÓN # 07 – FAMILIARES CUIDADORES

N° de sesión: 07

Área: Conductual.

Técnica: *Psicoeducación.*

Modelo: *Modelo cognitivo conductual (derivado)*

Objetivo: *Reconocer la importancia del autocuidado para ejercer practicas más saludables en su papel como cuidador.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Saludo y presentación	• Lectura corta.	45 minutos
2	Desarrollo	2. Dinámica. 3. Psicoeducación. 4. Actividad central. 5. Espacio para preguntas	• Páginas de papel bond • Lapiceros. • Escala de evaluación de autocuido.	
3	Cierre	6. Retroalimentación y cierre.	• Autoevaluación de autocuido. • Calendario saludable.	

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Saludo y bienvenida:** Se realizará un saludo a todos los integrantes del grupo, en el que se les dará la bienvenida, y se les preguntará como han estado sus actividades en la semana
- 2. Dinámica de Desinhibición:** Se llevará a cabo la dinámica la semana inglesa, la cual consiste en poner de espaldas a dos personas, para formar varias parejas, el facilitador indicará a todos, los días de la semana en los cuales al azar la pareja deberá girar su cuello para el lado izquierdo o el derecho, si la pareja gira su cuello al mismo lado, si lo hacen para distintos lados cada uno, la pareja pierde. Si varias parejas aciertan, deberá seguir el juego hasta que haya un ganador. La finalidad es que a través de actividades sencillas, pueden divertirse.

- 3. Psicoeducación:** A través de una lectura corta sobre la importancia del autocuidado personal, como familiares cuidadores.
- 4. Actividad central:** Se les aplicará una prueba de autoevaluación sobre autocuidado, en que se evaluará el estado de autocuidado en cada uno de los participantes luego de ello se desarrollará la técnica de mi calendario saludable, donde con ayuda de los facilitadores, los participantes podrán crear un calendario personal de autocuidado que podrán realizar durante la semana.
- 5. Espacio para preguntas:** Si hubiere alguna duda o pregunta, se le dará respuesta a las mismas a partir de la psicoeducación sobre el autocuidado y las maneras para practicarlo u otra duda que se solventará, para que el conocimiento de los participantes sea provechoso en dicha sesión.
- 6. Retroalimentación y cierre:** Se realizará una breve retroalimentación de lo visto en la sesión grupal, luego se agradecerá la asistencia a la sesión grupal, invitándolos a la siguiente sesión a desarrollar.

MATERIALES: Lectura corta, páginas de papel bond, lapiceros, autoevaluación de autocuido.

SESIÓN 7: Psicoeducación.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Previamente a esta sesión el psicólogo encargado debe preparar un espacio abierto, preferentemente que resulte muy ventilado y donde no haya riesgo de dañar ningún inmueble puede ser un parqueo o zona verde. Deberá colocar pliegos de papel bond minutos antes de que inicie la jornada y en diferentes recipientes vejigas o bolsas pequeñas de pintura muy bien cerradas, de acuerdo a los colores asignados a cada emoción. Es importante que cada color tenga su propio recipiente. Durante el desarrollo de la jornada, es posible que en un principio los participantes muestren resistencia a iniciar, puesto que en la mayoría de los casos las personas no están acostumbradas a liberar emociones de manera física tal como lo requiere la técnica, por lo que el psicólogo deberá primeramente iniciar la sesión con la mayor jovialidad posible y en esta sesión, que su rol como autoridad resulte menos marcado; es decir, que los participantes lo perciban como uno más del grupo. Por este motivo, el terapeuta es el que iniciara la técnica, ventilando algún hecho personal mediante esta. De este modo, los familiares logran realizarla con mayor efectividad.

Es importante que al finalizar se brinde un espacio para compartir sentimientos y emociones y de ser posible, conmemorar la sesión con una fotografía para la posteridad.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Toma de conciencia de la importancia del autocuidado.
- Reelaboración consciente de un plan corto de autocuidado.

AUTOCUIDADO

Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos
Clínica Asistencial El Carmelo



Como su propio nombre indica, el autocuidado son básicamente todas aquellas tareas y hábitos que incluyamos en nuestra rutina para dedicarnos a cuidar de nosotros mismos, o mejorar nuestra salud. Cuando comentamos en consulta la necesidad (sí, necesidad) de incluir espacios de autocuidado en la rutina semanal, muchas veces parece que hablamos de una ilusión. Podemos pensar: “¿Cómo? ¿Buscar un momento para mí solo/a”? Esta pregunta suele ir seguida de una gran carcajada.

¿QUÉ HACER PARA CUIDARSE?

- **Una adecuada gestión del tiempo:** saber priorizar, dedicarse a lo importante y no dejarse llevar por las prisas, las urgencias, y los objetivos ajenos que nada tienen que ver contigo, es una habilidad esencial para no acabar sufriendo una sobrecarga de estrés.
- **Analizar tus objetivos:** dedica un tiempo a la semana (con veinte minutos es suficiente) para repasar qué has hecho, y si lo que has hecho está en consonancia con lo que quieres conseguir, o con cómo quieres que sea tu futuro. Te sorprenderá la cantidad de cosas que hacemos por compromiso o por inercia, que no contribuyen en nada a tu bienestar.
- **Planifica y pon fecha:** ten en cuenta que las actividades de autocuidado no son opcionales, ni deben ser un extra que permitirte de vez en cuando: deben estar incluidas dentro de tu rutina, como si se tratara de una dieta. Programa tus actividades y respeta su espacio, delegando o dejando de lado otras tareas.
- **Vigila tus pensamientos críticos:** una de las barreras más recurrentes para postergar actividades de autocuidado, es la de los pensamientos negativos automáticos, es decir, pensamientos que se cuelan en nuestra cabeza y que nos hacen sentir mal: normalmente, de culpabilidad. Es frecuente oír que, si me dedico tiempo, soy egoísta, y estoy dejando otras prioridades de lado. Esto enlaza con el siguiente punto:
- **Practica tu asertividad:** aprende a decir no. Decir no es otro seguro de salud al que hay que suscribirse. Hacerlo es esencial para dejar de lado otros compromisos improductivos que te ocupan tiempo, y que no tienen nada que ver con tus objetivos personales.
- **Se constante:** es frecuente adherirnos a los hábitos de autocuidado cuando nos encontramos mal, ya que es ahí cuando les vemos sentido: es decir, empezar a cuidarse tras un susto, porque he tenido un episodio agudo de ansiedad o porque me encuentro con un bajo estado de ánimo. Mantén este hábito a largo plazo, no cuando te haga falta, sino de forma constante, para que no te tenga que hacer falta en el futuro.

¿POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE EL AUTOCUIDADO?

El autocuidado previene enfermedades, te inmuniza, protege tu salud, tanto física como psicológicamente.



TIPS PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO

ESTILOS DE VIDA La forma en que las personas realizan habitualmente sus actividades diarias, tales como: Alimentarse	Algunas prácticas de autocuidado:	CUIDAR DE UNO MISMO* El acto de cuidar de uno mismo requiere el inicio de una compleja serie de conductas.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar su higiene personal • Movilizarse, ya sea como peatón o como conductor • Trabajar • Recrearse • Relacionarse con familiares, amigos, compañeros • Manejar las dificultades diarias • Solucionar conflictos • Auto monitorear su salud • Asumir la responsabilidad de tratamiento, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación según necesidades • Manejo del estrés • Relaciones sociales y resolución de problemas interpersonales • Ejercicio y Actividad Física • Control y reducción del uso de medicamentos • Seguimiento de prescripciones de salud • Comportamientos seguros • Recreación y manejo del tiempo libre. • Diálogo 	<ul style="list-style-type: none"> • La toma de conciencia del propio estado de salud, • Deseo consciente de satisfacer las propias necesidades de autocuidado, • Pensar en la posibilidad de realizar una conducta de autocuidado, • Analizar los pros y los contras de las alternativas, • Tomar una decisión acerca de la situación de salud, • Diseñar un plan o procedimiento.

UN TIPO DE CUIDADO

Desde que yo recuerdo, he practicado o realizado las siguientes acciones y medidas de auto-cuido personal:

Yo NO practico ni realizo, para mi beneficio, las siguientes acciones de auto-cuido:

¿Por qué será que yo no practico ni realizo medidas y acciones de auto-cuido necesarias?

Escala de Autocuidado

Anabel González, Dolores Mosquera, Jim Knipe, Andrew Leeds & Miguel Angel Santed, 2017

Nombre y apellidos	Edad
Fecha	

La escala de autocuidado se refiere a formas en las que habitualmente nos tratamos a nosotros mismos. Esto abarca distintas áreas.

Deberá leer cada frase, y ver hasta qué punto está de acuerdo con ella, rodeando con un círculo el número correspondiente, según la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Conteste en base a la manera en la que funciona usted de modo habitual, no a una etapa en particular.

Por favor, no deje ninguna pregunta sin responder. Si tiene dudas, pregunte al evaluador.

	1	2	3	4	5	6	7					
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo					
1	AD	Cuando estoy mal hago cosas que me hacen sentir aún peor				1	2	3	4	5	6	7
2	TA	Los elogios me hacen sentir incómodo				1	2	3	4	5	6	7
3	PA	No me dejo ayudar				1	2	3	4	5	6	7
4	R	Siento que me tratan injustamente y no se por qué				1	2	3	4	5	6	7
5	NP	No dedico tiempo a actividades agradables o divertidas				1	2	3	4	5	6	7
6	TA	No me fío de la gente que me dice cosas positivas sobre mí				1	2	3	4	5	6	7
7	NN	Las cosas que hago tienen que ser útiles a otras personas				1	2	3	4	5	6	7
8	AD	Me echo siempre la culpa de todo				1	2	3	4	5	6	7
9	R	Nadie me reconoce lo mucho que hago por ellos				1	2	3	4	5	6	7
10	NN	Las necesidades de los demás están por delante de las mías				1	2	3	4	5	6	7
11	PA	No soy capaz de pedir ayuda				1	2	3	4	5	6	7
12	AD	Me comporto de forma autodestructiva				1	2	3	4	5	6	7
13	R	Los demás deberían estar ahí cuando los necesito				1	2	3	4	5	6	7
14	NN	Puedo llegar a disculpar cualquier cosa que me hagan				1	2	3	4	5	6	7
15	TA	Me creo más fácilmente una crítica que un cumplido				1	2	3	4	5	6	7
16	AD	Me critico internamente todo el tiempo				1	2	3	4	5	6	7
17	PA	Mis problemas me los guardo para mí				1	2	3	4	5	6	7
18	R	La gente es muy desagradecida				1	2	3	4	5	6	7
19	NN	Me cuesta defender mis derechos				1	2	3	4	5	6	7
20	TA	Me siento más cómodo ayudando a los demás que a la inversa				1	2	3	4	5	6	7
21	NP	No tengo relaciones que me resulten gratificantes				1	2	3	4	5	6	7
22	NN	Permito que la gente invada mi espacio personal				1	2	3	4	5	6	7
23	AD	Hago cosas que sé que me perjudican				1	2	3	4	5	6	7
24	R	Me molesta que los demás no respondan en seguida a mis necesidades				1	2	3	4	5	6	7
25	NP	No hago ejercicio físico				1	2	3	4	5	6	7
26	NN	Soy incapaz de decir que no				1	2	3	4	5	6	7
27	TA	Neutralizo los cumplidos diciendo "no es para tanto" o cosas así				1	2	3	4	5	6	7
28	AD	Cuando estoy mal me enfado conmigo mismo por estar así				1	2	3	4	5	6	7
29	PA	No puedo pedir lo que necesito				1	2	3	4	5	6	7
30	NP	No se disfrutar del tiempo libre				1	2	3	4	5	6	7
31	AD	Me alimento mal				1	2	3	4	5	6	7

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Para obtener los factores ha de sumar todos los items de cada factor y dividir por el número de items

- AD Conducta autodestructiva
- TA Falta de tolerancia al afecto positivo
- PA Problemas para dejarse ayudar
- R Resentimiento por no reciprocidad
- NP No actividades positivas
- NN No atender las propias necesidades

INDICACIONES: a continuación, escriba una serie de actividades que se compromete a realizar por cada día de la semana.

DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO



SESIÓN # 08– FAMILIARES CUIDADORES

N° de sesión: 08

Área: *Espiritualidad y duelo.*

Técnica: *Carta de gratitud.*

Modelo: *Psicología positiva.*

Objetivo: *Fomentar la espiritualidad de manera general en familiares de pacientes con IRCT*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	Saludo y presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Papel bond 	45 minutos
2	Desarrollo	Dinámica. Psicoeducación. Actividad central. Espacio para preguntas	<ul style="list-style-type: none"> • Lápices • Vendas • Lectura corta. • Hojas de papel 	
3	Cierre	Retroalimentación y cierre	<ul style="list-style-type: none"> • Lapiceros. • Caja pequeña. 	

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

- 1. Saludo y bienvenida:** Se realizará un saludo a todos los integrantes del grupo, en el que se les dará la bienvenida, y se les preguntará como han estado sus actividades en la semana, para crear una cohesión amena del grupo.
- 2. Dinámica de Desinhibición:** Llamada dibujo a ciegas. Cada uno de los participantes deberá estar vendado de los ojos, frente a ellos se colocará una página de papel con un lápiz en el cual deberán dibujar cuando el facilitador lo indique, que serán: *una casa, un árbol, un jardín*. La reflexión de esta dinámica consiste en que la espiritualidad es una parte que cada ser humano la práctica de diferente forma, y por eso mismo, significa que la diversidad de las creencias de cada persona, hace que cada uno sea diferente.
- 3. Psicoeducación:** Se llevará a cabo por medio de una lectura corta, en la cual, se manera general, se abordará la importancia de las creencias religiosas en la forma de afrontamiento de la enfermedad del familiar cuidador en el proceso de su familiar enfermo.

- 4. Actividad central:** La actividad consiste en que según sea sus creencias o ideologías deberán realizar una carta de agradecimiento o de gratitud al ser supremo que tiene en sus costumbres, se les entregará un lápiz y una hoja, en la que deberán escribir. Al finalizar tendrán un espacio de discernimiento espiritual, en el que deberán decidir qué hacer con la carta, si dejarla en la capilla de la clínica, entregársela a su familiar enfermo, romperla, etc. Para aquellos que decidan dejarla en la capilla, se decorará una caja de manera sobria y sencilla en la que sean colocadas las cartas de manera anónima.
- 5. Espacio para preguntas:** Si hubiere alguna duda o pregunta, aclaración o un espacio para compartir lo vivido en la sesión.
- 6. Retroalimentación y cierre:** Se realizará una breve retroalimentación de lo visto en la sesión grupal, luego se agradecerá la asistencia a la sesión grupal, invitándolos a la siguiente sesión a desarrollar.

MATERIALES: Papel bond, lápices, vendas, lectura corta, hojas de papel, lapiceros y caja pequeña.

SESIÓN 8: Carta de gratitud.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Esta jornada requiere que el psicólogo encargado tenga mucha precaución y sobre todo respeto con las orientaciones religiosas de cada participante, evitando dar ejemplos de una religión en particular. Se debe evitar:

- Hablar de las creencias espirituales propias. El terapeuta no debe expresar su postura religiosa puesto que resultara en cohibición por parte de quienes tengan una postura distinta, generando parcialidad.
- Utilizar ejemplos de figuras religiosas de determinada doctrina, como por ejemplo deidades, chacras, santos, vírgenes, apóstoles, etc. Todos estos son recursos de religiones específicas, por lo que su uso generará divisiones de acuerdo a las creencias.
- Utilizar términos específicos de alguna religión. Estos deben ser solo términos generales. Es decir, en lugar de sacerdote, pastor, rabino, sacerdotisa, gurú, etc., referirse solo como “guía espiritual”.
- Usar tonos de mofa sobre ciertas ideas espirituales. El psicoterapeuta en el momento de la sesión debe dejar de lado sus propios puntos de vista y actuar con objetividad.
- Darle mayor participación a una persona en específico, puesto que esto provocara que el resto de personas perciban favoritismo por parte del psicólogo.
- Utilizar términos de aprobación o desaprobación con las ideas de los usuarios.

El psicoterapeuta en el ámbito espiritual es un facilitador para el acceso y comprensión de esta área, no un vocero de sus perspectivas personales de la espiritualidad.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Comprensión de la dimensión espiritual de forma laica.

LA IMPORTANCIA DE LA ESPIRITUALIDAD

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS Y UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS - CLÍNICA
ASISTENCIAL EL CARMELO

Sea como fuere, lo que es innegable es que en todo ser humano existe una dimensión que trasciende lo puramente físico y que hemos identificado como lo espiritual.

¿Lo espiritual y lo físico se relacionan?

La respuesta a esta pregunta es un rotundo sí. Independientemente de la espiritualidad o creencia que se profese, las personas que tienen fe en un ser superior son menos propensas a deprimirse y, si llegan a tener episodios de depresión o tristeza profunda, salen adelante más rápidamente que las personas que no tienen esa visión de vida.

En efecto, los estudios realizados demuestran que la persona con una creencia espiritual se siente más plena, más fortalecida, tiene una visión diferente de las cosas.

Algunos beneficios de la espiritualidad.

No se sabe con seguridad el modo en que la espiritualidad y bienestar (o salud) se relacionan. Lo que sí se tienen son las evidencias recogidas en los estudios que demuestran que el bienestar espiritual ayuda a mejorar la salud y la calidad de vida de las siguientes maneras:

- La espiritualidad ayuda en salud mental porque, si se vive a conciencia conforme los dictados de esa espiritualidad, te aporta una serie de valores como los son: amor, perdón, agradecimiento, esperanza, paz y fortaleza. De igual manera, ayuda a ser más sano emocionalmente. También da la posibilidad de tener más salud relacional e interpersonal, porque, si realmente se vive eso, la persona está mejor consigo misma y tendrá una mayor capacidad para mostrar tolerancia, respeto y amor a los demás, con lo que la salud de una familia o grupo social mejora.
- Disminuye la ansiedad, la depresión, el enojo y el malestar.
- Disminuye la sensación de aislamiento (sentirse solo) y el riesgo de suicidio.
- Disminuye el abuso de bebidas alcohólicas y medicamentos.
- Reduce la presión arterial y el riesgo de enfermedades cardíacas.
- Provee un sentimiento de crecimiento personal.
- Aumenta los sentimientos positivos tales como: esperanza y optimismo.
- Proporciona una mayor satisfacción con la vida.
- Otorga una mayor sensación de paz interior.
- El bienestar espiritual también puede ayudar a vivir más.

¿Por qué es importante cultivar la dimensión espiritual?

Por todo lo que hemos expuesto, podemos afirmar que para que los humanos tengan una vida plena es muy importante que las personas no sólo cuiden su salud física y/o intelectual, sino también hay que considerar otras facetas de la vida que tienen mucha importancia para vivir mejor, como lo son la salud: emocional, mental y espiritual. Para convertirse en un ser humano integral, es importante que se cuide todas estas dimensiones.

Es muy típico que la dimensión espiritual sea la que menos importancia se le de y, sin duda, es muy importante. Cuando una persona tiene muy desarrollada su faceta espiritual, es capaz de otorgar a su vida más sentido, es más feliz con menos sufrimiento tiende a ser menor, tiende a aceptar las experiencias dolorosas de la vida con mayor conformidad y dispone de más recursos para superar las dificultades y los obstáculos a los que se enfrente.

La espiritualidad se desarrolla tratando de hacer el bien a los demás, amando y solidarizándose con el prójimo, identificándose con una buena causa, procurando vivir los buenos valores, cumpliendo con los deberes de ser un buen ciudadano, sin descuidar su salud física, mental y emocional.



SESIÓN # 09 – FAMILIARES CUIDADORES

N° de sesión: 09

Área: *Espiritualidad y duelo.*

Técnica: *Diario del futuro.*

Modelo: *Psicología positiva.*

Objetivo: *Fomentar la resiliencia en familiares de pacientes con IRCT.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Saludo y presentación		
2	Desarrollo	2. Dinámica. 3. Psicoeducación. 4. Actividad central. 5. espacio para preguntas	<ul style="list-style-type: none"> • Vejiga • Lectura corta • Páginas de papel • Lapiceros 	45 minutos
3	Cierre	6. Retroalimentación y cierre.		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

1. **Saludo y bienvenida:** Se realizará un saludo a todos los integrantes del grupo, en el que se les dará la bienvenida, y se les preguntará como han estado sus actividades en la semana, para crear una cohesión amena del grupo.
2. **Dinámica de Desinhibición:** Se llevara a cabo una actividad llamada el globo loco, uno de los facilitadores va a tener el globo y se lo lanzará a uno de los participantes eligiendo con qué parte del cuerpo van a recibir el globo, por ejemplo: “*niña Hortensia, recibirá el globo con el pie*”, luego cuando ésta lo haya recibido, se lo enviará a otro participante para que lo reciba con otra parte del cuerpo y así sucesivamente hasta que todos los participantes del grupo pasen. La reflexión de la dinámica consistirá en que cada una de las personas siempre hacen su mejor esfuerzo en las actividades que realizan a lo largo de la vida, y que lo que para otros puede ser fácil, para otros no puede serlo tanto, pero eso hace que cada persona a su manera.
3. **Psicoeducación:** Con base a la lectura corta sobre la resiliencia, se leerá una historia a modo de metáfora, en la que el facilitador deberá hacer énfasis en la reflexión personal de la lectura, como inicio, para luego iniciar con la psicoeducación.

- 4. Actividad central:** Se realizara la actividad llamada diario del futuro - deberán escribir en una página de papel, como se ven dentro de un año, dentro de tres años, y dentro de cinco años además, en cada una de esas etapas por año, deberá incluir cómo podría ayudar a otras personas que conozca en el futuro, que atravesaren por la misma situación que ellos están viviendo actualmente, es decir, si conocen a una persona dentro de un año, que esté pasando la IRCT con su familiar, como la persona podría ayudar a esa persona a afrontar todo lo que ha venido viviendo con su familiar, a través de la experiencia personal.
- 5. Espacio para preguntas:** Si hubiere alguna duda o pregunta, se le dará respuesta a las mismas, a partir de la psicoeducación.
- 6. Retroalimentación y cierre:** Se realizará una breve retroalimentación de lo visto en la sesión grupal, se agradecerá la asistencia a la sesión grupal, invitándolos a la siguiente sesión a desarrollar.

MATERIALES: Vejiga, lectura corta, páginas de papel y lapiceros.

SESIÓN 9: Diario del futuro.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

El psicólogo encargado deberá fomentar en esta sesión la reflexión en cada uno de los participantes, y luego proceder con la psicoeducación. Se recomienda que durante el transcurso de la psicoeducación realizar preguntas interactivas para cada participante, a modo que cada participante sea consciente de la capacidad intrínseca de resiliencia que poseen de manera previa.

Para la técnica central instar a los familiares a utilizar su imaginación para que logren realizar la técnica de la manera más efectiva posible.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Percepción de fortaleza ante la adversidad.

LA HISTORIA DE LA ZANAHORIA, LOS HUEVOS Y EL CAFÉ.

«Érase una vez la hija de un viejo hortelano que se quejaba constantemente sobre su vida y sobre lo difícil que le resultaba ir avanzando. Estaba cansada de luchar y no tenía ganas de nada; cuando un problema se solucionaba otro nuevo aparecía y eso le hacía resignarse y sentirse vencida.

El hortelano le pidió a su hija que se acercara a la cocina de su cabaña y que tomara asiento. Después, llenó tres recipientes con agua y los colocó sobre fuego. Cuando el agua comenzó a hervir colocó en un recipiente una zanahoria, en otro un huevo y en

el último vertió unos granos de café. Los dejó hervir sin decir palabramientras su hija esperaba impacientemente sin comprender qué era lo que su padre hacía. A los veinte minutos el padre apagó el fuego. Sacó las zanahorias y las colocó en un tazón. Sacó los huevos y los colocó en otro plato. Finalmente, coló el café.

Miró a su hija y le dijo: «¿Qué ves?». «Zanahorias, huevos y café», fue su respuesta. La hizo acercarse y le pidió que tocara las zanahorias. Ella lo hizo y notó que estaban blandas. Luego le pidió que tomara un huevo y lo rompiera. Le quitó la cáscara y observó el huevo duro. Luego le pidió que probara el café. Ella sonrió mientras disfrutaba de su dulce aroma. Humildemente la hija preguntó: «¿Qué significa esto, papá?»



Él le explicó que los tres elementos habían enfrentado la misma adversidad: agua hirviendo. Pero habían reaccionado en forma muy diferente. La zanahoria llegó al agua fuerte, dura; pero después de pasar por el agua hirviendo se había vuelto débil, fácil de deshacer. El huevo había llegado al agua frágil, su cáscara fina protegía su interior líquido; pero después de estar en agua hirviendo, su interior se había endurecido. El café sin embargo era único; después de estar en agua hirviendo, había cambiado el agua.

«¿Cuál eres tú?», le preguntó a su hija. «Cuando la adversidad llama a tu puerta, ¿Cómo respondes?

¿Eres una zanahoria que parece fuerte pero que cuando la adversidad y el dolor te tocan, te vuelves débil y pierdes tu fortaleza? ¿Eres un huevo, que comienza con un corazón maleable? ¿Poseías un espíritu fluido, pero después de una muerte, una separación, o un despido, te has vuelto dura y rígida? Por fuera eres igual, pero, ¿cómo te has transformado por dentro?

¿O eres como el café? El café cambia el agua, el elemento que le causa dolor. Cuando el agua llega al punto de ebullición el café alcanza su mejor sabor. Si eres como el grano de café, cuando las cosas se ponen peor tú reaccionas mejor y haces que las cosas a tu alrededor mejoren.

LA RESILIENCIA



Ella si será capaz de superarlo... no todas tenemos su fortaleza. Cualquiera en su lugar no lo hubiera logrado... él siempre se levanta de las caídas. Ha nacido con ese don para afrontar las tragedias. Todas estas frases hablan de personas que logran superar la tragedia, la adversidad, las situaciones de duelo y pérdida, por duras y difíciles que sean... ¿Son súper humanos? ¿Son personas especiales?

La resiliencia es la capacidad de afrontar las adversidades y lograr adaptarse ante las tragedias, los traumas, las amenazas o el estrés severo. Que seamos resilientes no significa que no experimentemos dificultades o angustias, ya que en algún momento de nuestras vidas todos sentimos tristeza, incertidumbre, malestar o dolor, ya sea físico o emocional, sino que a pesar de todos los obstáculos que se nos presenten y el gran impacto que tengan las situaciones en nosotros, aun así, somos capaces de sobreponernos e ir adaptándonos bien a lo largo del tiempo.

Todos en cierta medida hemos podido ser resilientes en algún momento de nuestras vidas. Además, la resiliencia no es algo que podemos tener o no, sino que son un conjunto de pensamientos, emociones y conductas que pueden ser aprendidas y desarrolladas por cualquier persona.

QUÉ CONTRIBUYE A QUE SEAMOS MÁS RESILIENTES:

El tener cerca de nosotros a personas que nos proporcionan cariño, apoyo y confianza puede hacernos mucho más resilientes.

Otros factores asociados son:

- *Una visión positiva de nosotros mismos, confiando en nuestras fortalezas y debilidades.*
- *Habilidades en la comunicación y solución de problemas. Ver los problemas como retos a superar y no como posibles amenazas.*
- *Capacidad para hacer planes realistas, así como un buen manejo destreza sobre los sentimientos e impulsos fuertes. (Capacidad de autocontrol).*





CÓMO SON LAS PERSONAS RESILIENTES

Las características fundamentales de las personas resilientes son:

- *Aceptar la realidad tal cual es.*
- *Creer en que la vida tiene sentido.*
- *Capacidad para mejorar.*

Además, pueden presentar otras habilidades como saber controlar sus emociones, ser empáticos, saber identificar de manera precisa las causas de los problemas, y considerarse competentes y confiados en sí mismos. Pero una de las características más importantes es su modo de pensar, su estilo de pensamiento. Una persona resiliente tiene un pensamiento realista, y flexible.



QUÉ HACER PARA DESARROLLAR LA RESILIENCIA

- **Establecer relaciones.** Tener buenas relaciones con los demás, aceptando la ayuda y el apoyo que nos ofrecen, así como ayudar a otros que lo necesitan, fortalece nuestra resiliencia.
- **Pensamiento realista, pensamiento constructivo.** No podemos evitar que ocurran eventos amenazantes, o que produzcan mucha tensión, pero sí podemos cambiar nuestra manera de interpretarlos y reaccionar ante ellos. Ver los problemas como retos a superar, desde una perspectiva amplia, pensando que tenemos la capacidad suficiente de afrontarlos y encontrar posibles soluciones.
- **Aceptar la realidad,** aceptar que el cambio es parte de la vida.
- **Confía en ti mismo.** No podemos saber lo que podemos hacer hasta que no lo intentemos, incluso nos sorprenderemos a veces, de todo lo que podemos lograr nosotros mismo.
- **Desarrolla metas y objetivos, y actúa.**
- **Busca oportunidades para descubrirte a ti mismo.** Muchas veces tras superar un acontecimiento estresante o una adversidad, experimentas un crecimiento personal. Aprendemos algo nuevo sobre nosotros mismos. Hay muchas otras formas para desarrollar nuestra capacidad de resiliencia, sólo tenemos que identificar aquellas actividades que nos permitan construir nuestra estrategia personal para desarrollarla.

Diario del futuro.

INDICACIONES: debe escribir como se ve en esos diferentes tiempos, incluyendo cómo podría ayudar a otras personas que conozca en el futuro y que pudieran ser cuidadores de pacientes con irct, desde la experiencia personal.

1 AÑO

3 AÑOS

5 AÑOS



SESIÓN # 10 – FAMILIARES CUIDADORES

Nº de sesión: 10

Área: *Espiritualidad y duelo.*

Técnica: *Carta enviada.*

Modelo: *Psicología positiva.*

Objetivo: *Fomentar la conciencia de trascendencia espiritual en familiares de pacientes con IRCT como preparativo del duelo anticipado.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Saludo y presentación		
2	Desarrollo	2. Dinámica. 3. Psicoeducación. 4. Actividad central. 5. Espacio para preguntas.	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura corta • Páginas de papel bond. • lapiceros 	45 minutos
3	Cierre	6. Retroalimentación y cierre.		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

1. **Saludo y bienvenida:** Se realizará un saludo a todos los integrantes del grupo, en el que se les dará la bienvenida, y se les preguntará como han estado sus actividades en la semana, para crear una cohesión amena del grupo.
2. **Dinámica de Desinhibición:** La dinámica se llama una cita concertada, la cual consiste en que los participantes se formarán en fila, uno frente a otro el facilitador, dirá unas preguntas, para las cuales tendrá un minuto para contestar cada uno, es decir serán dos minutos por pregunta. Al finalizar los dos minutos, deberán continuar con su compañero hacia la derecha en la misma posición, de esa manera hasta que se acaben las preguntas. La dinámica tiene como reflexión, que para cada persona una misma pregunta tiene diversos significados y la experiencia del otro puede ayudarme como experiencia de vida.
3. **Psicoeducación:** Esta actividad se realizará en función al duelo anticipado. Como es bien sabido por los participantes, la muerte es inminente en sus familiares, por lo que, afrontan diversas situaciones que son dolorosas tanto para ellos como cuidadores, como para el familiar enfermo.

- 4. Actividad central:** Se llevará a cabo la puesta en práctica de lo aprendido en la sesión la cual consistirá en que cada participante realizará una carta para su familiar, en la cual deberá expresar sus sentimientos hacia él/ella, evitando un lenguaje soez, expresando lo que siente y/o piensa de su familiar, de su relación, de sus sentimientos. Al finalizar la carta tendrá un máximo de tiempo para ser entregada a su familiar, que será puesta por cada participante en un plazo no más de quince días. Si el participante lo desea, podrá leer y/o expresar el contenido de la carta a sus compañeros de grupo.
- 5. Espacio para preguntas:** Si hubiere alguna duda o pregunta, se le dará respuesta a las mismas, a partir de la psicoeducación.
- 6. Retroalimentación y cierre:** Se realizará una breve retroalimentación de lo visto en la sesión grupal, y luego se agradecerá la asistencia a la sesión grupal, invitándolos a la siguiente sesión a desarrollar.

MATERIALES: Lectura corta, páginas de papel bond y lapiceros.

SESIÓN 10: Carta enviada.

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Se recomienda al terapeuta encargado que durante el transcurso de la sesión haga énfasis en la importancia de la expresión de sentimientos hacia los demás. Es posible que los participantes muestren resistencia al principio debido a que la mayoría de personas no suele expresar sentimientos positivos de manera verbal, por lo que se deberá tener paciencia en estos casos no obligar a la persona, pero si facilitarle la escritura de la carta poniendo ejemplos, haciendo preguntas o de ser necesario que piense en tercera persona al escribir la carta. Si algunas personas desean compartir el contenido de la carta será bienvenido, pero en ningún momento debe ser un requisito.

PREGUNTAS PARA DINÁMICA CITA CONCERTADA

- *¿Cuál ha sido la experiencia más difícil durante la semana?*
- *¿Cómo te ves dentro de 5 años?*
- *Si tuvieras un super poder, ¿cuál te gustaría tener?*
- *¿Qué opinas acerca de la muerte?*
- *Si este fuera el último día de tu vida, ¿Qué cosas te gustaría realizar?*

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

- Toma de conciencia del duelo anticipado.
- Percepción del sentido de trascendencia de la vida.
- Participación.

EL DUELO ANTICIPADO

Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados Paliativos
Clínica Asistencial El Carmelo

Ser testigo de la lucha de un ser querido con la muerte te hace vivir en un estado de emergencia constante con un gran sentimiento de angustia que parece durar para siempre. Algunos días puedes sentir un dolor profundo que no te deja siquiera concebir esta muerte mientras que otros días puede que no sientas tristeza en absoluto. Se trata de una montaña rusa de emociones que incluye momentos de adormecimiento del dolor para así protegerse y luego enfrentar una nueva ola de sentimientos.

cómo identificarlo?

- Tristeza y llanto debido a la pérdida próxima del ser querido. Esta tristeza implica miedo no sólo a la muerte sino también a los cambios que esta pérdida traerá en la familia. Los familiares reflexionan sobre cómo será la vida luego de que su ser querido ya no esté con ellos: proyectos en común, futuro financiero, roles familiares, etc.
- Intensa soledad y aislamiento debido a la falta de aceptación social para expresar sus emociones durante el duelo anticipatorio. Sienten un gran deseo de que alguien los escuche sin juzgarlos.
- Se experimenta una mayor ansiedad que puede causar síntomas físicos como temblores, falta de memoria, trastornos en el sueño y en el apetito.
- Sentimientos ambivalentes que llevan a hacerte sentir culpa. Por un lado, quieres que tu ser querido siga viviendo mientras que, por otro lado, deseas que no siga sufriendo. También puedes sentir culpa por haber sobrevivido y seguir con tus proyectos mientras que tu familiar ya no podrá hacerlo.
- Intensa ira e irritabilidad debido a esta pérdida inevitable y la impotencia de no poder hacer nada para evitarlo. El enojo puede extenderse a los profesionales de la salud que intervienen en el tratamiento de su ser querido.



1) El cuidador debe permitirse sentir el dolor porque es la manera de ser sincero con uno mismo. Negarlo puede prolongar el duelo.

El primer paso es aceptar la pérdida, luego trabajar el dolor y, finalmente, dejarlo ir. Esto no implica renunciar a nuestro ser querido u olvidarnos de él. Completar estas tareas relacionadas con el duelo, permitirán que el cuidador se aferre a la alegría que una vez compartió con él, pero sin la intensa tristeza que convierte el proceso de recordar en una experiencia dolorosa.

2) No hacer solo este proceso: compartir el dolor con alguien.

Es importante ser capaz de sentir y expresar el dolor, pero también lo es compartirlo con alguien.

Nadie debería enfrentarse solo a un duelo anticipado. No compartir esos sentimientos puede provocar una profunda sensación de soledad y aislamiento. Los estudios sugieren que un duelo anticipado es similar al duelo por el que pasa una persona cuando su ser querido muere, pero durante ese proceso se siente más ira y hay menos control de las emociones.

3) Pasar tiempo juntos.

Muchos cuidadores se quejan del sufrimiento que les provoca ver cómo su ser querido va perdiendo facultades cada día, y esa realidad los puede llevar a tratar de evitar que el familiar los vea vulnerables. Sin embargo, no pasar tiempo con el familiar puede hacer que luego se arrepientan de no haberlo hecho.

Hay actividades que se pueden hacer con nuestro ser querido, como ver álbumes de fotos juntos. El simple hecho de acariciar a nuestro ser querido, de cantarle o de pasar tiempo con él, aunque no hablemos, aunque estemos en silencio, será el mejor regalo que le podremos hacerle a nuestro familiar y a nosotros mismos.

4) Escribir un diario.

Muchos cuidadores encuentran que llevar un diario es una experiencia positiva porque te da la oportunidad de expresar todos los sentimientos que no te atreves a compartir con nadie. Además, puede convertirse en un documento que puedes consultar más tarde, cuando todo pase. Recuerdos y pensamientos que quizá se quieran volver a recordar en un futuro.

A veces se encuentra alivio en las cartas. Escribir una carta a nuestro ser querido puede ser una forma de poner en orden todo lo que sentimos.

5) Alimentar nuestra espiritualidad

La espiritualidad es un concepto que habitualmente se vincula con la religión, pero no tiene que ir unido necesariamente. Eso dependerá de cada persona. La espiritualidad se puede encontrar en la meditación, en la forma de relacionarnos con la naturaleza, incluso, en nuestra forma de escuchar música.

6) Sentido de humor

Cuando nuestro ser querido está muriendo no hay mucho espacio para la risa, pero si surge, el humor nos puede aliviar mucho. A veces, incluso en las situaciones más tristes, surgen situaciones que nos hacen reír. No tiene nada de malo, si lo hacemos. De hecho, esa sonrisa nos puede ayudar a soportar mejor el dolor.

7) El perdón

Aprender a perdonarte es tan importante como perdonar a los demás. Muchos cuidadores se sienten culpables por no cuidar a su ser querido mejor de lo que lo hacen. Por haber cometido errores o tener momentos de debilidad. No existe el cuidador perfecto. Aprender a perdonarse, a valorar el cariño que proporcionan a sus familiares, es lo importante. Como también lo es saber perdonar a amigos o miembros de la familia con los que ha nacido un resentimiento. Dejar ir esos sentimientos puede ser liberador. Alguien dijo una vez que el resentimiento es un veneno que se prepara para otro, pero que acaba bebiéndose uno mismo.



FECHA:

DE:

PARA:

A series of horizontal dashed lines for writing, consisting of 20 lines.





SESIÓN # 11 – FAMILIARES CUIDADORES

Nº de sesión: 11

Área: ---

Técnica: ---

Modelo: ---

Objetivo: *Concluir el grupo de intervención para conocer logros y experiencias de cada participante.*

NO.	FASES	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Saludo y presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Material de evaluación de cierre. • Lapiceros • Pliego de papel bond. • Comida • Bebida 	45 minutos
2	Desarrollo	2. Experiencias 3. Logros		
3	Cierre	4. Refrigerio 5. Cierre		

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.

1. **Saludo y bienvenida:** Se realizará un saludo a todos los integrantes del grupo, en el que se les dará la bienvenida y se les preguntará como han estado sus actividades en la semana, para crear una cohesión amena del grupo.
2. **Experiencias:** Se llevará a cabo un espacio para que cada participante pueda expresar la experiencia vivida dentro del grupo comparta sus impresiones y aprendizajes, también para que exprese como fue su relación con sus demás compañeros de grupo.
3. **Logros:** Esta actividad se realizará para que cada participante pueda escribir en una página de papel cuales han sido los logros que considera ha obtenido de esta experiencia de grupo, si ha cumplido con sus expectativas, y si tiene algunas sugerencias para el facilitador como tal, o bien para la experiencia de grupo como tal. Luego de ello si lo desea el participante, podrá compartirlo con el resto de los compañeros, si no, solamente lo coloca en el papel bond que previamente el facilitador habrá decorado para dicha actividad.

4. **Refrigerio:** Se realizará un pequeño refrigerio el cual estará a disposición de lo que la institución pueda brindar, para un pequeño compartir dentro del grupo.
5. **Cierre:** Se darán las palabras de agradecimiento del facilitador por la participación y disposición de cada participante, por las experiencias aprendidas de cada uno de ellos y se tomará la foto de grupo como recuerdo.

MATERIALES: Hojas de papel, lapiceros, pliego de papel bond, comida y bebidas.

Evaluación de aprendizajes finales dirigido a familiares cuidadores.



Nombre:

Edad:

Fecha:

Indicaciones: Nos interesa saber de los cambios positivos en su vida a raíz de su participación en el programa "Acompañar, cuidar y consolar". A continuación, se le presentan tres recuadros en blanco. Por favor, escriba en cada uno de ellos de acuerdo a la forma y ámbito en el cual ha percibido cambios positivos.

¿CÓMO ME AYUDÓ ESTE PROGRAMA A NIVEL PERSONAL?

A large, empty rectangular box with a light beige background, intended for the respondent to write their answer to the question above.

¿CÓMO AYUDÓ A MI FAMILIAR?

A large, empty rectangular box with a light beige background, intended for the respondent to write their answer to the question above.

¿CÓMO AYUDÓ A MI FAMILIA?

A large, empty rectangular box with a light beige background, intended for the respondent to write their answer to the question above.



NOMBRE:

FECHA:

Logros alcanzados!

lo que más me gusto fue...

Sugerencias:



SESIÓN # 12 – FAMILIARES CUIDADORES

N° de sesión: 12

Área: *Espiritualidad y Duelo.*

Técnica: *Rituales. (Árbol de esperanza)*

Modelo: *Modelo Humanista.*

Objetivo: Concientizar en el familiar la sana trascendencia que conlleva el duelo por fallecimiento de su familiar con IRCT.

NO.	FASE	ACTIVIDAD	MATERIALES	TIEMPO
1	Apertura	1. Saludo	<ul style="list-style-type: none"> • Piedras pequeñas. • Pinturas • Pinceles • Hojas naturales de árbol. • Resina epóxica 	30 minutos
2	Desarrollo	2. Dinámica. 3. Compartir. 4. Psicoeducación. 5. Actividad central		
3	Cierre	6. Retroalimentación y cierre		

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

1. **Saludo y bienvenida:** Se realizará un saludo a todos los integrantes del grupo, en el que se les dará la bienvenida, y se les preguntará como han estado sus actividades en la semana, para crear una cohesión amena del grupo.
2. **Dinámica de Desinhibición:** La dinámica se llama “los abrazos” y consiste en colocar a todos los participantes en parejas, siendo uno el que dirige la dinámica. Primero se les enseñara a los participantes 4 tipos de abrazos: abrazo de oso (con ambos brazos), de ganso (manos hacia atrás y colocando el cuello en el hombro del compañero), de mariposa (realizando un suave masaje con la yema de los dedos en los omoplatos del compañero) y abrazo de hermano (con un solo brazo tras la espalda del compañero). La persona que dirige irá indicando el tipo de abrazo que los participantes realizaran, aumentando gradualmente la velocidad, y cada vez que indique “abrazo de hermano” las parejas cambiaran. Quien quede sin pareja pasara a dirigir la dinámica.
3. **Compartiendo y acompañando:** Los participantes compartirán como han sido esos meses luego de que su familiar ha fallecido. El terapeuta hará uso de un peluche, el cual

quien lo posea tendrá uso de la palabra. Así mismo, el tiempo para que cada uno comparta su experiencia será modulado por el psicólogo de acuerdo al número de asistentes a la sesión. El psicólogo normalizará las emociones que se experimenten, naturalizándolas e instando a los asistentes a que luego de cada experiencia proclamen la frase “estamos contigo”.

- 4. Psicoeducación:** De manera concisa, el psicólogo encargado explicará las fases y tipos de duelo, haciendo énfasis en que cada duelo es distinto y que expresar emociones es saludable para la persona. Se debe hacer hincapié en que el duelo es normal, es completamente humano y una reacción inevitable, por lo que es necesario vivirlo de manera saludable para poder resolverlo de manera efectiva.
- 5. Actividad central:** Se realizará esta sesión en el salón donde tuvo lugar la experiencia grupal, solamente en presencia del familiar en duelo y el facilitador. Éste le entregará una piedra acompañado de pinturas y pinceles, en la cual, el familiar deberá pintar lo que más recuerda o caracterizaba a su familiar, por ejemplo, si le gustaba el fútbol, puede pintar la piedra como una pelota de fútbol. Luego que el familiar haya pintado la piedra, deberá acompañar al facilitador hacia un árbol previamente seleccionado dentro de las instalaciones de la clínica, propiciando que las condiciones de privacidad para el familiar sean las adecuadas. Al estar situados frente al árbol, el facilitador deberá promover el ambiente para que el ritual se realice de la mejor manera, es decir, iniciará dando unas palabras en las que hará énfasis en que la muerte es un proceso de vida natural en que todos los seres humanos deben pasar para según la creencia que tenga el familiar, trascienda de alguna manera luego del fallecimiento. Al mismo tiempo, deberá explicarle la analogía de los simbolismos de cada objeto, es decir, que la piedra representa a su familiar, el árbol representa la vida, que continúa para el familiar, aunque de una forma que ya no es percibida a simple vista y que al mismo tiempo significa la trascendencia de su ser querido, es decir otra manera de vida, según su ideología, el cielo, la reencarnación, en una energía, etc. Será importante la labor del facilitador en esta actividad, debido a la carga emocional del momento, tendrá que modular la forma y las palabras que utilizará para dicha reflexión. En el momento en que el familiar sienta, puede colocar la piedra al pie del árbol. Para finalizar, como simbolismo de que su ser querido estará presente siempre con su familiar, se le entregará una hoja previamente seleccionada y preservada

con resina epóxica, la cual significa una nueva forma en que su ser querido estará presente a partir de la muerte, es decir, ya no de forma física, pero sí de forma espiritual y representativa.

- 6. Retroalimentación y cierre:** De manera breve se recalcará la importancia de que cada persona viva su duelo, que se permita acompañar y no mitificarlo, puesto que el duelo es parte de la vida de todo ser humano, que no se trata de olvidar, sino de recordar a su familiar con amor y como cierre de dicha actividad, se puede proceder a aplicar una técnica de relajación o una intervención breve donde se le permita expresar al familiar sus emociones y pensamientos, bien realizar otra actividad, según se considere necesario y oportuno.

MATERIALES: Piedras pequeñas, pinturas, pinceles, hojas naturales de árbol y resina epóxica.

SESIÓN 12: Rituales (Árbol de Esperanza)

INFORMACIÓN PARA EL PSICOLOGO:

Esta sesión se realizará únicamente con personas cuyo familiar con IRCT ya haya fallecido como mínimo dos meses antes, puesto que se debe respetar el duelo post mortem inmediato. Se recomienda citar expresamente a los participantes a la sesión y a pesar que el tiempo estimado de la sesión sea de 40 minutos, es posible que este varíe de acuerdo a las reacciones emocionales de los familiares. Estas respuestas emocionales deben permitirse, normalizarse y ventilarse de manera verbal, tanto antes como después de la técnica. Al finalizar y de acuerdo a los participantes, se recomienda realizar una reflexión u oración personal, y en caso que alguna persona lo solicite, brindarle un espacio para la atención personalizada.

INDICADOR DE EFECTIVIDAD DE LA SESIÓN:

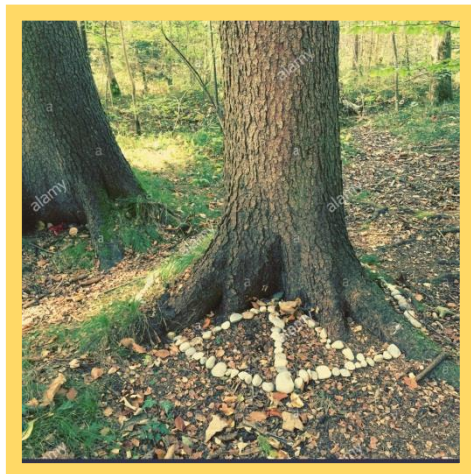
- Participación.
- ventilación de emociones.
- Percepción saludable de continuidad.

Esta es una sesión adicional: su aplicación se hará únicamente si hubiere algún familiar cuidador que continúe llegando a la clínica en el que ya haya fallecido su familiar paciente con IRCT.



**EJEMPLO ORIENTATIVO DE UTILIZACIÓN
DE PELUCHE AL MOMENTO DE COMPARTIR
EXPERIENCIAS.**

**EJEMPLO ILUSTRATIVO DE
“EL ÁRBOL DE ESPERANZA”**



TIPOS DE DUELO

Unidad de Hemodiálisis y Unidad de Cuidados
Paliativos - Clínica Asistencial El Carmelo



Duelo anticipado: antes de que se haya producido la pérdida. El duelo anticipado es un proceso prolongado, pero no tan agudo como el resto, dado que cuando llega la pérdida se suele experimentar en parte, como algo que da calma.

Duelo sin resolver: cuando la fase de duelo sigue presente. Suele denominarse así al tipo de duelo que sucede cuando ha pasado cierto tiempo (hasta 2 años) y no se ha superado.

Duelo crónico: es una clase de duelo sin resolver, que no remite con el paso del tiempo y dura por años. También se denomina duelo patológico o complicado. Es cuando la persona es incapaz de dejar de revivir de forma detallada y vivida los sucesos relacionados con la pérdida, y todo lo que le ocurre le recuerda a esa experiencia.

Duelo ausente: cuando la persona niega que los hechos hayan ocurrido, es decir, es un estancamiento en la etapa de negación de la cual se ha hablado anteriormente, porque la persona no quiere hacer frente a esa situación.

Duelo retardado: Inicia después de un tiempo. Suele ser la consecuencia del duelo ausente, y también recibe el nombre de duelo congelado. Suele aparecer en personas que controlan sus emociones en exceso y tratan de mostrarse "fuertes" ante los demás.

Duelo inhibido: se produce cuando hay una dificultad en la expresión de los sentimientos, por lo que la persona evita el dolor de la pérdida, no obstante, este dolor es manifestado con síntomas físicos.

Duelo desautorizado: cuando el entorno o seres allegados a la persona no aceptan el duelo de esta, por el motivo que sea. Este individuo reprime los sentimientos de cara a estas personas, pero internamente le afecta.

Duelo distorsionado: se manifiesta como una fuerte reacción desproporcionada en cuanto a la situación. Suele ocurrir cuando la persona ya ha vivido un duelo y posteriormente se encuentra ante uno nuevo y responde con más fuerza que al primero, aunque el vínculo con este último sea menor. Por ejemplo, experimentar la pérdida de un padre y luego la de un tío, haciendo que esta última reviva la pérdida anterior y lo experimente con mayor intensidad.

- Tómese su tiempo para vivir cada etapa del duelo; el tiempo en el proceso de duelo es relativo, no tenga prisa por pasar rápidamente de una etapa a otra. Cada fase tiene su dificultad y algunos sentimientos pueden ser abrumadores.



- Tómese su tiempo para retomar sus actividades cotidianas, no se sobre-esfuerce si no se siente con la capacidad para hacerlo.



- Acuda a un psicoterapeuta: en ocasiones podrá sentirse abrumado por los sentimientos ocasionados por su pérdida, en ese caso un tanatólogo (especialista en duelo) podría brindarle mejor orientación.

Llega por fin, el día en que una nostalgia que nos hierde reemplaza el dolor del vacío y la comprensión. Aceptamos su desaparición física porque percibimos junto a nosotros su presencia espiritual, y aprendemos de modo definitivo que el amor no muere nunca...

Lidia María Riba

NO TEMAS AL DUELO

COMO SOBRELLEVAR LA PÉRDIDA DE MI SER QUERIDO DE MANERA SALUDABLE



"El duelo se trata de una herida y, por tanto, requiere de un tiempo para su cicatrización".

¿Qué es el duelo?

Es el proceso psicológico que se produce tras una pérdida, una ausencia o una muerte. Es diferente para cada persona. Se pueden sufrir diferentes síntomas emocionales y físicos como: ansiedad, miedo, culpa, confusión, negación, depresión, tristeza, shock emocional, etc.



Fases o Etapas del Duelo

- **Negación:** aunque nos expresemos verbalmente aceptando la información, en la práctica nos comportamos en un papel que nos toca interpretar sin que nos lo creamos del todo.



- **Ira:** es fruto de la frustración que produce saber que se ha producido la muerte y que no se puede hacer nada para arreglar o revertir la situación. Aparece una fuerte sensación de enfado que se proyecta en todas las direcciones.



- **Negociación:** El dolor es aliviado imaginando que hemos retrocedido en el tiempo y que no hay ninguna vida en peligro. Pero esta etapa es breve pero no encaja con la realidad.



- **Depresión:** aparece una fuerte tristeza que nos lleva a entrar en una crisis, hay una falta de incentivos para seguir viviendo en una realidad en la que el ser querido no está. Es común que nos aislemos más, podemos sentirnos incapaces de concebir la idea de que vayamos a salir de ese estado de tristeza y melancolía.



- **Aceptación:** se aprende a seguir viviendo y se acepta que ese sentimiento de superación está bien. No es una etapa feliz contrario al resto de etapas, sino que se caracteriza más bien porque poco a poco va volviendo la capacidad de experimentar alegría y placer.

¿Cómo puedo sobrellevar mi pérdida?

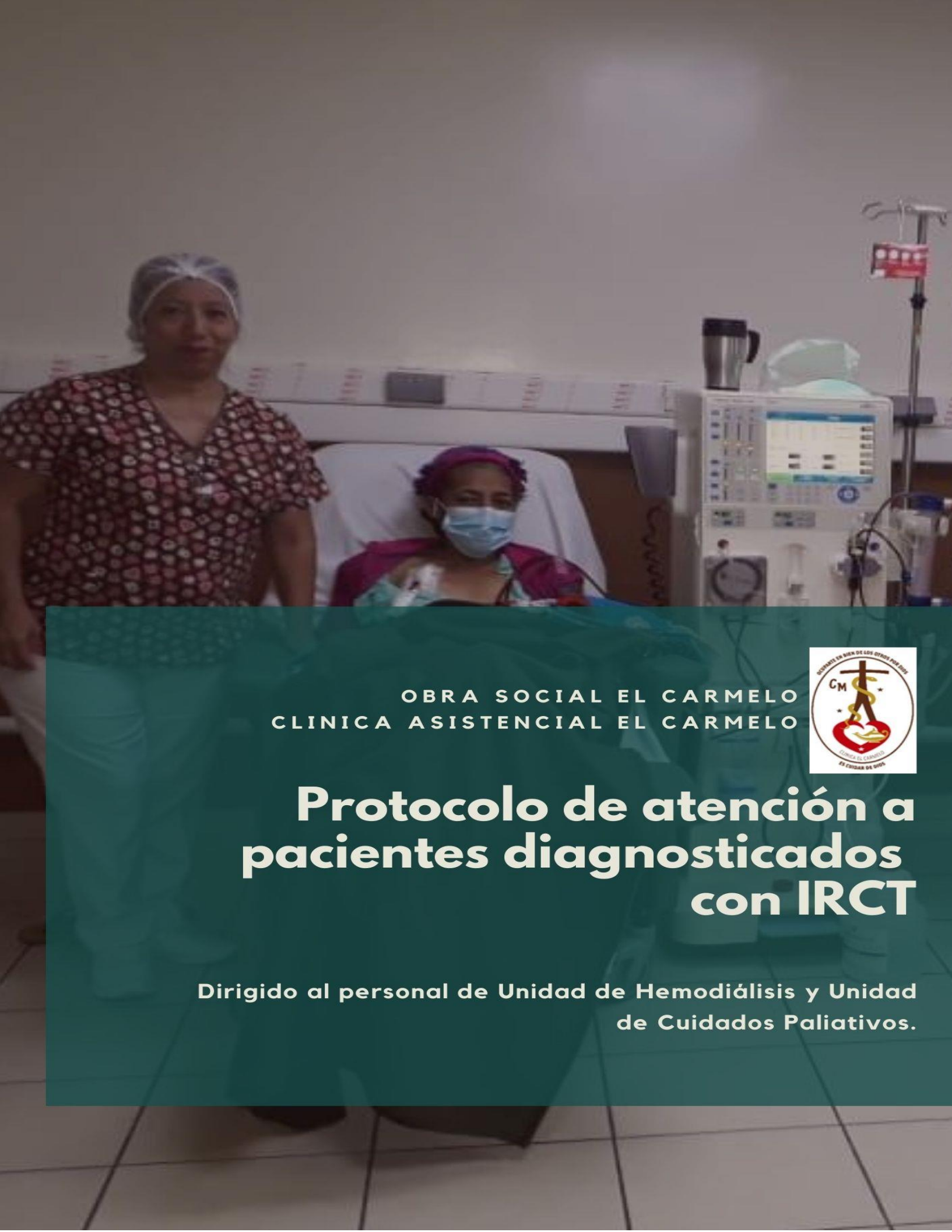
- Evite comparaciones: cada persona es diferente y la pérdida no es vivida por todos igual, por lo que si un familiar está una etapa de duelo diferente a la suya, no significa que no sufra, o usted se queda atrás.



- Tener redes de apoyo: como lo son las iglesias, amigos cercanos, grupos de apoyo, etc., donde usted puede compartir y expresar sus sentimientos con otras personas que le proporcionan una ayuda en su proceso de duelo.



**ANEXOS 4. PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON IRCT.**



OBRA SOCIAL EL CARMELO
CLINICA ASISTENCIAL EL CARMELO



Protocolo de atención a pacientes diagnosticados con IRCT

Dirigido al personal de Unidad de Hemodiálisis y Unidad
de Cuidados Paliativos.

El presente protocolo ha sido elaborado exclusivamente enfocado para la Clínica Asistencial El Carmelo, como aporte por parte de estudiantes del departamento de psicología de la Universidad de El Salvador, en el proceso de grado para optar al título de Licenciatura en Psicología.

Elaborado por:

Carlos Ernesto Alfaro Polanco.

Sheira Joseline Coto Vides.

Kelly Alejandra Mata Hernández.

San Salvador, Agosto de 2020.



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

PRESENTACIÓN.

La insuficiencia renal crónica es cuando los riñones dejan de cumplir gradualmente sus funciones normales, e implica un conjunto de síntomas tanto físicos como emocionales que afectan negativamente la calidad de vida de la persona y sus familiares. Esta, es la tercera causa de muerte por enfermedad en El Salvador, al punto que para el año 2017 se reportó un total de 2,390 muertes debido a esta enfermedad.

Esto se debe a que en El Salvador hay una utilización constante, irresponsable e indiscriminada de pesticidas para la producción agrícola a partir de los años 70, provocando desde entonces un aumento considerablemente en la prevalencia y mortalidad de la misma.

Para los estudiantes de la Universidad de El Salvador, en especial para las carreras del ámbito de la salud, tal como lo es Psicología, mejorar en la medida de lo posible las condiciones emocionales a las que se enfrentan los pacientes con insuficiencia renal crónica y sus familiares cuidadores resulta de interés, todo en pro de incidir positivamente en la realidad salvadoreña.

El presente documento tiene como finalidad proporcionar información útil para el abordaje integral a personas con insuficiencia renal crónica terminal que reciban atención en la Clínica Asistencial El Carmelo, así como brindar información que permita al personal de salud encargado en dicha institución tomar decisiones efectivas en la asistencia psicológica paliativa a esta población.

INDICE

<u>PRESENTACIÓN</u>	i
<u>INTRODUCCION</u>	i
<u>INFORMACION SOBRE LA ENFERMEDAD</u>	ii
<u>INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL (IRCT)</u>	iii
<u>Enfermedad Renal en Grado 1 y 2</u>	iii
<u>Enfermedad Renal en Grado 3</u>	iv
<u>Enfermedad Renal en Grado 4</u>	iv
<u>Enfermedad Renal en Grado 5</u>	iv
<u>IRCT Y CUIDADOS PALIATIVOS RENALES</u>	iv
<u>PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON IRCT</u>	vi
<u>DESCRIPCIÓN DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN</u>	i
<u>Etapa I: Brindar el diagnóstico</u>	i
<u>Etapa II: atención en Trabajo social</u>	i
<u>Etapa III: Brindar recorrido por la unidad de cuidados paliativos y de hemodiálisis</u>	ii
<u>Etapa IV: atención con nutricionista</u>	ii
<u>Etapa V: atención de especialidades</u>	ii
<u>Etapa VI: atención en hemodiálisis a paciente con IRCT</u>	ii
<u>Etapa VII: atención psicológica a pacientes con IRCT</u>	ii
<u>Etapa VIII: Intervenciones psicológicas grupales con familiares cuidadores</u>	ii
<u>Etapa IX: Fallecimiento del paciente con IRCT</u>	ii
<u>Etapa X: seguimiento atención psicológica a familiar de paciente fallecido</u>	ii
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	iii
<u>GLOSARIO</u>	iv



INTRODUCCION.

La insuficiencia renal crónica es una de las enfermedades no transmisibles que más impacto ha causado en la vida de las personas en El Salvador, y es la tercera causa de muerte por enfermedad a nivel mundial, situada después de la diabetes y el cáncer.

Aun cuando las investigaciones y hallazgos médicos han progresado en las últimas décadas para encontrar alternativas de tratamiento que permitan desacelerar el deterioro de la función renal, no existe una cura.

La enfermedad como tal genera una situación de indefensión con una carga emocional importante, que hace sentirse a la persona desvalida, afectando a su contexto familiar e incluso generando mayores implicaciones negativas en el curso de la enfermedad.

Estas implicaciones en la vida de quienes padecen de insuficiencia renal crónica terminal y su entorno familiar, ha generado la necesidad de brindar un abordaje integral para la atención a estos pacientes cuando llegan a la etapa final de esta enfermedad, ya que implica la necesidad de recurrir a cuidados paliativos, donde se hace indispensable que la relación con el personal que le brinda atención, sea lo más cálida y humana posible, lo que permitirá disminuir la sensación de miedo e inseguridad que se deriva de llegar a la etapa final de esta enfermedad.

En pro de esta situación, el Departamento de Psicología de la Universidad de El Salvador, hace su aporte por medio de sus estudiantes de la carrera de Psicología en su proceso de grado para la elaboración del presente protocolo de atención, que lleva como objetivo: proporcionar una guía que

facilite la atención multidisciplinaria y eficaz a los pacientes con IRCT y a sus familiares cuidadores dentro de la Clínica Asistencial El Carmelo. Dicho protocolo contiene información de la enfermedad, un esquema de atención, los pasos a seguir en cada etapa y recomendaciones para el abordaje a esta población desde el punto de vista integral, la respectiva bibliografía y un glosario, que oriente a todos los que no siendo directamente conocedores de dicha área médica, puedan orientarse y el uso adecuado de las palabras que describen mejor el proceso de los pacientes.



INFORMACION SOBRE LA ENFERMEDAD.

Un adecuado funcionamiento de los diferentes subsistemas del organismo del ser humano es determinante para definir el curso de un padecimiento, como por ejemplo si una persona padece de Diabetes, que según el tipo (tipo 1, tipo 2 o gestacional) y el estilo de vida de quien lo padece, hará surgir efectos secundarios que modificarán el funcionamiento de su sistema orgánico.

Los riñones filtran los desechos de la sangre y regulan otras funciones del organismo. Estos purifican la sangre al quitarle el exceso de líquidos, minerales y productos de desecho, además de producir hormonas que mantienen la salud de los huesos y la sangre, por lo que su función es elemental para que la persona pueda vivir orgánicamente estable.

La actividad de los riñones puede verse afectada por diversas causas, muchas de ellas relacionadas con la calidad y estilos de vida que asumen las personas.

Cuando los riñones son incapaces de cumplir las funciones anteriormente mencionadas se está ante una Enfermedad Renal Crónica. La mayoría de las veces se presenta lentamente, no tiene cura y llega hasta una etapa terminal en la que el enfermo necesita un tratamiento renal sustitutivo del tipo: Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Trasplante Renal.

La ERC se define como una pérdida irreversible del filtrado glomerular, que se asocia, a medida que avanza, a la pérdida de las restantes funciones ejercidas por el riñón. Todo ello determina, en sus fases finales, una situación clínica característica, conocida también como uremia, en la que el medio interno se encuentra totalmente alterado sobreviviendo la muerte del

individuo en caso de no aplicarse las medidas terapéuticas oportunas. (Massry & Glassock's, 1995)

Se reconocen como causas más frecuentes de la insuficiencia renal crónica: la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las glomerulopatías y las enfermedades obstructivas renales.

Los síntomas de ERC son muy variados y pocas veces claros. Algunos pacientes no muestran síntomas por mucho tiempo. Produce lesiones graves antes de que la persona sospeche que está enferma.

La mayoría son de índole general: debilidad, irritabilidad, dolor de cabeza, orinar constantemente durante la noche, mareos, náuseas, vómitos, picazón, inflamación corporal, falta de aire, pérdida del apetito, fatiga, lentitud y calambres.

Con el avance de la enfermedad, la piel se vuelve de color terroso, seca y con tendencia a descamarse, con manchas y aumento de la presión arterial, aliento con olor a orina, dificultad para respirar, exceso de sueño durante el día y dificultad para dormir durante la noche. (Sellarés y Martín Conde, 2002).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENECA-ELS) 2015 en El Salvador, la enfermedad renal crónica alcanzó una prevalencia de 12.6%, afectando más a los hombres (17.8%) que a las mujeres (8.5%), principalmente en la zona rural (14.4%) que en la urbana (11.3%) (MINSAL, 2020).

De acuerdo con un artículo desarrollado por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en el 2019, se registró una incidencia de 40 casos nuevos al mes a escala nacional, en total, se tienen 2,380 pacientes con insuficiencia renal crónica en todo el país y que son atendidos en los



hospitales Médico Quirúrgico, San Miguel, Santa Ana, Sonsonate y en Ciudadela Monserrat.

Asimismo, el 47% de ellos se encuentran en tratamiento por hemodiálisis y el 53% en las modalidades Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y Diálisis peritoneal Automatizada. Durante el 2018 se detectaron 810 casos de enfermedad renal crónica y la prevalencia de edad oscila entre 30-80 años de edad.

El ISSS brinda capacitación y formación continua a nutricionistas y médicos nefrólogos para prevención y manejo de pacientes con enfermedad renal crónica, lo cual refleja que el papel del psicólogo en el proceso de atención a este tipo de pacientes sigue invisibilizado.

Resulta innegable que la afección mantenida de la función renal y la inminente pérdida de un riñón o de ambos, para el paciente que se adentra al proceso médico de Diálisis o hemodiálisis provoca diversas limitaciones en su vida personal, laboral, familiar y social.

Sin embargo, se hace necesario desde los puntos de vista científico y asistencial profundizar en el conocimiento de los posibles correlatos entre las vivencias y estados psicopatológicos que se estructuran en las personas con ERC con vista a desarrollar alternativas terapéuticas más efectivas para mejorar el bienestar de la persona y su calidad de vida.

En el curso de la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis aparecen diferentes formas de subjetivar el problema, como son la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento. Los pacientes pueden presentar alguna mejoría temporal, o desarrollar otras enfermedades y otros síntomas, que pueden ser de difícil entendimiento si no se concibe al ser humano como un todo integrado.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL (IRCT).

La tasa de filtración glomerular (TFG) es la mejor medida de la función renal. Es el número que se utiliza para determinar la etapa de la enfermedad renal de una persona. Para calcular la TFG, se utiliza una fórmula matemática que tiene en cuenta la edad de la persona, la raza, el sexo y la creatinina sérica. Un médico ordenará un análisis de sangre para medir el nivel de creatinina sérica. La creatinina es un producto de desecho que proviene de la actividad muscular.

Cuando los riñones están funcionando correctamente, eliminan la creatinina de la sangre. A medida que la función renal disminuye, los niveles de creatinina en sangre, se elevan.

Las siguientes, son los cinco grados de la enfermedad renal crónica, y la TFG para cada etapa:

- **Grado 1** — Normal o alta TFG (TFG > 90 ml/min)
- **Grado 2** — ERC leve (TFG = 60-89 ml/min)
- **Grado 3** — ERC moderada (TFG = 30-59 ml/min)
- **Grado 4** — ERC grave (TFG = 15-29 ml/min)
- **Grado 5** — ERC terminal (TFG <15 ml/min).

Enfermedad Renal en Grado 1 y 2

A menudo hay pocos síntomas en los grados 1 y 2 de la ERC. La ERC temprana, generalmente se diagnostica cuando se presentan las siguientes condiciones: Presión arterial alta, niveles superiores a los normales de creatinina o de urea en la sangre, sangre o proteínas en la orina, evidencia de daño renal en una resonancia magnética, tomografía axial computarizada, ultrasonido o rayos x de



contraste, antecedentes familiares de enfermedad renal poliquística (ERP).

Enfermedad Renal en Grado 3

En el grado 3 de la ERC pueden aparecer: la anemia (falta de glóbulos rojos) y/o la enfermedad ósea temprana. Estas condiciones pueden ser tratadas para ayudar a que el paciente se sienta lo mejor posible y a reducir los problemas que puedan presentarse en la evolución de la enfermedad.

Enfermedad Renal en Grado 4

Cuando la ERC ha progresado hacia el grado 4, es el momento de empezar a prepararse para la diálisis y/o un trasplante de riñón. Si la TFG cae por debajo de 30, la mayoría de los pacientes necesita ver un especialista en enfermedades renales (llamado nefrólogo). El nefrólogo le hablará acerca de los tratamientos para la insuficiencia renal, incluyendo la diálisis y el trasplante.

Una TFG por debajo de 15 indica que posiblemente es necesario iniciar uno de estos tratamientos.

Enfermedad Renal en Grado 5

Una persona con ERC en grado 5 tiene Enfermedad Renal en etapa Terminal (ERT), con una TFG de 15 ml/min o menos. En esta etapa avanzada de la enfermedad renal, los riñones han perdido casi toda la capacidad de hacer su trabajo con eficacia, y finalmente se necesita iniciar la diálisis o un trasplante de riñón para sobrevivir.

Las personas diagnosticadas con ERC en grado 5 necesitan ver a un nefrólogo inmediatamente. El médico ayudará a decidir cuál es el mejor tratamiento a seguir: la hemodiálisis, la diálisis peritoneal o un trasplante de riñón. Así mismo, recomendará hacerse un acceso vascular para la diálisis.

Un nefrólogo desarrollará un plan de atención general y dirigirá al equipo de atención médica que prestará servicios al paciente.

En El Salvador, la Enfermedad Crónica Avanzada (ERCA) es llamada comúnmente Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT).

El Tratamiento Renal Conservador TRC se define como un plan de cuidado integral centrado en el paciente con IRCT Grado 5, cuyo objetivo es retrasar la progresión de la IRCT y tratar las complicaciones asociadas, realizar una toma de decisiones compartida, tratar activamente el dolor y los síntomas asociados a la IRCT, comunicar e informar detalladamente, planificar cuidados paliativos avanzados, asegurar soporte psicológico y social, planificar los cuidados al final de vida y atender también los aspectos culturales y espirituales.

El objetivo final es mejorar la calidad de vida de estos pacientes y hacer comfortable la trayectoria de la enfermedad. (Murtagh 2016).

La valoración pronóstica en la IRCT, el conocimiento de la trayectoria funcional, la detección de síntomas refractarios y los criterios de enfermedad terminal van a ser determinantes para saber si el paciente va a tener necesidad de Cuidados Paliativos Renales (CPR) y hacer una apropiada toma de decisiones.

IRCT Y CUIDADOS PALIATIVOS RENALES.

Los Cuidados Paliativos Renales (CPR) se definen como un modelo de transición entre la diálisis orientada a la enfermedad con objetivo rehabilitador, y el paso a una medicina centrada en el paciente basada en el tratamiento de los síntomas, respecto a



sus preferencias y mejora de la calidad de vida.

Los CP parten del objetivo de cuidar, con base en el pronóstico. Los pacientes con ERCA o IRCT son una población apropiada para recibir CP, dado que se caracterizan por tener mayormente una edad avanzada, una alta comorbilidad, una elevada carga de síntomas y una mortalidad más alta que la población general.

A pesar de ello, muy pocos tienen definidas directrices de cuidados avanzados. Por esta razón, la investigación en este campo es un área de interés creciente para nefrólogos y profesionales paliativistas.

La retirada del tratamiento también entendida como retirada de diálisis significa que, en el curso regular de la técnica, la diálisis se detiene porque las complicaciones del tratamiento son inasumibles. Esto implica un acto clínico que lleva implícito que el TRS se puede detener permanentemente.

No es muerte tras retirada si la suspensión de la diálisis se sigue de una complicación aguda o por falta de cumplimiento terapéutico. Se propone codificar en 3 categorías la muerte del paciente (Ver tabla 1):

Mientras la retirada de diálisis se considera como una opción, muchos pacientes y familiares pueden no estar preparados para la suspensión completa, porque consideran que el cese ocasionará mucha sintomatología y la muerte inminente. Está descrito que la supervivencia media, en ausencia de diuresis residual, suele estar entre 8 y 10 días.

Adaptar el esfuerzo terapéutico con una técnica de diálisis paliativa en estas circunstancias podría servir de transición

mientras se valora la retirada. Durante esta etapa se puede reducir el tiempo y la frecuencia dialítica, disminuir la dosis de medicamento e incorporar en el seguimiento del paciente a los equipos de CP.

Tabla 1. Causas de muerte tras retirada de diálisis.

Muerte precedida de retirada de diálisis de causa renal/urémica

Elección del paciente del TRC.
Moderado o bajo score de comorbilidad.
Tiempo de muerte desde la retirada de diálisis > 8 días, dependiendo de la FRR
Causa primaria de muerte: complicaciones de la uremia.

Muerte precedida de retirada de diálisis por causa no renal

Generalmente toma de decisiones equipo/ familia/ paciente.
Elevado score de comorbilidad / paciente anciano frágil.
Tiempo desde la última diálisis hasta la muerte > 8 días o menos en función de la SUD.
Causa primaria de muerte: fallo de órgano renal.

Muerte en diálisis

Sin proceso de decisión de retirada.
Tiempo desde la última diálisis hasta la muerte > 3 días.
Causa primaria de muerte: enfermedad que ha iniciado el proceso.
La diálisis no se ha realizado antes de la muerte debido a proceso de inestabilidad.

FRR: función renal residual; **SUD:** situación de los últimos días; **TRC:** tratamiento renal conservador.



La elaboración o existencia de un documento de instrucciones previas va a facilitar la toma de decisiones y la comunicación con el paciente, fomentando el diálogo y la sensación de autocontrol (Robinson, 2014).

En los CPR es muy importante tener un enfoque terapéutico multidisciplinario y requieren una formación básica del nefrólogo en CPR. Estos conocimientos y la incorporación en la atención del enfermo de equipos especializados pueden mejorar la atención y su calidad de vida en la fase de deterioro y en sus últimos días.

Los expertos en CPR de las guías *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)* por sus siglas en inglés, que en español se traduce como "Enfermedad renal: mejora de los resultados mundiales", proponen un mapa de ruta que lleve a mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes paliativos renales.

Recalcan aspectos fundamentales de los CPR, sobre el porqué y para quién son necesarios y cuál es el enfoque deseable de los programas de desarrollo de IRCT y CPR (Davidson 2015). (Ver tabla 2).

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON IRCT.

A continuación, se presenta el esquema que expresa el protocolo con sus pasos a seguir y su descripción, para la atención a los pacientes diagnosticados con IRCT.

Tabla 2. Mapa de ruta para el desarrollo de programas de cuidados de soporte y paliativos renales.

¿Por qué son necesarios los CPR?

Elevada carga de síntomas físicos y psicológicos en la IRCT.
Mortalidad anual muy elevada en diálisis, > 20%
Retirada de diálisis frecuente.
Cuidados al final de la vida insuficientes en los pacientes con IRCT.
Muchos procedimientos intensivos en situación de últimos días.
Imprescindibles en pacientes con IRCT.

¿Para quién son necesarios los programas de CPR?

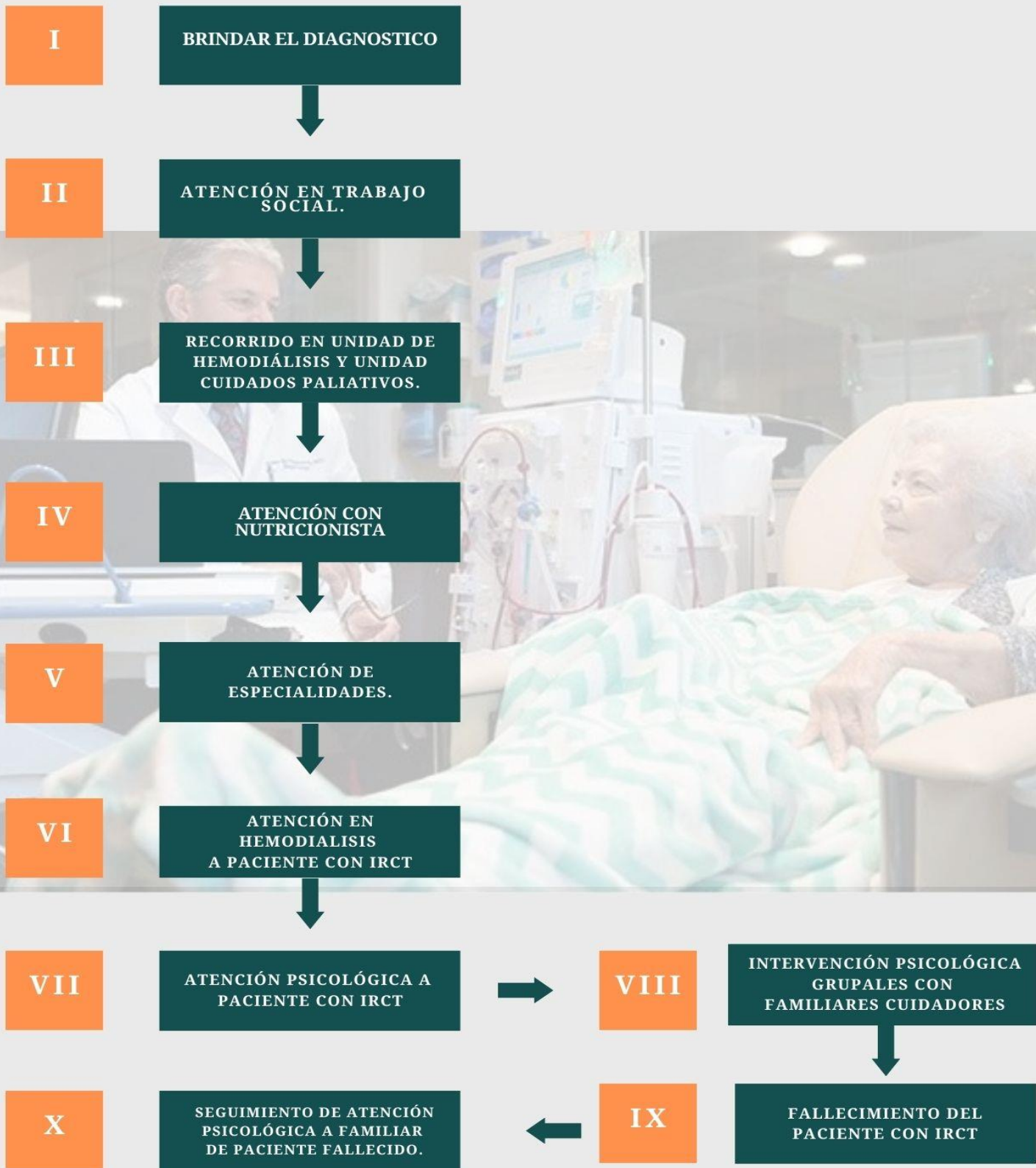
Pacientes susceptibles de diálisis que deciden TRC
Pacientes ancianos con elevada comorbilidad y mal pronóstico en diálisis.
Situación clínica en la que no está indicada la diálisis.
Pacientes con falta de capacidad de decisión a quienes no se les oferta TRS.

Enfoque de desarrollo de programas de CPR

Liderazgo.
Equipo multidisciplinar.
Toma de decisiones compartidas.
Estimación pronóstica específica.
Discutir siempre los objetivos de cuidados con el paciente y la familia.
Plan de cuidados paliativos avanzados.
Monitorización y tratamiento del dolor y los síntomas.
Formación básica en cuidados paliativos y en habilidades de comunicación

CPR: cuidados paliativos renales;
IRCT: insuficiencia renal crónica terminal; **TRC:** tratamiento renal conservador; **TRS:** tratamiento renal sustitutivo.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON IRCT





DESCRIPCIÓN DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN.

Etapa I: Brindar el diagnóstico.

Al momento de proporcionar el diagnóstico de IRCT que ha llegado a su fase terminal, deberán estar presentes las siguientes personas y cumplir las correspondientes funciones:

Médico nefrólogo: encargado de brindar el diagnóstico al paciente, explicando el porqué de la evolución de dicha enfermedad, cuáles serán los pasos a seguir a partir de la entrada de esta fase y los cuidados que se deberán tomar en cuenta. Esto debe ser comunicado utilizando un tono de voz pausado pero firme, explicando de la forma más humana posible, haciendo uso de ejemplos prácticos, manteniendo contacto visual en todo momento, contestando todas las preguntas que puedan surgir,

Psicólogo: observar reacciones del paciente, brindar intervenciones inmediatas ante posible crisis emocional, validar las emociones que se estén experimentando y ayudar a que se centren en el aquí y el ahora. De igual manera a su familiar cuidador, ya que puede haber diversas reacciones ante dicho diagnóstico que pueden propiciar un malestar emocional, para lo cual se facilitarán intervenciones con la finalidad de validar y normalizar emociones. En todo momento deberá mostrar empatía y seguridad, mantener contacto visual, mantener expresión facial neutral, evitando que el semblante, palabras o tono de voz pueda interpretarse como lastima, alegría, tristeza u otras; el paciente y su familiar en todo momento deben sentirse como individuos con su propia dignidad. El psicólogo encargado ofrecerá al paciente y familiar sus servicios en

cuidados paliativos entregando información sobre la situación y sobre el programa de cuidados paliativos psicológicos de la institución. Todo esto posterior a la intervención del profesional médico.

Paciente: el paciente deberá situarse al lado de su familiar y frente al médico encargado, a una distancia apropiada que le permita escuchar con claridad, pero sin sentir su espacio personal invadido por el profesional. Podrán presentarse diversas reacciones a nivel emocional y/o físicas en las que el equipo multidisciplinario deberá estar atento a intervenir de ser necesario.

Familiar: deberá estar presente al momento de brindarse el diagnóstico de IRCT a su familiar, situándose al lado de este para proporcionar apoyo emocional al paciente y escuchar las recomendaciones médicas que van a realizar a partir de ese momento en adelante del tratamiento paliativo. Es completamente imprescindible que esté presente el familiar con el paciente. Sin la presencia de este no podrá brindarse el diagnóstico.

Condiciones del ambiente: el local en el que ha de proporcionarse el diagnóstico deberá ser lo suficientemente amplio y fresco para albergar a todas las personas mencionadas anteriormente y únicamente a estas con la puerta cerrada. Además, contar con implementos como pañuelos desechables u otras cosas que se consideren necesarias. Es importante que en caso que el paciente y su familiar sean acompañados de niños u otras personas, estos esperen fuera del lugar.

Etapa II: atención en Trabajo social.

El área de trabajo social, se encargará de apoyar al paciente con relación al tratamiento médico que recibirá, mediante un estudio socioeconómico para gestionar el pago simbólico que aportará la familia



del paciente con IRCT a la institución. Esta intervención incluirá la consejería pertinente de dicha área.

Etapa III: Brindar recorrido por la unidad de cuidados paliativos y de hemodiálisis.

El personal de enfermería designado llevará al paciente y su familia a conocer Unidad de Hemodiálisis y la Unidad de Cuidados Paliativos, con el propósito de brindarles sensación de seguridad, explicándoles la utilidad de estas unidades, las actividades que se realizan en ellas y los pasos para su ingreso a ellas.

Etapa IV: atención con nutricionista.

Tanto el paciente como el familiar se presentarán con el profesional en nutrición para informarse de los cuidados alimenticios que deberán incorporarse en su día a día. Es importante que ambos estén presentes para lograr una mejor comprensión de las recomendaciones y sus consecuencias en caso de no seguirlas.

Etapa V: atención de especialidades.

Dependiendo de las especificaciones médicas el paciente deberá retomar atención médica de otras especialidades para complementar la atención que recibirá junto a la Unidad de Hemodiálisis y la Unidad de Cuidados Paliativos, estas son: Geriatría, Cardiología, Neurología, fisioterapia, etc. que pudieran facilitar la estancia del paciente en su proceso de terminalidad.

Etapa VI: atención en hemodiálisis a paciente con IRCT.

De acuerdo a las especificaciones determinadas por el médico nefrólogo realizadas bajo las necesidades propias de la enfermedad, el paciente recibirá las terapias de Hemodiálisis dentro de la Unidad de Hemodiálisis de la Clínica Asistencial y podrá hacer uso dependiendo

de las mismas especificaciones médicas, de la Unidad de Cuidados Paliativos.

Etapa VII: atención psicológica a pacientes con IRCT.

Segundo contacto e inicio de la segunda sesión del programa de atención psicológica paliativa al paciente con IRCT llamado: "Acompañar, cuidar y consolar", el cual se implementará dentro de la Unidad de Hemodiálisis o de la Unidad de Cuidados Paliativos dependiendo del estado del paciente, en intervenciones cortas de 20 minutos en un lapso de tiempo de aproximadamente 4 meses.

Etapa VIII: Intervenciones psicológicas grupales con familiares cuidadores.

Segundo contacto y primera intervención grupal del programa de intervención psicológica a familiares cuidadores llamado: "Acompañar, cuidar y consolar" el cual se desarrollara en el "Salón Mártires de la Familia Palautiana".

Etapa IX: Fallecimiento del paciente con IRCT.

Cuando fallezca el paciente con IRCT, el personal encargado, realizará el reconocimiento, brindando el Certificado Médico de Defunción, ya sea que fallezca dentro de la Clínica Asistencial o con el servicio de Unidad de Cuidados Paliativos Móvil; se buscará brindar atención médico y psicológico a el familiar cuidador en caso de ser requerido, mediante atención en crisis o uso de fármacos para controlar el estado de afectación presente.

Etapa X: seguimiento atención psicológica a familiar de paciente fallecido.

Las intervenciones psicológicas se orientarán a la atención al familiar que fue cuidador del paciente con IRCT, buscando su readaptación a la vida cotidiana dentro de la nueva realidad sin su ser querido, de manera saludable y efectiva.



NOTA: El equipo paliativista de la institución deberá asistir periódicamente a sesiones psicológicas grupales donde se facilite la ventilación emocional y se fomente la práctica de hábitos saludables, que fortalezcan el bienestar del equipo paliativista.

BIBLIOGRAFIA.

- Davison D., & L. A., (2015), *Kidney Disease: Improving Global Outcomes. Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on Supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a road map to improving quality care.* *Kidney Int.*, 88, 447-59
- El Salvador, Ministerio de Salud, Informe de Labores 2015-2016) <http://www.salud.gob.sv/download/informe-de-labores-2015-2016/>.
- El Salvador, Ministerio de Salud. Estrategia de Cooperación de País OPS/OMS-El Salvador 2017-2020.
- El Salvador, Instituto Salvadoreño del Seguro Social (2019) ISSS promueve la prevención de la enfermedad renal crónica a través de la actividad física.
- Massry, S. G., & Glasscock's, R. J. (1995). *TEXTBOOK of NEPHROLOGY* volume 2. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Murtagh F., & C. L., (2007), *Dialysis discontinuation: quo vadis? . Adv Chronic Kidney Dis*, 14, 379-401.
- Robinson B. M., & Z. J., (2014), *Worldwide, mortality risk is high soon after initiation of hemodialysis. . Kidney Int.* 85, 158-65.
- Sellarés, V., & Martín Conde, M., (2002), *Insuficiencia renal crónica. Manual de Nefrología (2ª edición)*, Madrid, Harcourt.



GLOSARIO.

Acceso vascular para diálisis: es una apertura hecha en la piel y vaso sanguíneo durante una corta operación. Cuando el paciente tiene una diálisis, la sangre fluye a través de la apertura hacia la máquina de hemodiálisis. Una vez que la sangre ha sido filtrada en la máquina, fluye de regreso a través del acceso en su cuerpo

Comorbilidad: término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas.

Diabetes mellitus: se desarrolla cuando la sangre tiene demasiado azúcar llamada glucosa. Esto sucede porque el cuerpo no produce suficiente cantidad de una hormona llamada insulina o porque el cuerpo no responde bien a la insulina.

Diabetes: Es una enfermedad prolongada (crónica) en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre. Las personas con diabetes presentan niveles altos de azúcar en sangre debido a que su cuerpo no puede movilizar el azúcar desde la sangre hasta el músculo y a las células de grasa para quemarla o almacenarla como energía, y/o el hígado produce demasiada glucosa y la secreta en la sangre.

Diálisis peritoneal: (DP) es un procedimiento que permite depurar líquidos y electrolitos en pacientes que sufren insuficiencia renal. La diálisis peritoneal utiliza una membrana natural — el peritoneo— como filtro, implica colocar una sonda (catéter) suave en su cavidad abdominal y llenarla de líquido limpiador (solución de diálisis). Esta solución

contiene un tipo de azúcar que saca el desecho y el líquido excedente.

Diuresis residual: Se denomina también como función renal residual a aquella que mantienen los pacientes con Insuficiencia Renal Terminal. La FRR tiende a perderse con el paso del tiempo, esto es debido tanto a factores relacionados con la técnica como a factores relacionados con el propio paciente.

Enfermedad obstructiva renal: también llamada nefropatía obstructiva, es la disfunción renal (insuficiencia renal o lesión tubulointersticial) que se produce por la obstrucción del tracto urinario. El mecanismo involucra, entre muchos factores, el aumento de la presión intratubular, la isquemia local y, a menudo, infecciones urinarias.

Enfermedad renal Poliquística: es un trastorno hereditario en el que se forman grupos de quistes, principalmente en los riñones, que provocan que estos se agranden y dejen de funcionar con el paso del tiempo. Los quistes son sacos redondos no cancerosos que contienen líquido.

Filtrado Glomerular: (TFG) es un análisis de sangre que evalúa el funcionamiento los riñones. los riñones tienen filtros diminutos llamados glomérulos que ayudan a eliminar los desechos y el exceso de líquido de la sangre. La prueba de TFG estima cuánta sangre pasa por minuto a través de estos filtros.

Glomerulopatías: (GP) o glomerulonefritis (GN) designa un conjunto de enfermedades que se caracterizan por una pérdida de las funciones normales del glomérulo renal, se caracterizan por la aparición de elementos formes o proteínas en la orina, con grados variables de insuficiencia renal.



Hemodiálisis: Tratamiento médico que consiste en eliminar artificialmente las sustancias nocivas o tóxicas de la sangre, especialmente las que quedan retenidas a causa de una insuficiencia renal, mediante un riñón artificial (aparato).

Hipertensión arterial: se define por la detección de promedios de la presión arterial sistólica (“máxima”) y/o diastólica (“mínima”) por encima de los límites establecidos como normales para los registros obtenidos en el consultorio. Dicho límite es de 140 mmHg para la sistólica y de 90 mmHg para la diastólica.

Hormonas: son los mensajeros químicos del cuerpo que controlan numerosas funciones y circulan a través de la sangre hacia los órganos y los tejidos. Estos componentes químicos intervienen en los procesos del: Metabolismo. Crecimiento y desarrollo.

Nefrólogo: médico que estudia y se ocupa de nefrología. La nefrología es el adulto y el estudio pediátrico de los riñones y de sus enfermedades. El nefrólogo se ocupa de la diagnosis y de la administración de la enfermedad de riñón.

Psicopatológico: Presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo.

Score de comorbilidad: es un sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del paciente.

Síntomas refractarios: son aquellos síntomas que no responden a un tratamiento paliativo correcto e intensivo sin comprometer el estado de conciencia, aplicado por profesionales bien entrenados

y capacitados en un periodo razonable de tiempo.

Tomografía axial computarizada: o TAC, también conocida como escáner o TC (tomografía computarizada), es una prueba diagnóstica que, a través del uso de rayos X, permite obtener imágenes radiográficas del interior del organismo en forma de cortes trasversales o, si es necesario, en forma de imágenes tridimensionales.

Trasplante renal: es el trasplante de un riñón en un paciente con enfermedad renal avanzada. Dependiendo de la fuente del órgano receptor, el trasplante de riñón es típicamente clasificado como de donante fallecido (anteriormente conocido como cadavérico), o como trasplante de donante vivo.

Urea en sangre: El análisis de nitrógeno ureico en sangre (BUN, por sus siglas en inglés) mide la cantidad de nitrógeno en la sangre que proviene de un producto de desecho, llamado urea. La urea se produce cuando se descompone la proteína en el cuerpo. La urea se produce en el hígado y se excreta del cuerpo en la orina.

Uremia: o síndrome urémico es un conjunto de alteraciones bioquímicas y fisiológicas que usualmente aparece en las personas con Enfermedad Renal Crónica etapa 5.