

ACOMPANAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO AL PACIENTE TERMINAL Y SU
FAMILIA

OLGA CECILIA CENTENO AMAYA

Supervisora de Práctica:

PhD. DIANA MARIA AGUDELO VELÉZ

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Bucaramanga, Enero 2010

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO
ALPACIENTETETERMINAL Y SU FAMILIA

AUTOR: OLGA CECILIA CENTENO AMAYA

FACULTAD: PSICOLOGIA

DIRECTOR: DIANA MARIA AGUDELO VELÉZ

RESUMEN

En la presente monografía se pretendía realizar acompañamiento a la familia y paciente terminal de la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos de la FOSCAL, con el objetivo de generar recursos personales a través del uso de técnicas psicológicas clínicas para fortalecer estrategias de afrontamiento frente al dolor y la muerte. Para tal propósito se aplicó inicialmente tres instrumentos psicométricos, Cuestionario de calidad de vida QLQ C30, escala de Beck y escala de Zarit que permitieron establecer las condiciones generales e intervenir de acuerdo a los factores protectores y factores de riesgo.

Dicha propuesta se fundamentó en las técnicas cognitivo-conductuales, acompañadas del *counseling*, técnica basada en la comunicación, escucha activa, preguntas abiertas con el fin de buscar la reflexión e introspección del paciente y su familia en cuanto a los miedos e ideas con respecto a la muerte y dotarlos de habilidades de comunicación a los familiares y equipo médico con respecto al dolor y la comprensión de las distintas fases que atraviesa la familia y el paciente frente a la proximidad de la muerte. Igualmente se realizó intervención a paciente de consulta externa de la Unidad de Dolor y cuidados paliativos con el objetivo de aumentar las habilidades de afrontamiento y percepción de autocontrol frente al dolor mejorando la calidad de vida del paciente.

Los datos arrojados por los instrumentos indican síntomas depresivos de carácter leve en paciente terminal lo que se interpretó como una depresión reactiva a la condición física no referenciada como una depresión clínica, y depresión moderada a grave en paciente de consulta externa. Los datos del QLQ –C30 indicaron una percepción moderada frente a la calidad de vida y la escala de Zarit no evidenció agotamiento en el rol de cuidadores de su familiar.

PALABRAS CLAVES: *Counseling*, FOSCAL.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE

TITLE: ACOMPAÑAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO
ALPACIENTETERMINAL Y SU FAMILIA

AUTHOR: OLGA CECILIA CENTENO AMAYA

FACULTY: PSYCHOLOGY

DIRECTOR: DIANA MARIA AGUDELO VELÉZ

ABSTRACT

This monograph is intended to make accompaniment to the family and patient terminal Pain Unit and Palliative Care of the FOSCAL, with the aim of generating personal resources dare the clinical use of psychological techniques to enhance coping strategies and pain death. For this purpose, initially applied three psychometric instruments, quality of life questionnaire QLQ C30, Beck and Zarit scale which establishes the general conditions and intervene according to protective factors and risk factors.

This proposal is based cognitive-behavioral techniques, together with the Cousenlling, technique based on communication, active listening, open questions to find the reflection and introspection of the patient and family in terms of fears and ideas with regard to death and provide them with communication skills to family and medical equipment for pain and understanding of the different phase that passes through the family and patient to the proximity of death. Another intervention was performed outpatient patient pain unit and palliative care with the aim to increase coping skills and perception of control in pain by improving the quality of life of patients.

The data collected from instruments indicate mild depressive symptoms in terminally ill patients that was interpreted as a reactive depression to the physical condition not referred to as a clinical depression, and moderate to severe depression in an outpatient. The QLQ-C30 data indicated a moderate perception versus quality of life and not evidence Zarit scale of exhaustion in the role of family caregivers.

KEY WORDS: The Cousenlling, FOSCAL.

Introducción

El psicólogo de la salud, cuando desarrolla su labor en el ámbito hospitalario, se encuentra con situaciones donde existen altos niveles de estrés y experiencias de sufrimiento, derivados de lo impredecible, de aquello que no puede controlar, y que están asociadas a la enfermedad. De igual forma, el enfermo grave se sumerge en un mundo nuevo: "el mundo de la medicina". El ambiente del hospital es muy distinto al del hogar, aquí su espacio vital se encuentra restringido, así, el hecho de enfermar supone una ruptura del equilibrio personal al tener que hacer frente a múltiples amenazas. El impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar-social es enorme. Este impacto puede llegar a generar graves trastornos psicológicos, emotivos afectivos, que son, en ocasiones, tan importantes como la enfermedad que los ha producido. Por este motivo es necesario que exista una colaboración entre el personal experto en estas cuestiones (los psicólogos) con el equipo sanitario (médicos y enfermeras) (Cirera, 1997). La pérdida de la salud supone una crisis situacional en la que las personas sufren reacciones emocionales de una intensidad significativa y requieren unos recursos específicos para restaurar el propio equilibrio. Kahana y Bibring (1964) realizaron un estudio en el que se establecieron relaciones entre ciertas características de la personalidad de los pacientes, el significado de la enfermedad, su respuesta psicológica y la conducta relacionada con la enfermedad, lo que les permitió establecer seis tipos de enfermos crónicos cuyo descubrimiento en la práctica clínica es fácil.

El tipo dependiente: su característica principal es lo demandante que es, buscando atención muchas veces con una conducta infantil asociándose a su temor de ser abandonado. El sentimiento de impotencia e inutilidad lo compensa mediante la exigencia de cuidados.

El tipo ordenado: Encierra su agresividad reprimida por temida. Su principal característica es el temor a perder el control por eso se documenta acerca de su enfermedad, porque él piensa: Entre más conozco de mi enfermedad mejor control tengo sobre ella y sobre

la agresividad, debido a que su percepción de autocontrol le permita en últimas dominar la agresividad.

El tipo dramático: Considera que su mayor aliado es su atractivo personal, lo que considera su mejor arma para cautivar especialmente figuras parentales. La enfermedad es una amenaza para él, porque le puede arrebatar su atractivo y por eso se esfuerza para obtener atención y admiración de parte del personal sanitario.

El tipo sacrificado: Ofrece una imagen de autosuficiencia en el sufrimiento. Procura que todos perciban su esfuerzo por soportar el sufrimiento, sus sentimientos de culpa son intensos, por lo que es posible que el sufrimiento y el dolor obtenga satisfacción. Hacia el cuerpo médico se muestra sumiso, tal vez para castigarse llegando incluso a rechazar tratamientos., no sólo por llamar la atención sino también por él mismo, como castigo, por eso puede, a veces, rechazar el tratamiento.

El tipo celoso: reprime enérgicamente su debilidad. La enfermedad es una amenaza porque puede dejarlo en un estado de vulnerabilidad donde los otros podrían hacerle daño. Utiliza como mecanismo la proyección para trasladar a otros sus impulsos negativos. Se muestra vigilante hacia cualquier cambio o procedimiento que le puedan hacer y muy sensible a la crítica.

El tipo orgulloso: Sufre una hipertrofia de sus sentimientos del propio poder y del propio valor, y cree que es importante para los demás. La enfermedad constituye una amenaza a su valía personal. Antes de estar enfermo se consideraba casi invulnerable la enfermedad le muestra que no lo es. Es característico en él la arrogancia y la vanidad y por lo tanto su interés es ser tratado por los médicos más competentes y prestigios, paradójicamente siempre está buscando falencias en el personal sanitario.

De otro lado, el manejo adecuado de la tecnología médico-biológica siendo imprescindible resulta insuficiente, para atender todas las demandas y dar una respuesta eficaz a todas las necesidades de tipo psicosocial, se necesitan además, habilidades de relación para generar un entorno de confianza que facilite la intervención (Arranz & Cancio, 2003). Así, el ser humano se concibe no como una enfermedad, sino como una persona enferma con una historia de vida y una personalidad definida.

De acuerdo con lo anterior, el quehacer del psicólogo clínico se enfoca más hacia modelos centrados en el paciente, donde la exploración de creencias, expectativas, cogniciones, historia de vida son el marco de referencia para realizar la intervención psicoterapéutica. Del mismo modo, para una práctica clínica eficaz es imprescindible una buena comunicación, y para desarrollar este tipo de relación terapéutica es necesario incorporar contenidos, habilidades y actitudes.

La comunicación y el vínculo que se establece con el paciente establecen la eficacia de la intervención, la cual por un lado puede ser beneficiosa en el proceso psicoterapéutico, facilitando la empatía, pero por otra parte puede ser contraproducente si no se maneja asertivamente (Miller & Rollnick, 1999). Así, en la relación terapéutica hay un intercambio de esquemas y cada uno está determinado por sus propias experiencias, de acuerdo con Batenson (citado por Remor, Arranz y Ulla, 2003) lo que creemos saber influye en los que creemos percibir y entender. Y esto es válido tanto para paciente como para terapeuta; "Lo que da sentido a lo que se dice, es como se dice" (p. 98).

Una de las herramientas psicológicas que atienden este tipo de necesidades es el Counselling, centrándose en el aquí y en el ahora y concibiendo las relaciones interpersonales como la capacidad que tienen los otros para tomar sus propias decisiones y hacerse responsables por ellas (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

Así como el Counselling, hoy en día otro tipo de procesos y protocolos clínicos se dirigen a la atención y mejoramiento de la psicología hospitalaria, logrando cada vez más la eficacia, la eficiencia y la efectividad requerida, sin embargo al mirar a lo largo de la historia se encuentra que no se han destinado los suficientes recursos y esfuerzos para atender plenamente los cuidados que los pacientes requieren. Este fenómeno se encuentra especialmente al tratar el tema del dolor y los cuidados paliativos que por muchos años han sido relegados a un segundo plano por la medicina y aún por disciplinas científicas como la psicología. A continuación se presenta una breve conceptualización acerca del dolor, sus características y componentes, el cuidado paliativo en personas que tienen enfermedades terminales, y el papel del psicólogo clínico en la intervención con dichos pacientes.

Por años el dolor, a pesar de presentarse con suma frecuencia en la mayoría de los pacientes se concibió como un tema totalmente subjetivo y alejado de la medicina científica. Hasta el año de 1960, el anestesiólogo John Bonica fundó la primera clínica del mundo dedicada a la investigación y al tratamiento del dolor. Bonica y sus colaboradores desarrollaron una integración de aspectos tanto médicos como psicológicos, fue a partir de ese momento como comenzaron a aplicarse técnicas y modelos de evaluación e intervención, encontrando resultados muy positivos y favorables para los pacientes (Loeser, 2003).

Desde entonces el dolor ha sido considerado como el producto de un conjunto de elementos, donde se encuentran características especialmente de tipo psicológico. Se puede definir la conducta de dolor como toda forma observable generada por el individuo para expresar la existencia del dolor; incluye verbalizaciones, expresiones faciales, posturas corporales, búsqueda de atención médica, toma de medicación y/o rechazo a las tareas laborales.

Las conductas de dolor sirven al paciente para informar a la gente que le rodea que está sufriendo la experiencia dolorosa. Aunque en un principio este tipo de conductas pueden

resultar útiles en procesos de dolor agudo, pues permiten la curación y previenen la posibilidad de aumentar el daño, posteriormente se tornan desadaptadas al impedir el funcionamiento diario del paciente y ser uno de los factores responsables de la cronificación del dolor. A pesar de que por mucho tiempo pareció ser sólo una experiencia de tipo sensorial, hoy en día la conceptualización del dolor va más allá, y es entendido en términos de procesos psicológicos básicos y superiores, tales como; la cognición y las emociones. Melzack & Casey (citados por Vallejo & Comeche, 1994) desarrollaron un modelo explicativo del dolor, llamado “control de la puerta” dentro de dicho modelo el ámbito psicológico fue uno de los aspectos más sobresalientes a tener en cuenta, de esta manera dichos autores sistematizaron el dolor en tres categorías:

Sensorial – discriminativa: Su función es transmitir la estimulación nociva informando con precisión acerca de la intensidad, localización, duración y cualidad de esta.

Motivacional – afectiva: caracteriza al dolor como desagradable y aversivo, hecho que genera la ocurrencia de distintas respuestas emocionales como miedo, ansiedad, etc., y que motiva su conducta para escapar y/o evitar la estimulación nociva.

Cognitivo – evaluativa: significa el dolor en función de la experiencia anterior, contexto socio ambiental en que se produce, valores culturales, creencias, aspectos intencionales, tipos de pensamientos.

Desde que Melzack y Casey (1969) incluyeron los procesos de control central como uno de los determinantes del dolor, numerosos autores han señalado la influencia de las variables cognitivas en la percepción de dolor y en los esfuerzos del paciente por afrontarlo.

Cuando una persona padece de dolor de forma continuada y persistente lo más normal es que intente conocer la causa de su dolor. Las explicaciones acerca de las influencias de las variables psicológicas en el origen y mantenimiento del dolor crónico no suelen ser bien

aceptadas y la tendencia más común es atribuir el dolor a causas orgánicas. Es más, en pacientes con dolor crónico se observa una correlación significativa entre atribuciones orgánicas y creencias de que el control del dolor se debe a causas externas. Existe una relación recíproca entre pensamiento, emociones y conducta. La personalidad del paciente es un determinante importante en la evaluación psicológica, también en la intensidad y calidad del dolor y en la expresión de la situación dolorosa, y en ocasiones puede afectar la comunicación (lenguaje, respuestas motoras). En la consulta es importante abordar las creencias del paciente, sus temores acerca del dolor y cómo se asocian con signos y síntomas como la ansiedad, la tristeza y la ira. Las ganancias secundarias, cómo lograr compensaciones económicas, aumento de la atención y afecto por parte de los familiares y amigos, y alivio de las responsabilidades normales del adulto, pueden actuar como reforzadores, sin que el paciente se dé cuenta de los beneficios que obtiene de ello. Como puede observarse, el estudio y la comprensión del dolor ampliaron su visión de tal forma que hoy en día, resulta poco viable considerar el tratamiento del dolor, lejos de una intervención de tipo psicológico. Al mismo tiempo, La Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) ha establecido la siguiente definición para el dolor: Una experiencia sensorial y emocional no placentera asociada con daño tisular real o potencial o descrito en términos de tal daño. Encontrando nuevamente el papel de lo emocional como uno de los factores a resaltar dentro de la experiencia dolorosa (Dagnino, 1994).

Sin embargo, es importante aclarar que no se debería hablar de un “dolor en general”, es decir, no se puede hablar de un dolor universal, con iguales condiciones y características, por el contrario el dolor tiene varias clasificaciones, de acuerdo a su intensidad, tiempo de duración y localización.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International for the Study of Pain, IASP, 1986) (citado por Vallejo & Comeche, 1994) ha realizado una clasificación multiaxial

que recoge en el eje etiológico 10 tipos de factores, dos de ellos de tipo psicológicos y es resto de diversos tipos. A continuación se consideran los siguientes: dolor psicógeno, dolor disfuncional.

Dolor psicógeno: Este tipo de dolor está ligado a la inexistencia de justificación orgánica alguna para las quejas del paciente y a diagnósticos tales como: hipocondría, histeria de conversión, alucinaciones depresivas, etc. Dolor disfuncional: Este dolor está originado y mantenido por una forma inadecuada de responder al medio, es una respuesta incorrecta desadaptativa que implica un desajuste psicofisiológico.

En consonancia con lo anterior, los aspectos (cognitivos y emocionales) afectan y en ocasiones propagan la cronicidad del dolor, conllevando a que éste se mantenga y sea difícil de combatir con medicamentos o cirugías médicas.

Es así, como la conducta de dolor varía ampliamente de acuerdo a la experiencia que tenga la persona y las creencias que se hayan desarrollado en relación a ésta. Las ideas y estrategias de afrontamiento que se asuman determinan la capacidad del paciente para adaptarse y controlar su dolor, de acuerdo con Bonica (citado por Loeser, 2003) cuando se hace referencia a afrontamiento se indican *“Aquellos intentos cognitivos y conductuales en constante cambio para manejar las exigencias internas o externas que son consideradas como restrictivas o que rebasan los recursos de la persona”* (.p. 227)

De acuerdo con esta definición, las estrategias de afrontamiento son especialmente de tipo cognitivo y conductual, de manera que un adecuado afrontamiento al dolor desde lo cognitivo refleja pensamientos funcionales y adaptativos frente a la situación que se presenta, por su parte desde lo conductual se refiere al desarrollo de actividades que permiten incrementar acciones que mantengan una vida funcional y activa. Sin embargo, como es de suponerse, no todas las personas cuentan con estrategias de afrontamiento positivas, lo cual conlleva a que en muchas ocasiones los pacientes presenten una desestabilización tanto en su

estado de ánimo como en su estilo de vida, trayendo consigo consecuencias que trascienden al malestar somático. Por tanto, aquello que se plantea desde la psicología conductual – cognitiva, es desarrollar y/o fortalecer estas estrategias de afrontamiento. De esta forma y con el aporte de la psicología como disciplina científica, poco a poco se ha ido generando conciencia acerca de la importancia que tienen la cognición y las estrategias de afrontamiento del propio paciente en su ajuste físico y/o psicosocial del dolor crónico, lo cual, ha permitido la aplicación amplia de métodos cognitivo – conductuales en centros de tratamiento para el dolor (Loeser, 2003).

Lo que quiere decir que a pesar de que el dolor es un tema evitable e incomprensible para la mayoría de las personas ya son grandes los avances que se observan en esta área, como se observa en los estudios previamente planteados. Por su parte, en cuanto al tema de la muerte el panorama no es tan alentador y se acentúan actitudes y conductas que prefieren omitir el tema y en ocasiones ocultarlo.

Para comprender un poco este tipo de conductas es necesario conocer la historia, donde se evidencia que la actitud del hombre frente a la muerte no ha sido siempre la misma. Así, durante la Edad Media existía la llamada “muerte doméstica” donde el moribundo, consciente de su próximo deceso, invitaba a sus seres queridos a reunirse alrededor de su lecho y realizaba el llamado “rito de la habitación” (Aries, 1983). Todos participaban de esta particular ceremonia dirigida por quien se encontraba próximo a morir. En esto consistía la “buena muerte”, en aquella que ocurría junto a los seres queridos y que era anticipada por el moribundo, pudiendo éste disponer de tiempo para preparar sus asuntos personales, sociales y espirituales.

Sin embargo, hoy en día se observa la tendencia actual de esconder al moribundo, la verdad de su pronóstico y condición, de reemplazar la casa por el hospital como lugar de muerte y de no permitir un despliegue emocional en público después de una pérdida, todos

estos fenómenos dan cuenta de cómo la sociedad no ha encontrado, o ha perdido, la manera de hacer frente y de asumir la mortalidad y la del resto (Saunders, 2004).

En cuanto a la medicina paliativa, hasta el siglo XIX, el alivio de síntomas fue la tarea principal del tratamiento médico, ya que las enfermedades evolucionaban básicamente siguiendo su historial natural. Sin embargo, durante el siglo XX la medicina cambió de orientación, concentrando sus esfuerzos en descubrir las causas y curas de las enfermedades. De esta manera, y en relación a importantes avances técnicos y al aumento general de las expectativas de vida de la población, el manejo sintomático fue relegado a segundo plano e incluso despreciado por la comunidad médica. Es así como no es sorprendente que en la actualidad, la medicina esté orientada fundamentalmente a prolongar las expectativas de vida de la población más que a velar por la calidad de ésta como objetivo en sí mismo (Callahan, 2000). La visión integral del paciente ha sido reemplazada por la aplicación sistemática de tratamientos indicados por especialistas diferentes, fenómeno que se observa incluso en la atención de pacientes terminales. Esta visión parcelada del enfermo puede conducir a lo que actualmente se conoce como encarnizamiento terapéutico, en lugar de dar pie a un apoyo de calidad para atender las necesidades de aquellos pacientes que simplemente se encuentran fuera del alcance terapéutico curativo. Esto también se ve reflejado en el gran vacío que existe en las mallas curriculares de medicina y enfermería en relación a cómo cuidar adecuadamente a enfermos incurables y con expectativas de vida limitadas.

Ante esta realidad, hay que rescatar y redescubrir, el fenómeno de “cuidar”. No se debe olvidar que la medicina nace como respuesta de ayuda, consuelo y acompañamiento para “los seres humanos enfermos y moribundos”.

Así lo reafirma la última definición de los Cuidados Paliativos que realiza la OMS data del año 2002: “cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y

la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia OMS (2002)”.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que muchos aspectos de los Cuidados Paliativos son aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos. 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 representantes de la pastoral.

A pesar de que en la actualidad se ha generado una conciencia que propende por el trabajo interdisciplinario, aun se presentan obstáculos entre los profesionales como el considerar una enfermedad terminal “un caso perdido”, con frecuencia no solo el cuerpo médico, sino la familia y la sociedad en general piensan que ya no se puede hacer nada por el enfermo que se encuentran a punto de morir. Este es un error que debe ser desterrado, ya que es mucho aún lo que se puede y se debe hacer para ayudar a los enfermos con cáncer en fases terminales y a sus familias y de ello se encargan los cuidados paliativos. De manera que cuando se cuida al enfermo se trata el dolor y otros síntomas que alteran su calidad de vida y la de su familia. Se facilita el apoyo emocional, se promueve el bienestar y se mejora la calidad de vida.

Ahora veamos, al mismo tiempo que los cuidados paliativos trabajan por el enfermo que se encuentra en la fase terminal de una enfermedad, debe hacerlo a su vez por su familia, de eso se trata el servicio integral del que se hablaba con anterioridad. La familia es el primer núcleo social en el que se desarrollan todos los seres humanos. El impacto de una enfermedad en la familia está notablemente influenciado por variables relacionadas con las características de la enfermedad: inicio, tipo, curso, pronóstico, limitaciones; y de otro lado por las variables relacionadas con las interacciones familiares. Para ello es necesario conocer la composición

familiar del paciente, el rol que ocupa, el ciclo vital por el que atraviesan, su estructura y sus patrones interaccionales familiares. La familia: como el sistema social inmediato en el que vive el paciente y con quien de alguna manera comparte su dolor, sus síntomas asociados a la enfermedad. Los familiares también experimentan un dolor que aunque no es físico, favorece ciertas reacciones que se conectan con las de el enfermo, construyendo patrones interaccionales alrededor de la enfermedad; en ocasiones estos patrones perpetúan algunos síntomas, en otras ayuda a su disminución. Todas las familias tienen una manera específica de vivir, de relacionarse, en cada una hay una forma de ejercer la autoridad, de comunicarse, de expresar afecto, de poner límites, de construir una jerarquía, de desempeñar roles y de resolver conflictos. Los niños y los enfermos terminales se relacionan con el mundo exterior a través de ella, y la mayor parte de lo que reciben de él es lo que les transmiten sus familiares y amigos. Los lazos afectivos que unen a cualquier ser humano con su familia son intensos y difíciles de romper, por ello, cualquier problema que afecte a un miembro de la familia repercute, en mayor o menor intensidad, en todos los demás.

De manera que el sufrimiento que provoca la enfermedad no sólo afecta al enfermo, también la familia sufre, y lo hace porque:

Vive el dolor y la angustia de su ser querido enfermo.

Siente miedo de perder a esa persona querida.

Tiene más obligaciones de las habituales.

Se siente incomprendida y sola ante la situación.

La enfermedad crónica afecta las dimensiones física, mental y espiritual. Hay dolor y síntomas asociados, soledad, pérdida de la autoestima, impotencia, desesperanza, ira, problemas que impiden vivir la vida a plenitud. Estos sentimientos y síntomas del familiar enfermo impactan y son más intensos en el miembro que asume la mayor carga de los cuidados. Es habitual que en todas las familias haya una persona, que de forma natural o

por acuerdo entre todos, asuma la mayor responsabilidad en los cuidados del enfermo. Esa persona se denomina cuidador principal, y es la que corre mayor riesgo de presentar agotamiento tanto físico como emocional.

Así, los miembros de la familia, pasan por diferentes fases de adaptación similares a las que pasan los pacientes. Al principio muchos no pueden creer que sea verdad. Tal vez nieguen el hecho de que exista esa enfermedad en la familia o vayan de médico en médico con la esperanza de que el diagnóstico sea equivocado.

Las familias se enfrentan gradualmente a la realidad que cambia su vida de manera drástica, De acuerdo con Kubler (2005) estas familias que dependen de la actitud, la conciencia y la capacidad de comunicarse con el paciente pasan por una serie de etapas. De manera que si los integrantes de una familia son capaces de compartir sus preocupaciones comunes, pueden ocuparse de los asuntos importantes pronto, y sin la presión del tiempo y las emociones. Por el contrario, si las personas tratan de mantener el secreto (conspiración de silencio) los unos para con los otros dónde la comunicación se encuentra bloqueada tratando de mantener un “falso equilibrio” de normalidad como si nada estuviera pasando, levantan entre ellos una barrera artificial que hará difícil el proceso preparatorio para el paciente o la familia. El resultado final es mucho más dramático que para aquellos que pueden hablar y llorar juntos.

Así como el paciente pasa por una fase de negación, ira, negociación, depresión, (clasificación que describe Elizabeth Kubler-Ross en 1969) en su experiencia, la familia inmediata experimenta la misma reacción emocional. De igual manera el núcleo familiar puede asumir lo que en términos tanatológicos se denomina “protagonista de última hora” los integrantes de la familia se enojan con el equipo médico que examina al paciente y manifiestan puntos de vista diferentes donde ellos pretenden cuestionar e interferir con los procedimientos concernientes a el pronóstico y evolución del familiar enfermo e interfiriendo

así con el desempeño, tratamientos y evolución de la enfermedad, llevándolos a la confrontación. Pueden proyectar su rabia contra el personal del hospital que en su opinión nunca se ocupan bastante por muy eficiente que sea su labor. También hay sentimientos de culpa y un deseo de compensar oportunidades y pérdidas pasadas.

Por esta razón cuanto más se pueda ayudar al paciente a expresar estas emociones antes de la muerte de un ser querido, más cómodo se encontrara el familiar. Cuando se puede superar la ira, el resentimiento y la culpabilidad entonces se pasa a otra fase.

Si los miembros de la familia comparten sus emociones gradualmente afrontarán la realidad de la separación y llegarán a aceptarla juntos. Quizá el momento más difícil y doloroso para la familia es la fase de aceptación, donde se inicia el desapego del ser querido, donde cada uno de sus miembros lo rodea proporcionándole todos los cuidados pertinentes psicoafectivos y espirituales, y facilitándole el proceso de morir, donde el propósito ineludible del enfermo terminal es morir dignamente. Por todo ello, los cuidados paliativos atienden no sólo las necesidades del enfermo y del cuidador principal, sino las de la Unidad Familiar, en la que se incluyen otros miembros de la familia.

Con todo y lo anterior para prever cual será la evolución del paciente, es fundamental tener en cuenta la actitud del enfermo, aunque este contare con todo el apoyo familiar necesario, el proceso psicoterapéutico puede verse obstaculizado, si por ejemplo, factores de personalidad influyen en el proceso, de esta manera no es lo mismo un paciente con una postura activa, acostumbrado a luchar que alguien pasivo-dependiente que fácilmente se acomoda esperando su destino.

Luis Ylla (1996) asegura que la personalidad previa del enfermo es un factor fundamental para comprender la forma de reaccionar que se tiene frente a la muerte, cuando ésta se le acerca. Por lo general el miedo (consciente o no) hace presencia, frecuentemente en medida

exagerada, y aquí la calificación de “exagerada” está en función del carácter biopsicológicamente no adaptativo de su presencia.

En relación a lo anterior, la intervención psicológica al final de la vida, en el paciente que se encuentra en una fase avanzada de su enfermedad experimenta situaciones y reacciones únicas, relacionadas con la cercanía de la muerte y con frecuencia el temor a ella. Algunos pacientes requieren un acompañamiento especial debido a las demandas de información, a la intensidad de las reacciones emocionales y a situaciones particulares de negación, hostilidad y dudas espirituales. La intervención psicológica en esta fase se orienta a facilitar la expresión de los miedos, preocupaciones y estados afectivos, a la normalización de los estados emocionales y al soporte emocional. Esto se consigue reduciendo la soledad y el aislamiento del enfermo, ayudándole a incrementar la sensación de control y autonomía reduciendo las interpretaciones de incertidumbre y amenazantes potenciando esos recursos personales y dando apoyo para una comunicación clara, fluida y eficaz tanto con la familia como con el equipo médico. El soporte emocional se fundamenta en las técnicas de comunicación y consejería (counselling) teniendo como argumentos la empatía, una actitud de escucha activa, la ayuda en la identificación y solución de problemas y el refuerzo de los recursos internos del paciente. La función del personal de la salud es procurar, en el paciente, la búsqueda de la identidad, la valoración, la esperanza y el propósito de existir. Para ello debe solucionar primero los problemas básicos que impiden una buena acción mental y psicológica. Es necesario aliviar el dolor, los síntomas asociados, los problemas familiares y sociales, antes de entrar a algo tan personal como la espiritualidad. El paciente moribundo suele enfrentar la muerte en una situación de sufrimiento físico, soledad y desvalimiento. Sufre además una pérdida de autoridad y poder quedando a merced del destino, todo esto lleva a movilizar las defensas que le incapacitan posteriormente. Sin duda el psicólogo clínico ha de procurar mantener un equilibrio y comodidad (traducido calidad de vida) que ayuda al paciente a pasar mejor lo que le quede de vida y habrá de valorar la cantidad de información que se ha de dar

al paciente y la forma en que hay que hacerlo, atendiendo a la personalidad del enfermo, a la fortaleza de su yo, a sus ideas religiosas, a cómo ha reaccionado frente a su enfermedad orgánica, a la relación del paciente con su familia, así como a la reacción depresiva que haya podido tener y la reacción que el mismo profesional tiene con el paciente. Así, se puede afirmar que cuando se realiza psicoterapia los elementos que se ha de investigar son: la edad, los factores socioculturales, medioambientales, la personalidad, nivel intelectual, y experiencia vital; de igual manera, en la psicoterapia de cualquier enfermo oncológicamente avanzado es indispensable decir la verdad de la forma más adecuada posible, ésta es absolutamente inseparable del oncólogo, ginecólogo, médico tratante y demás especialista, que diagnostiquen y que traten al paciente desde el punto de vista fisicoquímico.

En síntesis, el encuentro con la enfermedad terminal es una causa de sufrimiento tanto para el paciente como para sus familiares y para los profesionales sanitarios que les atienden y por tanto la formulación de la respuesta terapéutica requiere la comprensión del fenómeno del sufrimiento, encontrando que son fuente de sufrimiento para el paciente, aspectos tales como; los síntomas físicos (dolor), los síntomas psicológicos y el sentimiento existencial (ansiedad ante la muerte, desesperanza, remordimiento, etc.) el sufrimiento de los familiares y amigos. En las familias y los cuidadores de los pacientes: factores psicosociales, la tensión emocional, el miedo ante la muerte del enfermo, la alteración de roles y estilos de vida, y la carga física y emocional. En los Profesionales Sanitarios: la exposición constante al sufrimiento y a la pérdida de la frustración, las dificultades en la comunicación y la relación con el enfermo y con sus familiares. Todos estos factores pueden contribuir al agotamiento y al burnout (Cherby, 2004). De manera, que los profesionales de la salud deben evaluar de manera cuidadosa cada caso, identificando la necesidad del enfermo y formulando una intervención multidisciplinar dirigida a resolver o paliar dichas necesidades.

Finalmente, el paciente con enfermedad en fase terminal es común escuchar preguntas como ¿Por qué esta enfermedad? ¿Por qué a mí? Que expresan dolor, culpabilidad, desilusión, ira, y al mismo tiempo petición de ayuda. Es una pregunta que el paciente hace a sí mismo, al médico, al destino, al ser superior, a Dios. En cualquier caso lo que más teme el paciente terminal no es la muerte, sino la soledad, lo cual unido al fatalismo, pasividad y autoinculpación de las últimas semanas del enfermo. Los patrones de comunicación por lo tanto dependen del estadio de la enfermedad, los pacientes a lo largo de la terapia sufren en algunos casos crisis de despersonalización que ellos relacionan con la enfermedad y que en realidad son reacciones fuertemente angustiosas ante su situación pero nada de esto invalida, más bien al contrario, la terapia está orientada a encontrar un sentido a su sufrimiento, dolor y enfermedad y hallar una coherencia entre su pasado, presente y futuro; en otras palabras encontrar la verdad de su vida y darle un sentido de trascendencia dirigida a sus seres queridos y como el último tributo a la vida.

Según lo visto, a través de la conceptualización, se incorpora a la práctica un abanico de situaciones de interés para el psicólogo clínico en su quehacer como profesional. El ofrecer asistencia psicológica a los pacientes terminales y sus familias, siendo la familia, el marco de referencia del paciente y sobre el cual se hace necesario trabajar paralelamente, teniendo en cuenta la incidencia clínica sobre el proceso de la enfermedad y de la muerte de su familiar. El compromiso y los propósitos que inspiraron esta práctica fueron: abordar los diferentes aspectos psicológicos por medio del uso de técnicas psicológicas clínicas, con el objetivo de fortalecer estrategias de afrontamiento frente al dolor y la muerte.

Del mismo modo primaron las intenciones orientadas a una atención integral tanto al paciente terminal como a su familia, mejorando la comunicación del cuerpo médico y la familia promocionando la autonomía y la dignidad del paciente hasta su último proceso de vida: la muerte.

Cabe destacar que el counselling fue la técnica utilizada en las intervenciones, basados en la comunicación, escucha activa, las preguntas con el fin de buscar la reflexión y introspección del paciente en cuanto a los miedos e ideas con respecto a la muerte; en mejorar y dotar de habilidades de comunicación a los familiares y equipo médico con respecto al dolor y sus implicaciones en las diferentes esferas del ser humano, y las distintas fases que atraviesa un individuo frente a la proximidad de la muerte, para lograr una mejor comprensión a sus reacciones adaptativas e identificar los recursos personales para aliviar su sintomatología y proporcionarles bienestar y confort.

En lo que respecta al ámbito hospitalario fue necesario trabajar la relación médico paciente, el marco psicosomático, y los recursos de cada uno para lograr una mejor acción psicoterapéutica. Se incorpora los diferentes estudios y teorías que se refieren a la conducta, al sujeto inmerso en una sala de cuidados paliativos, a su ciclo vital, a sus diversas funciones mentales y su psicopatología y la esfera psicosocial.

En el recorrido de la práctica se abordan aspectos psicológicos, psicopatológicos, espirituales, donde se incluye grandes autores que han dedicado parte de su vida al estudio de las bases psicológicas de los estados de la salud y la enfermedad.

Esta intervención realizada es un intento de responder a un programa íntegro de la psicología que se encuentra dirigido a cumplir un propósito planteado inicialmente, la misión es hacer un balance de los motivos y pretensiones que condujeron a realizar la intervención dirigida a una población que por su condición se hace más vulnerable, pero por mi parte pretendo subrayar ese impacto que genera su condición de deterioro progresivo y su rápida asimilación de sus cambios corporales y pérdidas de tipo emocional, corporal, social, cognitivo; teniendo en cuenta que es un tiempo relativamente corto entre tres y seis meses, se hace evidente el privilegio de trabajar e interesarse en sus reacciones psicológicas que no importa que enfermo, que no importa qué tipo de afección sea, nuestra disciplina la psicología

tiene un papel fundamental con la medicina y se corresponden la una a la otra para garantizar la calidad de vida y una muerte digna.

Método

Muestra

La muestra estuvo conformada por pacientes que participaron voluntariamente de la intervención psicológica que fueron remitidos a la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos Aliviar Ltda. con atención únicamente paliativa en fase terminal de la enfermedad oncológica y en proceso de duelo inmediato (suceso de pérdida de 0 a 3 meses).

Teniendo en cuenta los anteriores criterios de inclusión, se efectuó un trabajo terapéutico con 16 pacientes (11 pacientes oncológicos y 5 pacientes en proceso de duelo) cuya distribución conforme al sexo fue equitativa (50%). La media de edad fue de 64.43 años con una desviación típica de 14.61 años. La mayoría de ellos residentes en el departamento de Santander (81%).

Instrumentos

Para evaluar las diferentes variables psicológicas asociadas a la condición de la muestra de intervención se emplearon el Inventario de Depresión de Beck con el fin de valorar la severidad de los síntomas de depresión, el cuestionario de calidad de vida **E.O.R.T.C.-QLQ-**

C30 para medir el nivel de calidad de vida en pacientes de los pacientes con cáncer y la Escala de Zarit para dimensionar la presencia del síndrome del cuidador del enfermo crónico (ver anexo 1).

A continuación se presentan las características de cada instrumento de evaluación.

Inventario de depresión de Beck, BDI (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Es una escala que mide la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas, mediante 21 reactivos que exploran síntomas o actitudes depresivas cuantificadas conforme a intensidad de 0 a 3, donde 0 es ausencia de depresión y 3 máxima depresión. Cuenta con un coeficiente de alfa para muestras clínicas de 0.86 y para muestras no clínicas de 0.81. En México fue validado por Cárdenas, Méndez y Villegas (1998) en 1508 personas adultas, encontrando una confiabilidad de consistencia interna significativa al obtener un alfa de cronbach de 0.87.

Para la interpretación de los resultados, la escala cuenta con los siguientes puntos de corte:

Población Normal (sin depresión): 0-9 puntos

Depresión leve: 10-18 puntos

Depresión moderada: 19-29 puntos

Depresión grave: 30- 63 puntos

Cuestionario de calidad de vida E.O.R.T.C.-QLQ-C30, (Aaronson, et al., 1993).

Es un cuestionario que tiene como objetivo evaluar el nivel de calidad de vida de los pacientes con cáncer mediante 30 ítems cinco escalas funcionales (15 ítems) que valoran las áreas social, cognitiva, emocional, física y de rol, tres escalas de síntomas (13 ítems) que miden la fatiga, el dolor, la disnea, el insomnio, las náuseas y el vómito, la constipación, la diarrea, la pérdida de apetito y las dificultades financieras y una escala global de calidad de vida del enfermo de cáncer (2 ítems).

Las medidas de puntuación de las escalas varían de 0 a 10. Una calificación alta representa un mayor nivel de respuesta, por lo que una puntuación alta en: las escalas de

funcionamiento indica un nivel de funcionamiento saludable, en la escala global refiere un grado alto de salud global y en las escalas de síntomas un grado alto de síntomas problema.

El cuestionario EORTC QLQ C-30, se publicó por primera vez en 1993 (Bermúdez, 2002). Arraras, et. al. (2002), evaluaron la estructura, confiabilidad y validez del QLQ-C30 (versión 3.0) para uso en español; concluyeron que es un cuestionario válido y confiable.

Escala de Zarit, (Zarit y Zarit, 1983)

Esta escala evalúa el síndrome del cuidador a través de los efectos emocionales adversos vividos por el cuidador al incluir en su rutina diaria el cuidado del paciente, con el riesgo de deterioro en su vida social, laboral y familiar, la mayor responsabilidad económica, y el sentimiento de sobrecarga por su papel de cuidador principal. Está compuesta por 22 ítems característicos por ser expresiones que reflejan sentimientos habituales en quienes cuidan de otra persona, ante ellos el sujeto evaluado debe responder señalando la frecuencia con que se enfrenta a esos sentimientos; del total de ítems, 21 están focalizados en la medición de los sentimientos de sobrecarga, y sólo uno en la percepción global de la carga. Cada respuesta se codifica de la siguiente forma: nunca = 0 puntos, rara vez = 1 punto, algunas veces = 2 puntos, bastantes veces = 3 puntos y casi siempre = 4 puntos. La puntuación máxima es de 84 puntos y su calificación se da de la siguiente forma: ausencia de sobrecarga (<46), sobrecarga ligera (47-55) o sobrecarga intensa (>56). Sobrecarga ligera representa un factor de riesgo para generar "sobrecarga intensa".

Con relación a los datos de validación de la escala, Alpuche, Ramos, Rojas y Figueroa (2008) realizaron un estudio de validez de esta prueba en una muestra de 141 cuidadores primarios informales, en el que concluyeron una confiabilidad alta de 21 ítems de la escala (ya que exceptúan el ítem 14) con un alfa de cronbach de 0.90.

Procedimiento

Primera Fase: Contacto con la institución y presentación de la propuesta

En un primer momento se estableció contacto con la Clínica del Dolor y Cuidado Paliativo Aliviar Ltda. para el análisis de las necesidades a intervenir y la posterior presentación de la propuesta conforme a éstas. Dentro de las necesidades detectadas se encontraron la intervención psicoterapéutica al paciente y al núcleo familiar orientada principalmente en el control del dolor, las actitudes hacia al muerte, cuidados psicoafectivos y el manejo del duelo. Teniendo en cuenta la propuesta se establecieron las fases consecuentes.

Segunda Fase: Selección de la muestra

Durante los meses de noviembre a diciembre de 2009, se identificaron los pacientes hospitalizados que fueron asignados por la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos Aliviar para la intervención del programa actual, específicamente por la psicóloga de la institución, para lo cual se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión antes mencionados. En promedio se atendieron 5 pacientes diariamente en la jornada de la mañana.

De igual forma, los pacientes atendidos por consulta externa fueron asignados por la psicóloga de la institución. Las citas se programaron para los días miércoles y viernes de 8:00 a.m. a 10:00 a.m. y se atendieron en los consultorios de Aliviar Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos ubicados en el centro médico Carlos Ardila Lülle torre B, 9no piso, módulo 61, consultorio 911.

Tercera Fase: Proceso de evaluación

Una vez identificada la muestra se tuvo en cuenta el cumplimiento de los siguientes pasos de evaluación:

Para la muestra de paciente hospitalizados:

Evaluación de la historia médica: Se obtuvieron datos acerca del diagnóstico, tiempo de hospitalización, antecedentes somáticos y psiquiátricos, tratamientos previos y actuales, formulación farmacológica, condición actual, pronóstico, entre otros.

Entrevista clínica: Posterior al establecimiento del vínculo terapéutico con base en la aceptación incondicional empática como técnica de acercamiento y encuadre, se llevó a cabo una entrevista individual sobre el estado emocional, cognitivo y conductual, para lo cual se utilizó inicialmente el esquema de supervivencia propuesto por Moorey y Greer (1989) (ver anexo 2). Además, se identificaron cogniciones asociadas al diagnóstico y pronóstico, locus de control y estilos de afrontamiento. Igualmente en la valoración inicial se abordaron temas relacionados con historias de pérdidas previas y fase de proceso de duelo del paciente y la familia.

Aplicación de instrumentos: Conforme a la disposición del paciente se confirma el estado anímico valiéndose de las escalas: Beck y QLQ-C30. Al cuidador principal del paciente se aplicó la escala Zarit, para determinar factores asociados al cansancio físico y/o emocional.

Para la muestra de pacientes atendidos por consulta externa:

Recepción del paciente: En este primer momento se analizó la historia clínica del paciente teniendo en cuenta aspectos médicos del caso.

Primera entrevista clínica: Se realizó presentación del servicio de psicología, acercamiento empático e identificación de factores cognitivos, conductuales y emocionales asociados a la percepción de enfermedad y su tratamiento, y se indaga acerca del cuidador principal.

Segunda entrevista clínica: Se aplicaron los instrumentos utilizados en el proyecto y se indagó acerca del cuidador principal, la dinámica familiar, el agotamiento físico, el soporte y red social y familiar, en qué etapa se encuentra la familia.

Cuarta Fase: Análisis de resultados de evaluación.

Para el análisis de la información dada en la aplicación de los instrumentos se realizó un análisis estadístico descriptivo (Media y la Desviación Típica) de los resultados de las pruebas por grupos de muestra atendida (pacientes hospitalizados, pacientes consulta externa y

familiares); así como de los datos sociodemográficos para la caracterización de la muestra trabajada.

Quinta Fase: Diseño de intervención.

Teniendo en cuenta los resultados en la fase previa, se desarrollaron dos guías de manejo terapéutico, una para pacientes de hospitalización y otra para pacientes de consulta externa, las cuales se ajustaron a las necesidades particulares (ver anexo 3).

Sexta Fase: Análisis de resultados de intervención.

Para el desarrollo de esta fase se tuvo en cuenta la integración de las características de la muestra conforme a revisión bibliográfica; además, se analizaron los resultados referidos a los cambios en los pacientes atendidos posteriormente a la aplicación del protocolo de intervención diseñado.

Séptima Fase: Elaboración del Informe.

Posterior a la ejecución de las fases previas se realizó el presente informe como medio para mostrar el trabajo efectuado.

Resultados

A continuación se muestran los resultados de la evaluación clínica realizada a 16 pacientes atendidos en la Clínica de Dolor y Cuidado Paliativo Aliviar Ltda. Se presentan los datos relacionados a las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas. Con relación a los datos sociodemográficos, se puede afirmar que la muestra estuvo conformada de modo equitativo según sexo (50% cada sexo) y que la mayoría se encontraban en un rango de edad de 60 a 79 años (50%), siendo parte del periodo de adultez mayor, y eran residentes urbanos de Santander (68.75%). Así mismo, prevalece la ocupación de pensionado con el 56.25%, lo cual se puede relacionar con la prevalencia del rango de edad en la adultez mayor. Un porcentaje significativo (37.5%) eran casados y tenían un nivel educativo de profesional.

Por su parte, dentro de las características clínicas se destaca la causa de atención por enfermedad oncológica con un 68.75%, prevaleciendo el cáncer de mama (25%) y de próstata (18.75%). Los anteriores datos se corroboran en la tabla 1.

Tabla 1.

Estadísticos descriptivos de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra

N=16

Características Sociodemográficas

Variable	Frecuencia	%
Sexo	Hombre	8 50%
	Mujer	8 50%
Edad (M = 64.43 DT = 14,61)	Menor de 39 años	2 12.5%
	40 a 49 años	3 18.75%
	50 a 59 años	2 12.5%
	60 a 69 años	4 25%
	70 a 79 años	4 25%

	Mayor a 80 años	1	6.2
			5%
<hr/>			
Procedencia	Santander Rural	2	12.
			5%
	Santander Urbano	11	68.
			75%
	Fuera de Santander	2	12.
	Rural		5%
	Fuera de Santander	1	6.2
	Urbano		5%
<hr/>			
Ocupación	Hogar	2	12.
			5%
	Empleado	4	25
			%
	Independiente	1	6.2
			5%
	Pensionado	9	56.
			25%
<hr/>			
Nivel educativo	Primaria Incompleta	1	6.2
			5%
	Primaria Completa	0	0%

	Bachillerato	2	12.
	Incompleto		5%
	Bachillerato	2	12.
			5%
	Técnico/ Tecnólogo	3	18.
			75%
	Profesional	6	37.
			5%
	Postgrado	2	12.
			5%
<hr/>			
Estado civil	Soltero	1	6.2
			5%
	Casado	5	37.
			5%
	Unión libre	3	18.
			75%
	Separado	0	0%
	Viudo	3	18.
			75%
	Célibe	0	0%
<hr/>			
Características Clínicas			
<hr/>			
Causas de atención	Enfermedad	11	68.

	oncológica		75%
	Proceso de duelo	5	31. 25%
Tipo de diagnóstico	CA Mama	4	25 %
	CA Útero	1	6.2 5%
	CA Sistema digestivo	1	6.2 5%
	CA Próstata	3	18. 75%
	Leucemia	1	6.2 5%
	CA Tiroides	1	6.2 5%
	Duelo	5	31. 25%

Con relación al análisis de datos obtenidos a través de los instrumentos aplicados, los cuales se muestran en la tabla 2, se puede observar que los pacientes hospitalizados obtuvieron puntajes en promedio en la escala de Beck de 15.6 (puntuaciones de 15, 10, 31, 18, 13, 15, 8, 15 respectivamente). Indicándose síntomas depresivos de carácter leve, lo que se puede interpretar como una depresión reactiva a la condición física no referenciada como una depresión clínica. Lo anterior se puede asociar con los resultados del EORT QLQ C-30 donde

se identificó un nivel de funcionamiento moderado de varias escalas del cuestionario de calidad de vida, obteniéndose los siguientes resultados: función física: 86.1, rol Funcional: 53.8, emocional: 83.6, cognoscitivo: 83.6, social: 81.5, y en la escala de síntomas (nauseas: 82.1, dolor: 86.3, fatiga: 80.2, y síntomas: 16.5, disturbio del sueño: 29.5, pérdida del apetito: 9.5, estreñimiento: 10.1, diarrea: 2.5, impacto financiero: 41.7, y el estado global de salud: 56.34) con disminución del dolor. Mostrando que los pacientes cuentan con una satisfacción moderada frente a su calidad de vida especialmente en el control de síntomas y la asistencia psicoafectiva por parte de los familiares.

Frente a lo hallado en los cuidadores, obtuvieron un puntajes (62, 56, 57, 63, 45, 47, 45, 46) con una media de 51.3, no se evidenció agotamiento en el rol como cuidadores principales, lo que se refleja en una mejor interacción global con el paciente y su familia. Se identificaron factores relacionados con reacciones emocionales y conductuales propias asociada a la pérdida del paciente (ante la proximidad de muerte) que se identificaron en la fase de psicoeducación en el proceso de intervención a pacientes hospitalizados, entre ellas se encuentran la conspiración del silencio, la sobreprotección, el estrés, el síndrome de Bilbao (protagonismo de última hora), la negación, el protagonista heroico, la comunicación fragmentada, la claudicación emocional. Un aspecto a resaltar es que la mayoría de los cuidadores principales eran mujeres pertenecientes a la adultez media que pertenecen al núcleo familiar.

Por su parte, los pacientes de consulta externa presentaron una media de 22.5 en la escala de Beck, lo que indica que los pacientes de consulta externa desarrollaron síntomas depresivos de carácter moderado a grave, siendo un dato significativo en comparación a los pacientes hospitalizados, lo que lleva a concluir que el proceso de duelo estaba incidiendo de manera significativa en el estado de ánimo y posiblemente en las estrategias de afrontamiento frente al síndrome doloroso.

Tabla 2.

Estadísticos descriptivos por prueba aplicada (BDI, QLQ-30 y escala Zarit)

Prueba	Media	Desviación estándar
BDI en pacientes hospitalizado	15.6	12.06
BDI en paciente consulta externa	22.5	6.18
QLQ-30	56.34	7.28
Escala de Zarit en familiares	51.36	10.12

Con relación a los resultados de la intervención psicoterapéutica, se encontraron elementos comunes con respecto a los pacientes enfermos en condición terminal y de consulta externa en cuanto a las habilidades de afrontamientos relacionadas con las expectativas de autoeficacia y el estrés que influye significativamente en la respuesta inmunológica, en el avance, la progresión, y la fluctuación de los síntomas físicos frente a una situación de crisis como es la enfermedad (en fase terminal), y la adaptación y convivencia del dolor (síndrome doloroso).

Se evidencia el miedo (en ambos grupos) como una respuesta adaptativa que se instaura en los pacientes interfiriendo con su proceso de adaptación, ya que se desarrolla una reacción de ansiedad muchas veces exagerada, convirtiéndose en últimas en depresión, por lo que este mecanismo adaptativo se transforma en un factor de riesgo. Existe sintomatología común en ambos grupos: el dolor, siendo el síntoma mas incapacitante y que posiblemente incide en el estrés y el sufrimiento, lo cual nos sugiere que es importante considerar la relación entre la evaluación que los pacientes hacen de su experiencia dolorosa y de su autoeficacia a nivel cognitivo y emocional; por ende la percepción del dolor influye en el estilo de afrontamiento que asuma frente al proceso de su enfermedad. De acuerdo con lo anterior Bonica (1960)

afirma: “las ideas y estrategias de afrontamiento que se asuman determinan la capacidad del paciente para adaptarse y controlar su dolor”. Los familiares de los enfermos en condición terminal, también experimentan un dolor que aunque no es físico favorece ciertas reacciones tales como la negación, ira, negociación, depresión, clasificación que describe Elizabeth Kubler Ross (1969).

Otro elemento común es el sufrimiento, el cual es una respuesta provocada por el dolor y el miedo, la ansiedad y el estrés. Respecto a ello, Chapman y Garin (1993) quienes basados en los trabajos previos de Lazarus y Folkman (1984) con relación al concepto de amenaza, consideran que el grado de sufrimiento de una persona es el resultado del balance que ésta realiza entre la amenaza percibida y los recursos que cree tener para hacerle frente. De este modo, se puede inferir que el nivel de amenaza sentida en los pacientes valorados se vio influenciada por la dificultad hallada en su autoeficacia y estrategias de afrontamiento, por lo que serían aspectos relevantes a intervenir a través de la psicoterapia.

Teniendo en cuenta la relación entre factores psicológicos y el cáncer propuesta por Bayés (1980), el estrés puede generar efectos sobre el cáncer, y el cáncer puede provocar estados depresivos. De esta manera, los resultados de la práctica corroboraron la incidencia de los factores psicológicos al intervenir en la disminución de la respuesta adaptativa, entendiéndose que el primer impacto que recibe un paciente en condición terminal es la noticia de su diagnóstico generándole un desequilibrio en cuanto a la percepción de su autocontrol y eficacia ante una condición tan compleja a la que se ve enfrentado generándole una reacción de impotencia, otro elemento común entre los pacientes de síndrome doloroso, desarrollándose de esta manera la triada impotencia-frustración-rabia, manifestándose posteriormente en una culpa muchas veces dirigida al personal médico o la familia o hacia sí mismo; y este sentimiento es en realidad un sentimiento de impotencia frente a una situación que perciben como una amenaza y que no pueden soportar. Ratificando la interconexión entre los procesos mentales y el funcionamiento del organismo, por eso es un hecho que las

técnicas cognitivos-conductuales son las más eficaces a la hora de intervenir este tipo de problemáticas.

Podemos afirmar por lo tanto que la técnica utilizada influye en el proceso de adaptación frente al dolor y el proceso de muerte; a nivel cualitativo porque mejora la vivencia de los pacientes en su calidad de vida y bienestar y por consiguiente en el de sus familiares, incidiendo favorablemente en los estados emocionales al tener menos ansiedad, menos depresión y mejor control del dolor. A nivel cuantitativo, porque teniendo un mejor afrontamiento sufren menos complicaciones después de un tratamiento y consumen menos medicamentos (en pacientes con dolor y en enfermos en fase terminal); además se sienten más tranquilos, experimentan bienestar, reducen los niveles de ansiedad y depresión y logran avanzar de una fase de depresión (duelo) a una fase de aceptación.

Ambos niveles son igualmente importantes, y suponen una mejora en la calidad asistencial, especialmente si tenemos en cuenta que hoy en día el concepto de salud no se limita tan sólo a aspectos fisiológicos, sino que incluye los aspectos psicológicos como el bienestar o la calidad de vida y que se ha convertido en un objetivo general para la salud, el desafío está ahora en mejorar las condiciones en las que se conserven la vida, no cabe duda que al reducir los niveles de ansiedad y depresión y disminuir las sensaciones dolorosas de los pacientes se mejora su calidad de vida durante el proceso de vida o de muerte.

Por último, fue necesario la información en los dos grupos ajustada a la enfermedad, los efectos secundarios, los cambios en su estilo de vida, para conseguir adaptar sus expectativas de control y autonomía para reducir el estrés, y mantener un equilibrio a nivel emocional, tanto en el acompañamiento psicoterapéutico al paciente con enfermedad oncológica avanzada y a su familia, como en los pacientes en procesos de duelo. Por lo tanto, los dos objetivos planteados fueron conseguidos, lo cuales consistieron en desarrollar y fortalecer estrategias de afrontamiento adaptativos frente al dolor y la muerte inminente.

Conclusiones

En el comienzo de esta propuesta se plantea el acompañamiento al paciente terminal y a su familia y a los pacientes en proceso de duelo, de esta forma se puede concluir que el estilo de afrontamiento y las expectativas que el paciente tenga acerca de su pronóstico, influyen sobre el desarrollo del estrés. Lo que resulta claro es que el estrés influye en la respuesta inmunológica y el desarrollo y progresión de la enfermedad. Se puede concluir que la fase terminal y el síndrome doloroso son una amenaza real que tienen que afrontar los pacientes y que la respuesta lógica y adaptativa es el miedo; la complicación es cuando este miedo paraliza, conduciendo a una depresión e interfiriendo con el objetivo del acompañamiento el cual es mejorar la calidad de vida del paciente y procurar una muerte digna, en cuanto a los pacientes de síndrome doloroso aumentar su calidad de vida y favorecer mecanismos de autocontrol frente al dolor.

Es importante destacar que los objetivos propuestos inicialmente como el apoyo a la familia durante la enfermedad y tras la pérdida en el proceso de duelo, se realizó el soporte emocional beneficiando al paciente y evitando la aparición de posibles dificultades en el desarrollo del duelo.

El objetivo del trabajo interdisciplinario se cumplió brindando bienestar y promoviendo la adaptación, para proporcionar un mejor control y aliviar el sufrimiento de los pacientes y sus familiares.

Recomendaciones

A nivel institucional se hace evidente entrenar tanto al personal médico como a enfermería en habilidades de afrontamiento frente al estrés para mejorar las relaciones terapéuticas y prevenir el síndrome de burnout, de igual manera dotar de estrategias de manejo de soluciones problemáticas ante el paciente oncológico avanzado.

Ofrecer un sistema de apoyo continuado de la familia después de la muerte para la prevención del duelo complicado.

A nivel de la universidad: Es necesario capacitar al practicante sea pos o pregrado en las bondades del counselling que se basa en la comunicación, sea con el paciente o sus familiares, debe ser fluida, continuada, veraz y dirigida a desarrollar en el paciente sus propios recursos y animarlo a expresar sus miedos, expectativas. La triada: emociones, pensamientos y conducta y la interacción entre los mismos, para propender por una mejor adaptación a su proceso.

Es relevante que al estudiante previamente se le induzca a una profunda reflexión frente al tema de la muerte, y cuáles ideas y sentimientos emergen al respecto y el control que pueda tener sobre ellas.

Se sugiere abordar más explícitamente y coordinadamente con el equipo médico los múltiples síntomas, las fluctuaciones y el impacto emocional, que supone la presencia explícita e implícita de la muerte, teniendo en contra el tiempo, es relativamente corto específicamente para los pacientes en fase terminal que se ven abocados a asimilar y enfrentarse a su máximo reto; se hace necesario la intervención enfocarla en tan corto periodo a un proceso de adaptación en una situación de crisis, siendo la comunicación la mejor herramienta y la familia el marco de referencia del paciente, por lo tanto el mayor soporte emocional y para los profesionales nuestros mejores aliados.

Reflexión de la Experiencia Práctica.

Cada uno, de acuerdo con su temperamento y sus prioridades, se sitúa de manera distinta ante el paso del tiempo. Algunos los desperdician o lo matan, otros no tiene nunca suficiente tiempo. Lo cierto es que nadie permanece indiferente ante el paso del tiempo.

Ante un acontecimiento importante, como un aniversario un duelo, o una enfermedad seria se desarrollan una nueva conciencia del tiempo y su importancia. Se vuelve entonces más urgente buscar una mejor calidad de vida y gozar de cada minuto que huye, vivir bien el tiempo se convierte en la máxima preocupación de nuestra vida.

Aprender a vivir es una compleja tarea que toma toda la vida y no siempre se logra el resultado deseado.

El acompañamiento psicoterapéutico en un paciente con enfermedad en fase avanzada y a su familia, debe ser integral, y continuada, con el objetivo de proporcionar bienestar. Trabajar con enfermos oncológicamente avanzados es un arduo y complejo proceso participativo, en el que el protagonismo principal le pertenece al enfermo que utiliza muchas veces comportamientos ineficaces para una adaptación a su proceso, el autoengaño, conductas desadaptativas, que intenta sobrellevar la situación, y cuyos resultados afectan para bien para mal a él mismo y sus familiares. El estar involucrada en este proceso como profesional es inevitable proyectar mis propias reacciones individuales sobre la realidad de la muerte. El sentimiento de impotencia me invadía muchas veces ante el sufrimiento del dolor de los pacientes y sus familiares era necesario retomar el objetivo primordial del psicólogo que es paliar y mitigar el malestar mas no curar, sino consolar.

Sin duda esta experiencia me enfrenta con mi propio historial de pérdidas y mi deseo inconsciente de sanar mis propias heridas, permitiéndome eliminar obstáculos que en el pasado me impedían mi propio conocimiento y los mecanismos de adaptación que conspiraron contra mi crecimiento personal.

Sólo resta agradecer a Dios a la universidad, a la institución y a su psicóloga, a mi asesora, la gran oportunidad y el privilegio que significó para mi acompañar a muchas de esas personas maravillosas y a sus familiares que compartieron conmigo sus más íntimos secretos, sus miedos, sus expectativas, el sufrimiento y el significado de ese sufrimiento, son ellos los que ya no están los que me enseñaron el valor de la lucha y la entrega hasta el final.

Referencias

- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., De Haes, J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. y takeda, F. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quiality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 82, 365-376.
- Alpuche, V., Ramos, B., Rojas, M. y Figueroa, C. (2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-245.
- Álvarez, T. (2001) *La muerte en la cultura occidental, aproximación al trabajo de morir*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Ariés, P. (1983) *El hombre ante la muerte*. España: Taurus Ediciones
- Arraras, J., Arias, F., Tejedor, M., Pruja, E., Marcos, E., Martinez y Valerdi, J. (2002). The EORTC QLQ-C30 (Versión 3.0) Quality of Life Questionnaires: validation study for

- Spain with head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11, 249-256.
- Callahan, D. (2000) Death and the Research Imperative. *New England Journal of Medicine*. 342, 654-656
- Cárdenas, J., Méndez, L. y Villegas, E. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Menta*., 21 (3). 26-31.
- Cherby, N (2004) *The Challenge of Palliative Medicine*. USA: Oxford University Press
- Dagnino, J. (1994). Definiciones y Clasificaciones del Dolor. *Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile*, 23, 148-151
- Kubler-Ross, E. (2005). *Sobre la muerte y los moribundos*: Barcelona: Ramdon House Mondadori.
- Kahana, R., y Bibring, G. *Personality types in medical management*. En Zinberg (ed.), *Psychiatry and medical practice in a general hospital*. International Universities Press. Nueva York, 1964.
- Loeser, J. (2003) *Bonica Terapéutica del Dolor*, USA: Mc Graw- Hill
- Remor, E. Arranz, P. & Ulla, S. (2003). *Psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Desclee de Brouwer Bilbao.
- Ridruejo P., Medina A., & Rubio J. (1996). *Psicología médica*. Madrid: McGraw-Hill
- Vallejo, M. & Comeche, M. I. (1994). *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Fundación Universidad Impresa
- Zarit, S., Reeve, K. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Anexos

Anexo 1: *Escalas aplicadas*

ESCALA DE BECK

1.

- a. No me siento triste.
- b. Me siento triste.
- c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
- d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2.

- a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
- b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
- c. Siento que no tengo nada que esperar.
- d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3.

- a. No creo que sea un fracaso.
- b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
- c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
- d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4.

- a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
- b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
- c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
- d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

- a. No me siento especialmente culpable.
- b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
- c. Me siento culpable casi siempre.
- d. Me siento culpable siempre.

6.

- a. No creo que este siendo castigado.
- b. Creo que puedo ser castigado.
- c. Espero ser castigado.
- d. Creo que estoy siendo castigado.

7.

- a. No me siento decepcionado de mi mismo.
- b. Me he decepcionado a mi mismo.
- c. Estoy disgustado conmigo mismo.
- d. Me odio.

8.

- a. No creo ser peor que los demás.
- b. Me critico por mis debilidades o errores.
- c. Me culpo siempre por mis errores.

d. Me culpo de todo lo malo que sucede.

9.

a. No pienso en matarme.

b. Pienso en matarme, pero no lo haría.

c. Me gustaría matarme.

d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.

a. No lloro más de lo de costumbre.

b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.

c. Ahora lloro todo el tiempo.

d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11.

a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.

b. Las cosas me irritan mas que de costumbre

c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.

d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

12.

a. No he perdido el interés por otras cosas.

b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.

c. He perdido casi todo el interés por otras personas.

d. He perdido todo mi interés por otras personas.

13.

a. Tomo decisiones casi siempre.

b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.

- c. Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes.
- d. Ya no puedo tomar decisiones.

14.

- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
- c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
- d. Creo que me veo feo.

15.

- a. Puedo trabajar tan bien como antes.
- b. Me cuesta mas esfuerzo empezar a hacer algo.
- c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
- d. No puedo trabajar en absoluto.

16.

- a. Puedo dormir tan bien como antes.
- b. No puedo dormir tan bien como solía.
- c. Me despierto una o dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
- d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

17.

- a. No me canso más que de costumbre.
- b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
- c. Me canso sin hacer nada.

- d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18.

- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
d. Ya no tengo apetito.

19.

- a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
b. He rebajado más de dos kilos y medio.
c. He rebajado más de cinco kilos.
d. He rebajado más de siete kilos y medio.

20.

- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21.

- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Escala de Zarit

Paciente: _____

Fecha: _____

Parentesco: _____

A continuación se presentarán una serie de preguntas, por favor responda de la manera más sincera posible y asigne una puntuación de acuerdo con su elección de respuesta. Las opciones de respuesta con sus respectivos valores son los siguientes:

Nunca: 0

Casi nunca: 1

A veces: 2

Bastantes veces: 3

Casi siempre: 4

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 46

3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
6	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	
7	¿Siente que su familiar depende de usted?	
8	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
9	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
10	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
11	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	
12	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
13	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
14	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
15	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
16	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
17	¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?	

18	1	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
9	1	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
0	2	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
1	2	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, colocando una X en la opción que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor ponga sus iniciales: _____

Su fecha de nacimiento (día, mes, año): _____

Fecha de hoy (día, mes, año): _____

IT	PREGUNTAS A REALIZAR	En	M	Basta	Muc
EM		absol	uy	n	ho
		uto	p	nte	ho
			oco		
1	¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que				

	requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?				
2	¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?				
3	¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?				
4	¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?				
5	¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?				

Durante la semana pasada:

IT EM	PREGUNTAS A REALIZAR	En absolut o	M uy p oco	Basta nte	Muc ho
6	¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?				
7	¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?				
8	¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?				
9	¿Ha tenido dolor?				
10	¿Necesitó parar para descansar?				
11	¿Ha tenido dificultades para dormir?				
12	¿Se ha sentido débil?				

13	¿Le ha faltado el apetito?				
14	¿Ha tenido náuseas?				
15	¿Ha vomitado?				
16	¿Ha estado estreñido/a?				
17	¿Ha tenido diarrea?				
18	¿Estuvo cansado/a?				
19	¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?				
20	¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?				
21	¿Se sintió nervioso/a?				
22	¿Se sintió preocupado/a?				
23	¿Se sintió irritable?				
24	¿Se sintió deprimido/a?				
25	¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?				
26	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?				
27	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?				
28	¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?				

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted.

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6

7

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Anexo 2: Esquema de supervivencia de Moorey y Greer (1989)

Espíritu de lucha	Evitación- Negación	Fatalis mo, aceptación estoica	Desampa ro/ Desesper anza	Preocupac ión Ansiosa
----------------------	------------------------	---	------------------------------------	-----------------------------

Percepción

Diagnóstico	Reto	Sin amenaza	Poca Amenaza	Gran amenaza	Gran amenaza
Control	Moderad o	No se plantea	Sin control	Sin control	Incertidu mbre
Pronóstico	Optimist a	Optimista	Aceptac ión de desenlace	Pesimista	Incertidu mbre

Reacción

Afrontami ento	Búsqued a de información	Minimiza ción	Aceptac ión pasiva	Rendició n	Búsqueda de seguridad
Respuesta Emocional	Poca Ansiedad	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Depresió n	Ansiedad

Anexo 3: Protocolo de intervención psicoterapéutica

Para la ejecución de la intervención se tuvieron en cuenta dos guías de manejo, una para el paciente hospitalizado y otro para la atención por consulta externa

- Paciente de Hospitalización:

Primera sesión: Fase de encuadre y de atención en crisis.

Se expone el objetivo de la intervención por parte del terapeuta.

A partir de la información dada por el equipo interdisciplinario y por el mismo paciente y familiares se retoman aquellas preocupaciones, temores concernientes a su condición y a los cambios producidos en su estilo de vida y su familiar. Asistencia espiritual.

Se realiza una lista jerárquica de los problemas presentes teniendo en cuenta el control de síntomas afectivos, el dolor, el confort y la fase de duelo por la que pasa el paciente y su familia. También se valora el estilo de afrontamiento tanto del paciente como de su familia. El objetivo de este paso es buscar nuevas alternativas y soluciones a problemas urgentes y la búsqueda de apoyo social y/o institucional.

Segunda sesión: Fase de Psicoeducación

Se realiza psicoeducación acerca del proceso de duelo y duelo anticipado, teniendo en cuenta identificación previa de pensamientos, sentimientos, temores, conductas y estilos de afrontamiento asociados al pronóstico de cáncer. De este modo, se abordan los factores que podrían predisponer a un duelo complicado, los cuales se muestran a continuación en la tabla 1.

Tabla 3.

Factores que predisponen un duelo complicado

Respuestas Emocionales	Respuestas fisiológicas	Respuestas cognitivas
<i>Tristeza:</i> Comprensión y protección, no competencia.	Vacío en el estómago	<i>Incredulidad:</i> Primer pensamiento <i>Confusión:</i> Alteración en P. C.
<i>Enfado:</i> Frustración ante la muerte. Experiencia regresiva.	Opresión en el pecho Opresión en la garganta	<i>Preocupación:</i> Pensamientos intrusivos, sufrimiento del fallecido <i>Sentido de presencia:</i> Espacio y tiempo de los vivos.
<i>Ansiedad:</i> No poder cuidar de sí mismos. Conciencia de la propia muerte.	Hipersensibilidad al ruido Sensación de despersonalización	<i>Alucinaciones:</i> Experiencias ilusorias pasajeras. <i>Impotencia:</i> hacer lo que podía hacer.
<i>Soledad:</i> seguridad en casa.	Falta de aire	<i>Emancipación:</i> cambio de estatus.
<i>Apatía e indiferencia</i>	Debilidad Muscular	<i>Alivio:</i> descanso y culpa
<i>Culpa.</i>	Falta de energía Sequedad de boca. Fatiga	<i>Insensibilidad:</i> bloqueo de las emociones. <i>Miedos</i> asociados a la condición del paciente.

Tercera sesión: Soporte emocional

Se permite expresión de ideas y sentimientos con relación a la enfermedad con el fin de facilitar la ventilación emocional e identificar asuntos pendientes (problemas a resolver de carácter económico, legal o familiar).

Se explica de manera sencilla sobre la respuesta generada sobre una situación de crisis como la enfermedad. Se motiva a hablar de sus miedos y lo que está viviendo para llevarlo a una fase de aceptación sobre su condición, por lo que se manejan sentimientos de impotencia y culpa y el estilo de afrontamiento individual.

Cuarta sesión: Fase de cierre.

Se acompaña en la reestructuración de cierres retomando temas relacionados con los asuntos pendientes, cierres emocionales, cierres globales y asistencia espiritual.

Con respecto a los familiares se abordan asuntos funerarios y afrontamientos ante los mismos, manejo de ambivalencia afectiva, manejo de esperanza y cierres finales.

- Paciente de consulta Externa:

Primera sesión: Recoger información sobre el caso y elaborar la historia clínica.

Se realiza contención emocional teniendo en cuenta que la respuesta emocional es de dominio depresivo (llanto, decaimiento, incapacidad) por la existencia de una pérdida reciente.

Segunda sesión: Ampliar datos de la historia clínica.

Se profundiza en los datos relacionados en la historia clínica y en el conocimiento del paciente y su adaptación a la enfermedad. Se aplica el BDI y se realiza psicoeducación acerca del dolor. Exploración sobre creencias asociadas, tipo de afrontamiento y conductas objeto de evaluación. Teniendo en cuenta los datos anteriores se efectúa diagnóstico conforme al manual diagnóstico DSM-IV.

Tercera sesión: Identificar factores sociales asociados al control del dolor.

En esta sesión se confirma el diagnóstico antes planteado y se identifican factores psicosociales que intervienen en el manejo del dolor y resolver los problemas –resolución de problemas- asociados a los mismos. Además, se realiza control de síntomas.

Cuarta sesión: Control del dolor.

Se establece un patrón del dolor a intervenir. Ante ello se hace psicoeducación referente al dolor con el propósito de modificar aspectos evaluativos y atencionales de la percepción del dolor. Específicamente se realiza una explicación clara acerca del proceso del dolor con el objetivo de identificar y equiparar la realidad y corregir las distorsiones negativas que el paciente tiene de sí mismo y de su experiencia dolorosa, y aclarar el papel determinante asumiendo un rol activo en este proceso.

Quinta sesión: Desarrollar de habilidades para el control del dolor.

En esta sesión se emplean diferentes técnicas enfocadas en tres dimensiones: *Dimensión sensorial-discriminativa* que se utiliza para incrementar la respuesta de relajación entrenando en respiración profunda. La *dimensión emocional-afectiva* centrada en el control de la atención y empleo de la imaginación. La *dimensión cognitiva evaluativa* principalmente auto verbalizaciones se da en cuatro pasos: a. Preparación para la estimulación pasiva antes que sea intensa (“no debo preocuparme eso no ayuda”). b. Enfrentamiento y control (“debo relajarme y respirar profundamente”). c. Manejo de los sentimientos y respuestas emocionales (“No debo tratar de eliminar el dolor solo de hacerlo soportable”) d. Auto refuerzo y control (“muy bien, podré conseguirlo otras veces”). Refocalizar la atención para disminuir conductas de dolor.

Además, se propone la aplicación práctica: Es llevar a cabo las técnicas aprendidas en situaciones que se vayan pareciendo a condiciones ordinarias, utilizando la imaginación y las verbalizaciones en voz alta.

Sexta sesión: Desarrollo de recursos propios y valoración de alternativas existentes.

Se busca fortalecer y aumentar la percepción del paciente acerca de sí mismo y su capacidad de fortalecer su autoestima y autoeficacia, y reconocer y aceptar la responsabilidad para construir relaciones asertivas consigo misma y con los demás. También se desarrollan habilidades referentes a déficit personales hallados.

Séptima sesión: Fortalecer el control del dolor.

Se aplican estrategias generales que favorezcan la eficacia del tratamiento y lograr efectos de forma indirecta sobre el dolor permitiendo que se tome el control sobre éste y no lo contrario. Se modifica el concepto irracional que se tiene del dolor.

Octava sesión: Elaboración del proceso de duelo.

El objetivo es que el paciente tome conciencia de que la pérdida ha ocurrido de verdad; la persona querida está muerta y no volverá. Se formularán preguntas que se dirigen a hablar de: ¿dónde se produjo la muerte?, ¿Cómo fue?, ¿Dónde estaba cuando murió?, ¿Cómo fue el funeral?, todas relacionadas a circunstancias que rodearon la muerte. La idea es conocer los detalles de lo ocurrido con el fin de trabajar con los recuerdos dolorosos y en general evitar todas esas conductas que disminuyan la negación.

Novena sesión: Elaboración del proceso de duelo, facilitando mayor conciencia de la pérdida.

Animar al paciente a verbalizar, lo cual incluye hablar de los recuerdos e identificar sentimientos y expresarlos como: rabia, culpa, impotencia, etc. Se busca identificar hacia dónde está dirigida la rabia (si al propia paciente o a otro) y explicar que el enfado viene de la frustración y la sensación de impotencia y que lo que se está experimentando (depresión, culpa o disminución de la autoestima) es parte de perder una persona significativa.

Décima sesión: Elaboración del proceso de duelo, resolviendo el sentimiento de culpa.

Facilitar los detalles que rodearon la muerte para centrarse en la culpa y confrontarla con la realidad, con preguntas relacionadas a las circunstancias de la muerte según cada caso en particular.

Décima primera sesión: Elaboración del proceso de duelo, superando la ausencia.

Esta sesión va enfocada a facilitar la capacidad del paciente para vivir sin su familiar para tomar decisiones de manera independiente permitiendo una adaptación funcional.

Se le pide al paciente que traiga fotos de su pariente o un artículo (ropa o joya) y se le pide que le escriba una carta a su familiar expresándole pensamientos y sentimientos para ayudarla a superar obstáculos. Se busca que se haga contacto con sus emociones y para lograr un mejor resultado es útil utilizar la técnica gestalt de la silla vacía, para ayudarlo a resolver situaciones que quedaron pendientes y expresar sentimientos y cosas que necesita expresarle al pariente fallecido, pero en tiempo presente para que hable con su familiar en vez de hablar de él.

Décima segunda sesión: Elaboración del proceso de duelo, reubicación del pariente fallecido.

Facilitar la reubicación emocional del pariente en su vida. Ayudarlo a encontrar un lugar nuevo en su vida.

Décima tercera sesión: Elaboración del proceso de duelo, el adiós.

Se le pide al paciente que realice un libro de recuerdos de su pariente fallecida y en el que incluya la carta, dibujos, historias sobre acontecimientos familiares, para ayudarlo a elaborar el duelo con una imagen más realista de su pariente y reintegrar esa pérdida en su vida. Se inicia nuevamente con la técnica de la silla vacía, para ayudar al paciente a imaginar a su familiar visualizándolo en la silla y animándolo a decirle cosas que siente necesidad de decirle y a despedirse sintiéndose tranquilo(a) y seguro(a), retirando esa energía emocional para invertirla sanamente en la relación con sí mismo(a) y demás familiares.

Referencias

- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., De Haes, J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. y Takeda, F. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 82, 365-376.
- Alpuche, V., Ramos, B., Rojas, M. y Figueroa, C. (2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-245.
- Álvarez, T. (2001) *La muerte en la cultura occidental, aproximación al trabajo de morir*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Ariés, P. (1983) *El hombre ante la muerte*. España: Taurus Ediciones
- Arraras, J., Arias, F., Tejedor, M., Pruja, E., Marcos, E., Martínez y Valerdi, J. (2002). The EORTC QLQ-C30 (Versión 3.0) Quality of Life Questionnaires: validation study for Spain with head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11, 249-256.
- Callahan, D. (2000) Death and the Research Imperative. *New England Journal of Medicine*. 342, 654-656
- Cárdenas, J., Méndez, L. y Villegas, E. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3). 26-31.
- Cherby, N (2004) *The Challenge of Palliative Medicine*. USA: Oxford University Press
- Dagnino, J. (1994). Definiciones y Clasificaciones del Dolor. *Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile*, 23, 148-151

- Kubler-Ross, E. (2005). *Sobre la muerte y los moribundos*: Barcelona: Ramdon House Mondadori.
- Kahana, R., y Bibring, G. *Personality types in medical management*. En Zinberg (ed.), *Psychiatry and medical practice in a general hospital*. International Universities Press. Nueva York, 1964.
- Loeser, J. (2003) *Bonica Terapéutica del Dolor*, USA: Mc Graw- Hill
- Remor, E. Arranz, P. & Ulla, S. (2003). *Psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Desclee de Brouwer Bilbao.
- Ridruejo P., Medina A., & Rubio J. (1996). *Psicología médica*. Madrid: McGraw-Hill
- Vallejo, M. & Comeche, M. I. (1994). *Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid: Fundación Universidad Impresa
- Zarit, S., Reever, K. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Anexos.

ESCALA DE BECK

A continuación encontrará una serie de cuestiones que permitirán conocer sus sentimientos o emociones. En general, no existen contestaciones correctas o incorrectas, por que las personas tienen distintas formas de sentir o actuar y ven las cosas desde distintos puntos de vista. Conteste con sinceridad. Seleccione de cada grupo de frases aquella que mejor describa la forma como se siente actualmente.

1. a. No me siento triste
 b. Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de este estado
 c. Me siento triste
 d. Me siento triste e infeliz y ya no aguanto más

2. a. Siento que no hay esperanzas para mi futuro y que las cosas no pueden mejorar
 b. No hay nada por que luchar
 c. El futuro me desanima
 d. El futuro no me desanima especialmente

3. a. He fracasado más que la mayoría de las personas
 b. Al mirar atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
 c. No me siento como un fracasado
 d. Siento que soy un completo fracaso como persona

4. a. Estoy insatisfecho o aburrido con todo
 b. Ya no tengo ninguna satisfacción por las cosas
 c. No disfruto las cosas como antes
 d. Las cosas me satisfacen tanto como antes

5. a. Me siento culpable en bastantes ocasiones
 b. Me siento culpable todo el tiempo
 c. No me siento esencialmente culpable
 d. Me siento culpable la mayoría de las veces

6.
 - a. Espero ser castigado
 - b. No siento que me estén castigando
 - c. Siento que me están castigando
 - d. Siento que quizá puedo ser castigado

7.
 - a. Me odio a mí mismo
 - b. Estoy descontento conmigo mismo
 - c. Estoy descontento de mí mismo
 - d. No me siento descontento de mí mismo

8.
 - a. No me siento peor que otros
 - b. Me culpo por las cosas malas que suceden
 - c. Me autocrítico por mi debilidad y errores
 - d. Me culpo por mis fallas

9.
 - a. No tengo ningún pensamiento de suicidio
 - b. He pensado en suicidarme pero no lo haré
 - c. Desearía ponerle fin a mi vida
 - d. Me suicidaría si tuviera la oportunidad

10.
 - a. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga
 - b. Ahora lloro constantemente
 - c. Lloro más que antes
 - d. Lloro más de lo usual

11.
 - a. Me irrito o me enojo más fácilmente que antes
 - b. No estoy especialmente irritado
 - c. Ya no me irritan en absoluto las cosas que antes me irritaban
 - d. Ahora me siento irritado continuamente

12.
 - a. No he perdido el interés en otras personas
 - b. Me interesan las personas menos que antes
 - c. He perdido gran parte el interés en otros
 - d. He perdido todo el interés por los demás

13.
 - a. Evito más que antes tomar decisiones
 - b. Tomo mis propias decisiones igual que antes
 - c. Me es imposible tomar decisiones
 - d. Me cuesta más que antes tomar decisiones

14.
 - a. No creo tener peor aspecto que antes
 - b. Creo que tengo un aspecto horrible
 - c. Noto cambios constantes en mi apariencia que me hacen verme menos atractivo
 - d. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo

15.
 - a. No puedo hacer ningún trabajo
 - b. Tengo que obligarme a mí mismo a hacer cualquier cosa
 - c. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual empezar a hacer algo
 - d. Trabajo igual que antes

16.
 - a. No puedo dormir tan bien como antes
 - b. Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volverme a dormir
 - c. Puedo dormir tan bien como antes
 - d. Me despierto una o dos horas mas temprano de lo usual y me cuesta trabajo volverme a dormir

17.
 - a. No me siento más cansado de lo normal
 - b. Me canso más fácilmente que antes
 - c. Me canso cuando hago cualquier cosa
 - d. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa

18. a. Ahora he perdido totalmente el apetito
b. Mi apetito es peor ahora
c. Mi apetito no es tan bueno como antes
d. Mi apetito no ha disminuido
19. a. No he perdido peso últimamente Trato de perder peso comiendo poco
b. He perdido más de 2 y medio kg Si _____
c. He perdido más de 5 Kg No _____
d. He perdido más de 7 y medio Kg
20. a. Estoy preocupado por mi salud
b. Estoy tan preocupado por mis enfermedades que no puedo pensar en otra cosa
c. Me preocupan mucho mis enfermedades físicas y me cuesta trabajo pensar en otras cosas
d. Me preocupan mis problemas físicos como: dolores, malestares estomacales o estreñimiento
21. a. He perdido completamente el interés por el sexo
b. Estoy ahora más preocupado por el sexo
c. Estoy menos interesado en el sexo que antes
d. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual

Escala de Zarit

Paciente: _____

Fecha: _____

Parentesco: _____

A continuación se presentarán una serie de preguntas, por favor responda de la manera más sincera posible y asigne una puntuación de acuerdo con su elección de respuesta. Las opciones de respuesta con sus respectivos valores son los siguientes:

Nunca: 0

Casi nunca: 1

A veces: 2

Bastantes veces: 3

Casi siempre: 4

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
6	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	
7	¿Siente que su familiar depende de usted?	
8	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 65

9	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
10	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
11	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	
12	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
13	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
14	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
15	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
16	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
18	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
19	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
20	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
21	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, colocando una X en la opción que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor ponga sus iniciales: _____

Su fecha de nacimiento (día, mes, año): _____

Fecha de hoy (día, mes, año): _____

ITE	PREGUNTAS A REALIZAR	En	Muy	Basta	Muc
M		absoluto	poco	nte	ho
1	¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?				
2	¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?				
3	¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?				
4	¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?				

5	¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?				
---	---	--	--	--	--

Durante la semana pasada:

ITE	PREGUNTAS A REALIZAR	En absoluto	Muy poco	Bastante	Mucho
6	¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?				
7	¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?				
8	¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?				
9	¿Ha tenido dolor?				
10	¿Necesitó parar para descansar?				
11	¿Ha tenido dificultades para dormir?				
12	¿Se ha sentido débil?				
13	¿Le ha faltado el apetito?				
14	¿Ha tenido náuseas?				
15	¿Ha vomitado?				
16	¿Ha estado estreñado/a?				
17	¿Ha tenido diarrea?				
18	¿Estuvo cansado/a?				
19	¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?				

20	¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?				
21	¿Se sintió nervioso/a?				
22	¿Se sintió preocupado/a?				
23	¿Se sintió irritable?				
24	¿Se sintió deprimido/a?				
25	¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?				
26	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?				
27	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?				
28	¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?				

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted.

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6

7

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Anexo 2: *Esquema de supervivencia de Moorey y Greer (1989)*

	Espíritu de lucha	Evitación-Negación	Fatalismo, aceptación estoica	Desamparo/Desesperanza	Preocupación Ansiosa
Percepción					
Diagnóstico	Reto	Sin amenaza	Poca Amenaza	Gran amenaza	Gran amenaza
Control	Moderado	No se plantea	Sin control	Sin control	Incertidumbre
Pronóstico	Optimista	Optimista	Aceptación de desenlace	Pesimista	Incertidumbre
Reacción					
Afrontamiento	Búsqueda de información	Minimización	Aceptación pasiva	Rendición	Búsqueda de seguridad
Respuesta Emocional	Poca Ansiedad	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Depresión	Ansiedad

Anexo 3: *Protocolo de intervención psicoterapéutica*

Para la ejecución de la intervención se tuvieron en cuenta dos guías de manejo, una para el paciente hospitalizado y otro para la atención por consulta externa

- Paciente de Hospitalización:

Primera sesión: Fase de encuadre y de atención en crisis.

Se expone el objetivo de la intervención por parte del terapeuta.

A partir de la información dada por el equipo interdisciplinario y por el mismo paciente y familiares se retoman aquellas preocupaciones, temores concernientes a su condición y a los cambios producidos en su estilo de vida y su familiar. Asistencia espiritual.

Se realiza una lista jerárquica de los problemas presentes teniendo en cuenta el control de síntomas afectivos, el dolor, el confort y la fase de duelo por la que pasa el paciente y su familia. También se valora el estilo de afrontamiento tanto del paciente como de su familia. El objetivo de este paso es buscar nuevas alternativas y soluciones a problemas urgentes y la búsqueda de apoyo social y/o institucional.

Segunda sesión: Fase de Psicoeducación

Se realiza psicoeducación acerca del proceso de duelo y duelo anticipado, teniendo en cuenta identificación previa de pensamientos, sentimientos, temores, conductas y estilos de afrontamiento asociados al pronóstico de cáncer. De este modo, se abordan los factores que podrían predisponer a un duelo complicado, los cuales se muestran a continuación en la tabla 1.

Tabla 3.

Factores que predisponen un duelo complicado

Respuestas Emocionales	Respuestas fisiológicas	Respuestas cognitivas
<i>Tristeza:</i> Comprensión y protección, no competencia.	Vacío en el estómago	<i>Incredulidad:</i> Primer pensamiento
<i>Enfado:</i> Frustración ante la muerte. Experiencia regresiva.	Opresión en el pecho	<i>Confusión:</i> Alteración en P. C.
<i>Ansiedad:</i> No poder cuidar de sí mismos. Conciencia de la propia	Opresión en la garganta	<i>Preocupación:</i> Pensamientos intrusivos, sufrimiento del fallecido
	Hipersensibilidad al ruido	<i>Sentido de presencia:</i> Espacio y tiempo de los vivos.
		<i>Alucinaciones:</i> Experiencias

muerte. <i>Soledad</i> : seguridad en casa. <i>Apatía e indiferencia</i> <i>Culpa</i> .	Sensación de despersonalización Falta de aire Debilidad Muscular Falta de energía Sequedad de boca. Fatiga	ilusorias pasajeras. <i>Impotencia</i> : hacer lo que podía hacer. <i>Emancipación</i> : cambio de estatus. <i>Alivio</i> : descanso y culpa <i>Insensibilidad</i> : bloqueo de las emociones. <i>Miedos</i> asociados a la condición del paciente.
--	--	---

Tercera sesión: Soporte emocional

Se permite expresión de ideas y sentimientos con relación a la enfermedad con el fin de facilitar la ventilación emocional e identificar asuntos pendientes (problemas a resolver de carácter económico, legal o familiar).

Se explica de manera sencilla sobre la respuesta generada sobre una situación de crisis como la enfermedad. Se motiva a hablar de sus miedos y lo que está viviendo para llevarlo a una fase de aceptación sobre su condición, por lo que se manejan sentimientos de impotencia y culpa y el estilo de afrontamiento individual.

Cuarta sesión: Fase de cierre.

Se acompaña en la reestructuración de cierres retomando temas relacionados con los asuntos pendientes, cierres emocionales, cierres globales y asistencia espiritual.

Con respecto a los familiares se abordan asuntos funerarios y afrontamientos ante los mismos, manejo de ambivalencia afectiva, manejo de esperanza y cierres finales.

- Paciente de consulta Externa:

Primera sesión: Recoger información sobre el caso y elaborar la historia clínica.

Se realiza contención emocional teniendo en cuenta que la respuesta emocional es de dominio depresivo (llanto, decaimiento, incapacidad) por la existencia de una pérdida reciente.

Segunda sesión: Ampliar datos de la historia clínica.

Se profundiza en los datos relacionados en la historia clínica y en el conocimiento del paciente y su adaptación a la enfermedad. Se aplica el BDI y se realiza psicoeducación acerca del dolor. Exploración sobre creencias asociadas, tipo de afrontamiento y conductas objeto de evaluación. Teniendo en cuenta los datos anteriores se efectúa diagnóstico conforme al manual diagnóstico DSM-IV.

Tercera sesión: Identificar factores sociales asociados al control del dolor.

En esta sesión se confirma el diagnóstico antes planteado y se identifican factores psicosociales que intervienen en el manejo del dolor y resolver los problemas –resolución de problemas- asociados a los mismos. Además, se realiza control de síntomas.

Cuarta sesión: Control del dolor.

Se establece un patrón del dolor a intervenir. Ante ello se hace psicoeducación referente al dolor con el propósito de modificar aspectos evaluativos y atencionales de la percepción del dolor. Específicamente se realiza una explicación clara acerca del proceso del dolor con el objetivo de identificar y equiparar la realidad y corregir las distorsiones negativas que el paciente tiene de sí mismo y de su experiencia dolorosa, y aclarar el papel determinante asumiendo un rol activo en este proceso.

Quinta sesión: Desarrollar de habilidades para el control del dolor.

En esta sesión se emplean diferentes técnicas enfocadas en tres dimensiones: *Dimensión sensorial-discriminativa* que se utiliza para incrementar la respuesta de relajación entrenando en respiración profunda. La *dimensión emocional-afectiva* centrada en el control de la atención y empleo de la imaginación. *La dimensión cognitiva evaluativa* principalmente auto verbalizaciones se da en cuatro pasos: a. Preparación para la estimulación pasiva antes que sea intensa (“no debo preocuparme eso no ayuda”). b. Enfrentamiento y control (“debo relajarme y respirar profundamente”). c. Manejo de los sentimientos y respuestas emocionales (“No debo tratar de eliminar el dolor solo de hacerlo soportable”) d. Auto refuerzo y control (“muy

bien, podré conseguirlo otras veces”). Refocalizar la atención para disminuir conductas de dolor.

Además, se propone la aplicación práctica: Es llevar a cabo las técnicas aprendidas en situaciones que se vayan pareciendo a condiciones ordinarias, utilizando la imaginación y las verbalizaciones en voz alta.

Sexta sesión: Desarrollo de recursos propios y valoración de alternativas existentes.

Se busca fortalecer y aumentar la percepción del paciente acerca de sí mismo y su capacidad de fortalecer su autoestima y autoeficacia, y reconocer y aceptar la responsabilidad para construir relaciones asertivas consigo misma y con los demás. También se desarrollan habilidades referentes a déficit personales hallados.

Séptima sesión: Fortalecer el control del dolor.

Se aplican estrategias generales que favorezcan la eficacia del tratamiento y lograr efectos de forma indirecta sobre el dolor permitiendo que se tome el control sobre éste y no lo contrario. Se modifica el concepto irracional que se tiene del dolor.

Octava sesión: Elaboración del proceso de duelo.

El objetivo es que el paciente tome conciencia de que la pérdida ha ocurrido de verdad; la persona querida está muerta y no volverá. Se formularán preguntas que se dirigen a hablar de: ¿dónde se produjo la muerte?, ¿Cómo fue?, ¿Dónde estaba cuando murió?, ¿Cómo fue el funeral?, todas relacionadas a circunstancias que rodearon la muerte. La idea es conocer los detalles de lo ocurrido con el fin de trabajar con los recuerdos dolorosos y en general evitar todas esas conductas que disminuyan la negación.

Novena sesión: Elaboración del proceso de duelo, facilitando mayor conciencia de la pérdida.

Animar al paciente a verbalizar, lo cual incluye hablar de los recuerdos e identificar sentimientos y expresarlos como: rabia, culpa, impotencia, etc. Se busca identificar hacia dónde está dirigida la rabia (si al propia paciente o a otro) y explicar que el enfado viene de la

frustración y la sensación de impotencia y que lo que se está experimentando (depresión, culpa o disminución de la autoestima) es parte de perder una persona significativa.

Décima sesión: Elaboración del proceso de duelo, resolviendo el sentimiento de culpa.

Facilitar los detalles que rodearon la muerte para centrarse en la culpa y confrontarla con la realidad, con preguntas relacionadas a las circunstancias de la muerte según cada caso en particular.

Décima primera sesión: Elaboración del proceso de duelo, superando la ausencia.

Esta sesión va enfocada a facilitar la capacidad del paciente para vivir sin su familiar para tomar decisiones de manera independiente permitiendo una adaptación funcional.

Se le pide al paciente que traiga fotos de su pariente o un artículo (ropa o joya) y se le pide que le escriba una carta a su familiar expresándole pensamientos y sentimientos para ayudarla a superar obstáculos. Se busca que se haga contacto con sus emociones y para lograr un mejor resultado es útil utilizar la técnica gestalt de la silla vacía, para ayudarle a resolver situaciones que quedaron pendientes y expresar sentimientos y cosas que necesita expresarle al pariente fallecido, pero en tiempo presente para que hable con su familiar en vez de hablar de él.

Décima segunda sesión: Elaboración del proceso de duelo, reubicación del pariente fallecido.

Facilitar la reubicación emocional del pariente en su vida. Ayudarle a encontrar un lugar nuevo en su vida.

Décima tercera sesión: Elaboración del proceso de duelo, el adiós.

Se le pide al paciente que realice un libro de recuerdos de su pariente fallecida y en el que incluya la carta, dibujos, historias sobre acontecimientos familiares, para ayudarlo a elaborar el duelo con una imagen más realista de su pariente y reintegrar esa pérdida en su vida. Se inicia nuevamente con la técnica de la silla vacía, para ayudar al paciente a imaginar a su familiar visualizándolo en la silla y animándolo a decirle cosas que siente necesidad de decirle

y a despedirse sintiéndose tranquilo(a) y seguro(a), retirando esa energía emocional para invertirla sanamente en la relación con sí mismo(a) y demás familiares.

ESTUDIO DE CASO

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICO

Fecha: **XXXXXX de 2009**

Nombre: Ana Pérez

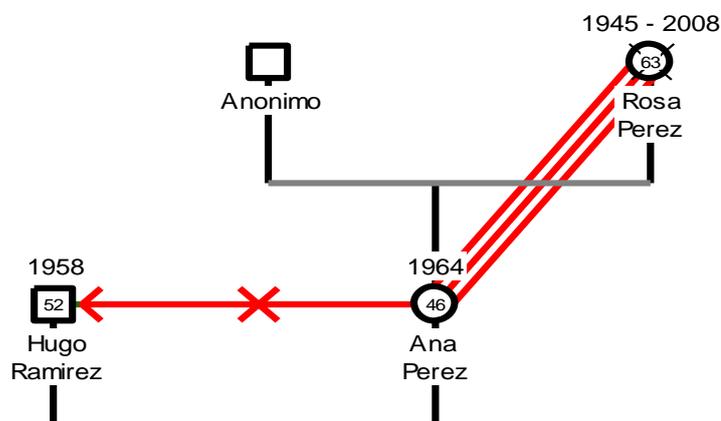
Edad: 46 Años

Escolaridad: Técnico

Profesión: Auxiliar de Enfermería pensionada por enfermedad.

Estado civil: Casada, sin hijos

2. GENOGRAMA



3. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que es remitido a psicología clínica de dolor por el médico debido a: posible compromiso emocional que agudiza el dolor.

“El doctor me envía con usted porque cree que estoy muy mal con esto que me ha pasado, el dolor al principio estaba controlado pero ahora es insoportable, creo que no puedo con el, antes tenía muchas fuerzas para luchar ahora no se qué ha pasado”.

4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA

1. Duelo complicado por la muerte de su mamá.
2. Pensamientos recurrentes de indefensión y otros compatibles con la tristeza.
3. Auto verbalizaciones negativas sobre el manejo del dolor.
4. Pautas y hábitos de alimentación poco saludables.
5. Sentimientos de frustración frente a la experiencia dolorosa y en cuanto a su relación conyugal.

La paciente viene presentando un duelo complicado por la muerte reciente de su mamá, elevando su malestar emocional generándole pensamientos de indefensión, culpa, bajo sentimiento de auto eficacia; experimentando conductas tales como: llanto, agitación, cansancio y aislamiento, no conductas de auto cuidado. De igual manera el ánimo deprimido aumenta en la paciente la sensibilidad hacia el dolor experimentado sentimientos de frustración frente al síndrome doloroso y hacia la relación de pareja y la búsqueda de atención y afecto por parte de su esposo que a su vez es reforzado por él. Todas estas conductas propenden a reducir el nivel de actividad (no participa en actividades sociales, no volvió a relacionarse con sus amigas) y el grado de discapacidad de Ana.

5. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Ana es hija única, nunca conoció a su padre, su niñez la vivió en Bucaramanga. Su madre cuando se entera que estaba embarazada huyó de sus padres y logra ubicarse aquí donde la contratan en una casa de familia como empleada doméstica. Ana estudia en un colegio oficial, viven con la

familia hasta que Ana cumple 14 años. Tenía un grupo de amigas con las cuales estudiaba y se reunían a compartir actividades recreativas y especialmente disfrutaba reunirse con ellas a cantar. Creció con ellas y se estrecho el vínculo a través del tiempo, y actualmente mantiene contacto con ellas. Cuando culmina su bachillerato logra cumplir el sueño de estudiar enfermería, en poco tiempo empieza a laborar y a pesar de las largas jornadas se siente contenta y se propone con el tiempo seguir estudiando para ascender de enfermera auxiliar a enfermera jefe. Pero sus sueños se ven truncados debido a la escasez económica y al poco tiempo que dispone para dedicarle tiempo a estudiar nuevamente. Ana conoce a Hugo (esposo) a los 29 años y se casan un año después. La pareja no logra concebir un hijo, sin embargo ellos lo toman con mucha calma y consideran que si no pueden tener hijos de forma natural no iban a considera ningún otro tratamiento. Ana trabaja 15 años en un hospital de la ciudad pero por un accidente en el trabajo es pensionada por invalidez. Desde la incapacidad laboral la paciente ha limitado la vida social llevándola al aislamiento y disminución de la calidad de redes de apoyo, Ana mantenía buenas relaciones con su familia política, después de la muerte de su mamá ella evita cualquier evento de tipo familiar y social, manifiesta una relación satisfactoria con su pareja, ella refiere que “él es comprensivo y que se preocupa por ella”. Actualmente con la muerte de su mamá Ana manifiesta que se ha vuelto agresiva e irritable con su esposo y refiere sentirse muy triste y prefiere estar sola. Solo considera salir para ir al cementerio a visitar a su mamá y asistir a las terapias a la clínica de dolor. Ya no va a la iglesia que regularmente visitaba y en la cual pertenecía al coro aunque reconoce que el grupo de oración ha sido un apoyo para ella.

6. CICLO DE VIDA

La infancia de Ana fue tranquila, con los inconvenientes propios de tener que convivir con los hijos de la familia en la cual su madre laboraba; se presentaba peleas debido a que Ana le cogía un juguete o rompía algo, generando una situación incómoda a su mamá y por ende castigándola para que no volviera a ocurrir, Sin embargo su madre nunca la maltrató al contrario trato de darle lo mejor siempre. La niña cursa la primaria el bachillerato en un colegio oficial, y cuando la niña cumple los 14 años la familia donde trabaja su mamá le pide a la señora que si quiere irse con ellos porque al esposo

de la señora lo trasladan para otra ciudad. La mamá de Ana decide no aceptar pensando en su hija y se ve obligada a buscar nuevamente trabajo y arriendan una habitación. La situación económica es precaria debido a el hecho de tener que pagar arriendo, y la inestabilidad laboral pues la madre de Ana empieza a trabajar por días y había días en que no tenía trabajo. Ellas recibían a veces ayuda de una gran amiga de la madre que cuando podía le prestaba plata y les llevaba mercado. La adolescencia de Ana transcurre normalmente, aunque se presentaban algunos conflictos con su mamá porque Ana le exigía que le comprara algún artículo o ropa y cuando salía del colegio le pedía a su mamá que viajaran a algún lado porque ella se aburría mucho. A pesar de que su mamá logra ubicarse mejor laboralmente trabajando casi toda la semana por días la actitud de la joven la entristecía mucho porque Ana dejaba de hablarle hasta por tres días; Sin embargo todos esos conflictos se lograban manejar debido a la intervención de la amiga de su mamá que Ana quería y respetaba mucho. Al terminar el bachillerato Ana logra matricularse en una escuela de enfermería y logra culminar satisfactoriamente. Al cabo de seis meses logra emplearse en un hospital reconocido de la ciudad, Ana se siente muy contenta y con la ayuda económica de su mamá se van a vivir a un apartamento aunque es pequeño se sienten más cómodas y tranquilas. Casi a los 30 años Ana después de un año de noviazgo y con la bendición de su madre decide casarse. Su mamá se va a vivir con ellos. Por petición de su hija su mamá deja de trabajar en casas de familia y se encarga de las labores de la casa de Ana. La hija le da una cuota mensual para sus gastos. Ana se siente muy agradecida y tranquila teniendo a su mamá cerca. Ana trabaja por 15 años en el hospital hasta el 2003 debido a un accidente de trabajo que ocurre cuando ella intentaba realizar un cambio de posición a un paciente, ella refiere que sintió “como un pinchazo en la espalda y desde entonces el dolor se convierte en su estilo de vida”. Ella es intervenida el 1 de marzo de 2004. Ana viene siendo tratada en la clínica de dolor desde hace 13 meses debido a una artrodesis de columna- laminectomía L5 S1, con controles mensuales con terapia multimodal para el dolor, inicialmente con buena respuesta pero desde hace seis meses el tratamiento no logra los efectos deseados dado que el dolor se ha vuelto incapacitante afectando su estado de ánimo.

7. CONTEXTO (FAMILIA, SOCIAL, OCUPACIONAL, RECURSOS EXTRÍNSECOS, SEXUAL, RECREACIONAL, ESTADO DE SALUD, ACADÉMICA).

Fue pensionada por invalidez lo cual ha reforzado el nivel de incapacidad de la paciente, la muerte de su mamá y la mala adaptación a la pérdida, expresada en un sufrimiento intenso presentando manifestaciones físicas (incremento en la ingesta, alteración de sueño, pérdida de energía), cognitivas (pensamientos de minusvalía, desesperanza, y otros) y afectivos. Dichos factores psicológicos asociados posiblemente han logrado afectar el afrontamiento de Ana hacia el dolor con sentimientos de indefensión que pueden incrementar el dolor, o la interacción con su pareja que lo refuerza, la incapacidad o limitación por su situación y bajo nivel de comunicación; condiciones del contexto que ayudan a incrementar la problemática.

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNOSTICO INICIAL

- Eje I. Depresión moderada asociada a enfermedad médica y posterior a duelo no resultado.
- Eje II. Rasgos de personalidad dependiente
- Eje III. Dolor crónico, radiculopatía.
Síndrome de espalda fallida.
Obesidad mórbida.
Trastorno metabólico.
- Eje IV. Esfera social, familiar y personal.
- Eje V EEGA 72 en el momento de la valoración

El duelo por la muerte de la madre ha incrementado los sentimientos de minusvalía, y el énfasis excesivo de la atención en las sensaciones dolorosas, aumentando el ánimo deprimido y las conductas evitativas así como el grado de discapacidad. Por su parte, en la relación con su esposo se evidencian comportamientos que podrían dar cuenta de la obtención de la ganancia secundaria (atención y afecto) los cuales son reforzados de forma permanente lo cual interfiere con la terapia.

9. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

OBJETIVO GENERAL

Acompañar en la elaboración del duelo disminuyendo las conductas disfuncionales y modificando pensamientos negativos que inciden en el estado de ánimo generando nuevos pensamientos adaptativos y funcionales, frente a la situación dolorosa, proporcionándole alivio a la sintomatología ligada a la enfermedad.

OBJETIVOS

- Facilitar la expresión emocional y la aceptación de sentimientos negativos hacia la muerte de la madre.
- Desarrollar asertividad incrementando su capacidad para expresar su opinión a personas significativas de su entorno.
- Favorecer el desarrollo de conductas de auto cuidado tendientes a mejorar su estado de salud incluyendo una mejor adherencia a la terapia multimodal de dolor.
- Realizar reestructuración cognitiva dirigidas a modificar los pensamientos de indefensión y minusvalía
- Mejorar el nivel de relación con su esposo disminuyendo las conductas de manipulación.

10. PLAN DE INTERVENCION

1. La reestructuración cognitiva donde se efectúan la modificación de pensamientos negativos y disfuncionales frente a la situación dolorosa, que le permiten tomar conciencia de ellos y por lo tanto evaluarlos y contrastarlos con evidencias reales.

2. La psicoeducación frente a los estilos de vida saludables, tendientes a incrementar las conductas de auto cuidado enseñándole a la paciente a cómo manejar nuevas pautas de afrontamiento positivas frente a la terapia de dolor y el seguimiento adecuado de la medicina.

3. Entrenamiento a la pareja en reforzamiento diferencial de otras conductas.

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD-TÉCNICA	JUSTIFICACIÓN
1	<p>Recoger información sobre el caso y elaborar La historia clínica.</p>	<p>Recolección de Información.</p> <p>Se realiza contención emocional teniendo en cuenta que la respuesta emocional es de dominio depresivo (llanto, decaimiento, incapacidad) y la existencia de una pérdida reciente (su madre) contactándola empáticamente y en silencio esperando a que se tranquilice para clarificar objetivos.</p>	<p>Datos de estudio.</p> <p>Manejo de crisis.</p>
2	<p>Ampliar datos de la HC</p> <p>Informar sobre el dolor.</p> <p>Profundizar en el conocimiento de la paciente y su adaptación a la enfermedad.</p>	<p>Indagación para profundizar sobre datos en HC</p> <p>Aplicación de Escala de Beck de Depresión.</p> <p>Puntuación 54 (Depresión grave)</p> <p>Psicoeducación acerca del dolor y explorar concepto de Ana acerca del significado del dolor para ella y su estrategia de afrontamiento frente a él. Además se busca la línea base de las conductas objeto de evaluación.</p>	<p>Datos de estudio y análisis.</p> <p>Dx por DSM IV</p> <p>Introducción en la triada del dolor.</p>
3	<p>Confirmar hipótesis diagnóstica</p> <p>Control de síntomas</p> <p>Identificar los factores sociales con el manejo del dolor.</p>	<p>Escala de Beck 47 p, EVA 8/10</p> <p>Por medio de una entrevista con su esposo se logró identificar los factores psicosociales que intervienen en el manejo del dolor de Ana (sentimientos de indefensión) que pueden</p>	<p>Controlar síntomas</p> <p>Restituir el equilibrio emocional.</p> <p>Favorecer la adaptación</p>

	<p>Mejorar el nivel de comunicación asertiva con el esposo</p>	<p>incrementar el dolor o las interacciones con él, teniendo en cuenta que él (esposo) puede reforzarlo y el objetivo es modificar esas consecuencias gratificantes que Ana obtiene con la conducta de dolor (atención y consentimiento) resolver los problemas derivados del exceso de manifestaciones de sufrimiento de la paciente. Además reforzar los lazos familiares y con los amigos y estimularla a ser capaz de expresar emociones, sentimientos y pensamientos en la relación de pareja y individualmente con respecto al dolor. El se compromete a involucrarla poco a poco en actividades del hogar y apoyarla para que reinicie las actividades sociales y con la posibilidad que reinicie sus estudios universitarios.</p>	<p>a las condiciones de la enfermedad.</p>
<p>4</p>	<p>Establecer un patrón de dolor Control de síntomas Hacer psicoeducación referente a dolor con el propósito de modificar aspectos evaluativos y atencionales de la percepción del dolor.</p>	<p>Control de síntomas 43, EVA 8/10 Se hizo una explicación clara acerca del proceso del dolor. El objetivo es identificar y equiparar la realidad y corregir las distorsiones negativas que la paciente tiene de sí misma y de su experiencia dolorosa, y aclarar el papel determinante asumiendo un rol activo en este proceso.</p>	<p>Controlar síntomas Evaluar expectativas y grado de motivación en la participación activa de Ana hacia el proceso de dolor.</p>

5	<p>Control de síntomas</p> <p>Adquirir habilidades específicas en afrontamiento hacia el dolor.</p> <p>Refocalizar la atención para disminuir las conductas de dolor.</p>	<p>Beck 43, EVA 5/10</p> <p>En esta fase se emplean diferentes técnicas:</p> <p>Dimensión sensorial-discriminativa que se utiliza para incrementar la respuesta de relajación entrenando en respiración profunda. La dimensión emocional-afectiva centrada en el control de la atención y empleo de la imaginación. La dimensión cognitiva evaluativa principalmente auto verbalizaciones se da en cuatro pasos: a. Preparación para la estimulación pasiva antes que sea intensa (“no debo preocuparme eso no ayuda”). B. Enfrentamiento y control (“debo relajarme y respirar profundamente”). C. Manejo de los sentimientos y respuestas emocionales (“No debo tratar de eliminar el dolor solo de hacerlo soportable”) d. Auto refuerzo y control (“muy bien, podré conseguirlo otras veces”). 3. Fase de aplicación práctica: Es llevar a cabo las técnicas aprendidas en situaciones que se vayan pareciendo a condiciones ordinarias, utilizando la imaginación y las verbalizaciones en voz alta.</p>	<p>Controlar síntomas</p> <p>Identificar patrones cognitivos y conductuales asociados con el dolor.</p>

<p>6</p>	<p>Controlar síntomas</p> <p>Aumentar los recursos propios (auto eficacia, autovaloración, autonomía) que posee la paciente y valoración de alternativas existentes.</p> <p>Entrenar en asertividad en la comunicación respecto a la relación con su esposo.</p>	<p>Beck 36, EVA 4/10</p> <p>Fortalecer y aumentar su percepción acerca de sí misma y su capacidad de fortalecer su autoestima, y reconocer y aceptar la responsabilidad para construir relaciones asertivas consigo misma y con los demás.</p> <p>Se trabaja con Ana en desarrollar habilidades referentes a la capacidad de manejo de las diferentes situaciones (autonomía) permitiendo un cambio en su estilo de comunicarse (de manipulación) por comunicación asertiva, entendiéndose que mejorando su manera de comunicarse y expresarse emocionalmente se beneficia su relación de pareja.</p>	<p>Controlar síntomas</p> <p>Fortalecimiento de habilidades de comunicación y fortalecimiento de su auto valía.</p>
<p>7</p>	<p>Control de síntomas</p> <p>Aplicar estrategias generales que favorezcan la eficacia del tratamiento y lograr efectos de forma indirecta sobre el dolor permitiéndole que tome el control sobre el dolor</p>	<p>Beck 33 , EVA 4/10</p> <p>Modificando el concepto que Ana tiene de dolor teniendo en cuenta que ella es parte activa y puede hacer algo con ese dolor donde antes creía que no tenía solución y con esa certeza de ella puede contribuir a mejorar su situación incrementando sus expectativas de auto eficacia y por ende su motivación de forma que sus actividades conductuales y</p>	<p>Controlar síntomas</p> <p>Elaboración en proceso de la experiencia dolorosa</p>

	y no lo contrario.	cognitivas sean mínimamente alteradas.	
8	<p>Acompañar en la elaboración del proceso de duelo.</p> <p>Facilitar la toma de conciencia de la paciente acerca la pérdida (muerte de su madre).</p>	<p>El objetivo es que Ana tome conciencia de que la pérdida ha ocurrido de verdad: la mamá está muerta y no volverá. Se formularán preguntas que se dirigen a hablar de su madre, ¿dónde se produjo la muerte? ¿Cómo fue? ¿Dónde estaba Ana cuando su madre murió? ¿Cómo fue el funeral? Circunstancias que rodearon la muerte. La idea es conocer los detalles de lo ocurrido para con el fin de evitar los recuerdos dolorosos y en general evitar todas esas conductas que disminuyan la negación.</p>	
9	Facilitar una conciencia cada vez mayor de la pérdida y del impacto en la vida de Ana.	<p>Animar a Ana a verbalizarlo incluye hablar de los recuerdos e identificar sentimientos y expresarlos como: rabia, culpa, impotencia etc. Se busca que Ana identifique la rabia hacia donde está dirigida (si a ella misma o a otro) y explicarle que el enfado viene de la frustración y la sensación de impotencia y que lo que ella está experimentando (depresión, culpa o disminución de la</p>	

		<p>autoestima) es parte de perder una persona tan significativa como su madre. Se le pregunta a Ana que echa de menos de su madre y que no echa de menos; el objetivo es equilibrar los sentimientos positivos y negativos para resolver el duelo de una manera adecuada.</p>	
10	<p>Retomar las circunstancias de la muerte para evaluar y resolver la culpa, y facilitar la conciencia de lo que Ana ha perdido.</p>	<p>Facilitar los detalles que rodearon la muerte de su madre para centrarnos en la culpa y confrontarla a Ana con la realidad con preguntas como: ¿Qué hiciste cuando tu madre estaba en cuidados intensivos? ¿Qué más hiciste? Para llevarla a entender que ella hizo lo que estaba a su alcance. Llevar a Ana a tomar conciencia de todos estos sentimientos le permiten experimentar el dolor (soledad, sensación de pérdida, miedo, enfado, culpa, tristeza) sentirlo y hacerlo de forma moderada para mitigar y atenuar el desbordamiento emocional, y que esto se logra con el tiempo aunque es difícil pueden continuar con su vida.</p>	
11	<p>Facilitar la capacidad de Ana para vivir sin su madre para tomar decisiones de manera</p>	<p>En esta sesión se le pide a Ana que traiga fotos de su madre o un artículo (ropa o joya) y se le pide que le escriba una carta a su</p>	

	<p>independiente permitiendo una adaptación funcional.</p>	<p>madre expresándole pensamientos y sentimientos para ayudarla a superar obstáculos. Se busca que Ana haga contacto con sus emociones y para lograr un mejor resultado es útil utilizar la técnica gestalt de la silla vacía. El objetivo es ayudarle a Ana a resolver situaciones que quedaron pendientes y expresar sentimientos y cosas que Ana necesita expresarle a su madre fallecida pero en el presente para que ella hable con su mamá en vez de hablar de su mama.</p>	
12	<p>Facilitar a Ana la reubicación emocional de su madre en su vida.</p>	<p>Ayudar a Ana a encontrar un lugar nuevo en su vida retomando su rol de esposa amorosa, y comprometida con su tratamiento recordándole que uno de los roles más importante es el de la toma de decisiones, donde Ana ha aprendido habilidades de afrontamiento y de toma de decisiones para poder asumir el papel que antes desempeñaba con su esposo y reducir el malestar emocional.</p>	<p>Controlar síntomas</p> <p>Elaboración en proceso de duelo</p>
13	<p>Animar a Ana a decirle a adiós a su madre y que ella se sienta cómoda retomando su vida.</p>	<p>Se le pide a Ana que realice un libro de recuerdos de su madre fallecida y en ella puede incluir la carta, dibujos, historias sobre acontecimientos familiares, para ayudar a Ana a elaborar el duelo con una imagen más realista de su mama para reintegrar esa pérdida en su vida.</p>	<p>Controlar síntomas</p> <p>Elaboración en proceso de duelo</p>

		<p>Se inicia nuevamente con la técnica de la silla vacía, para ayudar a Ana a imaginar a su mamá visualizándola en la silla y animándola a decirle cosas que siente necesidad de decirle y a despedirse de ella sintiéndose tranquila y segura, retirando esa energía emocional para invertirla sanamente en su relación con ella misma y su esposo.</p>	
--	--	--	--

SEGUNDO CASO

1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Fecha: XXXXXX

Nombre: Pedro Ramírez

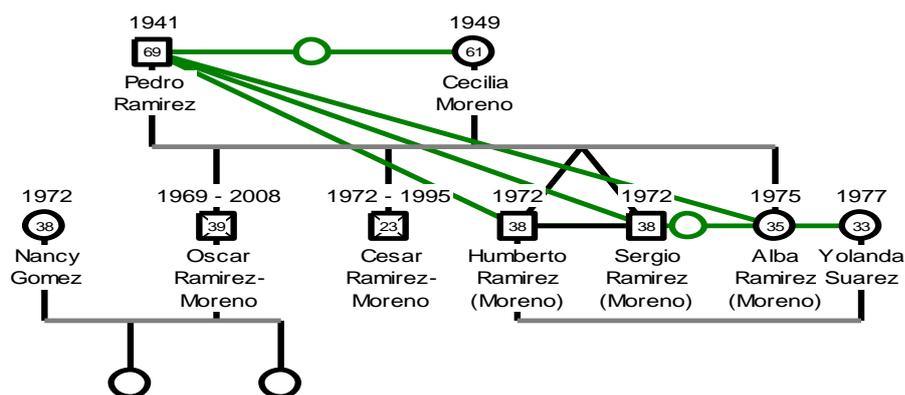
Edad: 69 años

Escolaridad: Profesional

Profesión: Ingeniero Químico Cesante

Estado civil: Casado

2. GENOGRAMA



3. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que es remitido a psicología clínica de dolor por el médico debido a posible compromiso emocional.

“la verdad doctora no sé porque el doctor me manda donde usted, mentalmente me siento bien y no creo estarme volviendo loco jajaja, lo que pasa es que a veces no duermo y he perdido un poco el apetito”. Se muestra colaborador, amable y empático, sin embargo es breve y lacónico en sus respuestas.

Dado que el paciente no proporciona información relevante se hace necesario hacer pasar a la hija acompañante a la cita, quien facilita la mayor información y refiere que su papá ha negado la ayuda y asistencia psicoterapéutica que se le ha sugerido desde la muerte del hijo mayor hace un año.

4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA

1. Duelo complicado por la muerte de sus hijos.
2. Actitud sobreprotectora y preocupación permanente acerca de la salud y bienestar de los hijos sobrevivientes y búsqueda de control de situaciones amenazantes referentes a bienestar físico de los mismos.

3. Afrontamiento pasivo y de evitación frente a las visitas de seguimiento y control de la terapia de dolor.

4. Disminución de actividades externas en familia y de carácter social.

El paciente viene presentando un duelo complicado caracterizado por una marcada disminución en el interés en casi todas las actividades la mayor parte del día y experimentando culpa (posiblemente hacia sí mismo) por estar vivo en lugar de sus hijos; asumiendo una actitud sobreprotectora hacia los otros hijos, y un afrontamiento pasivo frente a su experiencia dolorosa.

5. DESCRIPCION DE LA HISTORIA DE VIDA

Pedro es el tercero de una familia numerosa, sus padres tuvieron siete hijos de los cuales sobreviven cuatro, (dos mujeres y dos hombres). Su vida transcurrió en el puerto petrolero donde su padre trabajaba. Allí estudió la primaria y el bachillerato. Su familia era muy unida y le inculcaron a Pedro valores como: el compromiso, la disciplina y el respeto; condiciones que hicieron de él un excelente estudiante. Su carrera profesional la culminó en Bucaramanga. Pedro recuerda con alegría los paseos al río y las fiestas navideñas pues se reunían todos los tíos y primos y la pasaban bien. Al finalizar la ingeniería intenta entrar a trabajar en la empresa donde creció, considera que su promedio y su tesis son la mejor carta de presentación, efectivamente ingresa a laborar y cumple uno de sus grandes sueños. Al comienzo tuvo algunos inconvenientes con otros compañeros debido a que pasaban por alto sus órdenes y recomendaciones. Sin embargo con el tiempo gracias a su desempeño y efectividad es ascendido y se gana el respeto de sus compañeros.

En una reunión conoce a la que hoy es la esposa y a pesar de su timidez Pedro se acerca y le dice que le agradecería volver a verla. Su noviazgo dura dos años, se casan y se establecen en el Centro (Ecopetrol), la relación de pareja se basa en el respeto y la confianza. De esa unión nacen cinco hijos, cuatro varones y una mujer. Su familia lo enorgullece porque Pedro y su esposa le inculcaron a sus hijos la disciplina y la unión familiar. Su hijo mayor decide estudiar ingeniería de petróleos, el que le

sigue estudiando ingeniería industrial, uno de los gemelos estudia ingeniería química y el otro ingeniería metalúrgica, y la hija se inclina por la licenciatura en idiomas. Su hogar siempre fue un refugio para él, le gustaba viajar regularmente a la costa cuando sus hijos eran más pequeños.

Cuando Pedro se pensiona decide viajar a Europa con su esposa e hija. Cuando regresa con su hijo mayor decide tener una ferretería. Al principio fue duro pero eso lo mantenía ocupado y le gustaba ayudarlo a su hijo. Cuando Pedro tiene 54 años su hijo fue diagnosticado con leucemia, la enfermedad ya estaba avanzada y muere del cual le deja dos nietos. Desde ese día Pedro refiere: “ la vida perdió el sabor que tenía”. Su esposa y demás hijos se preocupan por distraerlo y hacerlo reintegrarse a la vida debido a que Pedro se niega a comer y su estado de ánimo decae notablemente. Por consenso de la familia deciden vender la ferretería. A pesar de los esfuerzos de su familia Pedro no logra recuperarse y evita hablar de su hijo muerto con su familia y amigos. Se siente incapaz de aceptar la muerte de su hijo y deja de frecuentar sus amigos. Las fiestas de fin de año para él ya no son lo mismo; se siente la mayor parte del tiempo triste, añorando a sus hijos, y se vuelve muy irritable.

A finales del 2007 su hijo de 41 años es diagnosticado con cáncer de próstata, y muere en el 2008. Desde la muerte de su segundo hijo Pedro se ha vuelto distante y con tendencia a la evitación de cualquier actividad familiar o social. Actualmente vive con su esposa y uno de los gemelos que es soltero, porque su hija menor vive hace tres años en los Estados Unidos.

6. CICLO DE VIDA

La niñez de Pedro fue tranquila y feliz, donde el juego y los amigos cobraron gran importancia para él. Le encantaba jugar al béisbol y a las escondidas. Recuerda haber tenido dos amigos que eran inseparables, y las mamás de sus amigos también se reunían de vez en cuando y se alternaban para realizar alguna actividad donde compartían los amigos. Él recuerda con alegría y gratitud los paseos, los juegos, las travesuras y las idas infaltables a la misa los domingos en familia.

En su adolescencia lo único que le preocupaba era estar muy delgado y aparentar menor edad de la que realmente tenía. Por eso se dedicó a estudiar y a ser el mejor de la clase para desviar la

atención de su delgadez y ya no ser el centro de apodos como “el esqueleto”. Se siente aliviado porque logra subir cuatro kilos en tres meses, sin embargo la alegría le dura poco porque el acné hace su aparición situación que lo perturba muchísimo. A la edad de los 15 años era muy angustioso, a pesar de que su mamá le hacía remedios caseros, le cambio la alimentación perdiendo el peso que había ganado, y a pesar de las constantes visitas a médicos, a los 17 años desaparece el acné y eso le devuelve a Pedro la seguridad que había perdido. Sintióse mejor con su apariencia personal y habiendo ingresado a la universidad Pedro establece un noviazgo con una prima de un compañero de universidad. Aunque todo el tiempo es para estudiar el trata de verla los fines de semana. A los 8 meses de noviazgo su novia le dice que se van para Medellín y se prometen escribirse pero con el tiempo la relación se acaba. El se dedica a estudiar y sacar el mejor promedio, y lo logra además le pone mucho empeño y dedicación a su tesis que fue laureada. Considera que esa era su gran oportunidad para aplicar a la empresa donde siempre había querido trabajar. Logra ingresar y labora por 25 años en Ecopetrol.

Se casa a la edad de 25 años y se establece en el Centro (Ecopetrol). Allí se desempeña con mucho éxito, y sus hijos (cinco en total) estudian la primaria y el bachillerato. Es pensionado a la edad de 50 años, con su esposa en hijos deciden irse a vivir a Bucaramanga. Aquí realizan los estudios universitarios sus hijos. Pedro considera que a la edad de 50 años está muy joven y junto con su hijo mayor compran una ferretería que atienden ellos mismos. Al cabo de cuatro años ya habían recuperado lo que habían invertido. Pero todo cambia cuando su hijo mayor le diagnostican leucemia. Su esposa y él deciden dedicarle todo el tiempo a su hijo; la enfermedad estaba muy avanzada y su hijo muere. Al poco tiempo vende la ferretería. Actualmente Pedro refiere “ No me he recuperado la muerte de mi hijo mayor y muere mi otro hijo de esa enfermedad monstruosa llamada “cáncer” y dice: “la vida me ha arrancado el corazón a pedazos”.

7. CONTEXTO (FAMILIA, SOCIAL, OCUPACIONAL, RECURSOS EXTRÍNSECOS, SEXUAL, RECREACIONAL, ESTADO DE SALUD, ACÁDEMICA).

El paciente centra sus preocupaciones en la añoranza de sus hijos muertos, y manifiesta pensamientos recurrentes acerca de que los otros hijos puedan sufrir cáncer, a nivel social tiene conductas evitativas y de aislamiento (ya no frecuenta a sus amigos ni el club que asiduamente asistía) no participa en eventos recreativos; incidiendo notablemente en su estado de ánimo deprimido y descuidando su salud exacerbando los síntomas físicos, desviando el tratamiento en curso en cuanto a la terapia de dolor. Pedro encuentra en su familia una red de soporte afectivo y social siendo esta su mayor marco de referencia.

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INCLUIDA EL DIAGNÓSTICO DEL DSM-IV.

DIAGNÓSTICO INICIAL

Eje I: Trastorno depresivo mayor sin síntomas psicóticos

Eje II: No identifica

Eje III: Dolor crónico,

Reflujo Gastroesofágico,

Diabetes no insulino dependiente,

Hipertensión arterial

Dislipidemia

Eje IV: Duelo

Eje V: EEAG 70

El doble duelo complicado por la muerte de sus hijos se ha convertido en un factor de bloqueo emocional debido a que las reacciones normales de una pérdida tan significativa nunca fueron elaboradas, y Pedro reaviva nuevamente esos sentimientos y emociones. El hecho de seguir viviendo le recuerda y le afianza la culpa orientada posiblemente hacia él, no permitiéndole retirar esa

energía emocional e invertirla en continuar con su propia vida. Las respuestas desadaptativas frente al duelo pueden explicarse a partir de la historia familiar caracterizada por un marcado vínculo que lo lleva a valorar excesivamente las relaciones familiares llevándolo incluso al descuido de su propia salud.

9. OBJETIVOS TERAPEÚTICOS

Objetivo general

Facilitar la elaboración del duelo integrando la pérdida para lograr la aceptación de la muerte de sus hijos, disminuyendo los estados de ánimo adverso, para favorecer la adaptación personal y social, y una mejor disposición para el manejo del dolor y la salud.

Objetivos

1. Promover la aceptación realista de las pérdidas afectivas.
2. Promover conductas de auto cuidado para prevenir el deterioro de su salud
3. Incrementar conductas de distracción (conversaciones, paseos, acorde a los gustos de Pedro), para incrementar conductas de agrado que lo lleven a recuperar la capacidad de disfrute.
4. Facilitar la expresión y manejo de emociones para mejorar las relaciones dentro de la familia.

TRATAMIENTO

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD-TÉCNICA	JUSTIFICACIÓN
1	Remisión a consulta Historia clínica.	Recolección de Información.	Datos de estudio.
2	Valoración, Profundizar datos HC Informar sobre el dolor.	Indagación para profundizar sobre datos en HC, con hija Aplicación de Escala de Beck de Depresión. Puntuación 60 (Depresión	Datos de estudio y análisis. Dx por DSM IV Introducción en la

	Encuadre.	grave) Psicoeducación sobre dolor, el objetivo es explicar al paciente en qué consiste el dolor y aclarar el papel determinante del concepto que se haga del mismo.	triada del dolor.
3	Confirmación de hipótesis y diagnóstico Establecer redes de apoyo familiar que le permitan desarrollar actividades para incrementar una vida funcional y activa.	El objetivo de la entrevista es aclarar la importancia de no reforzar en Pedro esa conducta de aislamiento y evitación y acompañarlo la mayor parte del tiempo involucrando en alguna actividad del hogar, proporcionándole un encuentro agradable compartido (viendo una película, escuchando música, leyendo un libro). La hija se comprometió a involucrarlo poco a poco en actividades del hogar y compartir y motivarlo a disfrutar de actividades que antes disfrutaba como los mencionados anteriormente; y apoyarlo para que reinicie las actividades sociales.	Elaboración en proceso de duelo
4	Hacer psicoeducación con el fin que la paciente interiorice que existe el duelo como reacción natural ante una pérdida. Explicar las etapas del duelo y los diferentes	Se hizo una explicación clara acerca del proceso de duelo. Se facilitó un libro para que leyera, "De cara a la muerte" de Issa Fonnegra de Jaramillo.	Elaboración en proceso de duelo

	tipos.		
5	<p>Control de síntomas</p> <p>Acompañar en la elaboración del proceso de duelo.</p> <p>Facilitar la expresión de las circunstancias que condujeron a la pérdida por la muerte de sus hijos.</p>	<p>Beck 47, EVA 5/10</p> <p>Su objetivo básico consiste en reducir la tendencia del paciente a la evitación de recuerdos dolorosos (eventos, pensamientos, sentimientos, etc) y situaciones ansiógenas externas; para que así pueda habituarse a ellos, o "procesarlos" (elaborarlos). Así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivar a Pedro a que hable de las circunstancias que condujeron a la pérdida, su reacción a estas, y el papel que cree que desempeñó en la misma (atribuciones). 2. Motivar a don Pedro a que hable de su hijo y su historia relacional con ella, con todos sus altibajos, por sentir afectada su salud, utilizando apoyos físicos (fotografías y otros recuerdos) para esta labor. 3. Una vez que va cediendo la idealización de la relación, se pueden examinar las situaciones relacionales 	<p>Controlar síntomas</p> <p>Elaboración en proceso de duelo</p>

		que produjeron rabia, culpa, anhelo, o tristeza, e introducir alternativas a su conceptualización (desde un punto de vista más reciente: retribuciones y construcciones alternativas).	
6	Facilitar una conciencia cada vez mayor de las pérdidas y del impacto que ha tenido en su vida.	Alentar a Pedro a verbalizarlo incluye hablar de los recuerdos e identificar sentimientos y expresarlos como: angustia, impotencia, ira etc. El objetivo es que Pedro identifique hacia dónde está dirigida la rabia (si hacia el, o hacia el hecho de seguir viviendo). Y explicarle que el enfado, la rabia vienen de la frustración y sensación de impotencia y que esas emociones negativas que está sintiendo (tristeza, culpa, añoranza, sensación de vacío) es parte de perder a personas tan significativas como sus hijos. Se le hace dos preguntas a Pedro: ¿Qué echa de menos de tus hijos y que no echa de menos de ellos? Se busca equiparar los sentimientos tanto negativos como positivos para resolver el duelo de una manera adecuadas.	Elaboración en proceso de duelo

7	<p>Retomar las circunstancias de las muertes para evaluar y resolver la culpa, y facilitar la conciencia de lo que Pedro a perdido.</p>	<p>Facilitar los detalles que rodearon la muerte de sus hijos para centrarnos en la culpa y confrontar a Pedro con la realidad haciéndole preguntas como: ¿Qué hiciste cuna supiste el diagnóstico de tus hijos? ¿Lo acompañaste en todo el proceso de la enfermedad a los dos? ¿Qué más hiciste? Para llevarlo a entender que él hizo lo que estaba humanamente a su alcance. El objetivo es la toma de conciencia que todos esos sentimientos y emociones (soledad, tristeza, ira, impotencia) le permitieron experimentar el dolor profundo de una pérdida tan significativa es normal sentirlo sin embargo es necesario continuar con la vida y aunque sea difícil se logra con el tiempo.</p>	<p>Elaboración en proceso de duelo</p>
8- 10	<p>Facilitar la capacidad de Pedro de vivir sin sus hijos sin sentir culpa por su propia existencia, asumiendo su realidad asertivamente y con responsabilidad y autonomía en cuanto su</p>	<p>En esta sesión se le pide a Pedro que traiga algunos objetos preferido de sus hijos o fotografías de ellos, y se le pide que les escriba a cada uno por separado una carta expresando sentimientos y emociones que surgen para ayudarlo a superar situaciones que están bloqueándole emocionalmente y superarlos. El objetivo es que Pedro haga</p>	<p>Controlar síntomas Elaboración en proceso de duelo</p>

	<p>proceso médico.</p> <p>Facilitar a Pedro la reubicación emocional de sus hijos en su vida.</p> <p>Animar a Pedro a decirle adiós a sus hijos y que se sienta cómodo, tranquilo retomando su vida.</p>	<p>contacto con sus propias emociones y para lograr un mejor resultado es útil utilizar la técnica gestalt de la silla vacía. Se busca que Pedro a resolver situaciones que quedaron pendientes y expresar sentimientos y situaciones por resolver con sus hijos para que el hable con sus hijos en el presente y no como lo venía haciendo (evitando hablar de ellos y en pasado). Esta técnica se hace por separado teniendo en cuenta que son dos hijos y se prolonga un poco más de lo previsto pero se logra con mucho éxito.</p> <p>Alentar a Pedro a encontrar un lugar en su nueva vida incursionando en el rol social que desempeñaba exitosamente, y retomando su relación de pareja, donde la armonía y la unión fueron valores que fortalecieron su matrimonio, y asumiendo un rol activo en su tratamiento utilizando mecanismos de afrontamiento asertivos y encaminando su vida a un estilo de vida donde el disfrute y el placer y las conductas de auto cuidado son indispensables para reducir su malestar emocional y tener una mejor adherencia al tratamiento de dolor.</p>	
--	--	--	--

10	<p>Alentar a Pedro a decirle adiós a sus hijos y que se sienta cómodo y sin culpa al retomar su vida.</p>	<p>Se le pide a Pedro que realice un libro de “recuerdos” de sus hijos fallecidos, dónde el pueda incluir, fotos, dibujos, historias sobre acontecimientos familiares, datos relevantes y significativos en la vida de sus hijos y la carta que él escribió en la sesión anterior. El objetivo es ayudarlo a elaborar el duelo con una imagen más realista de sus hijos para reintegrar esas pérdidas en su vida. Se inicia nuevamente con la silla vacía, el propósito es lograr que Pedro exteriorice sentimientos y emociones y cierre situaciones que en el pasado no terminaron de elaborarse, y animarle a que se despidiera de ellos sintiéndose tranquilo y libre de culpa, retirando esa energía emocional para invertirla en él mismo y con sus amigos.</p>	
----	---	---	--

13	<p>Animar a Ana a decirle adiós a su madre y que ella se sienta cómoda retomando su vida.</p>	<p>Se le pide a Ana que realice un libro de recuerdos de su madre fallecida y en ella puede incluir la carta, dibujos, historias sobre acontecimientos familiares, para ayudar a Ana a elaborar el duelo con una imagen más realista de su mamá para reintegrar esa pérdida en su vida. Se inicia nuevamente con la técnica de la silla</p>	<p>Controlar síntomas</p> <p>Elaboración en proceso de duelo</p>
----	---	---	--

		vacía, para ayudar a Ana a imaginar a su mamá visualizándola en la silla y animándola a decirle cosas que siente necesidad de decirle y a despedirse de ella sintiéndose tranquila y segura, retirando esa energía emocional para invertirla sanamente en su relación con ella misma y su esposo.	
--	--	---	--

ESTUDIO DE CASO

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha: **XXXXX de 2009**

Nombre: Carmen Alicia

Edad: 46 Años

Escolaridad: Primaria

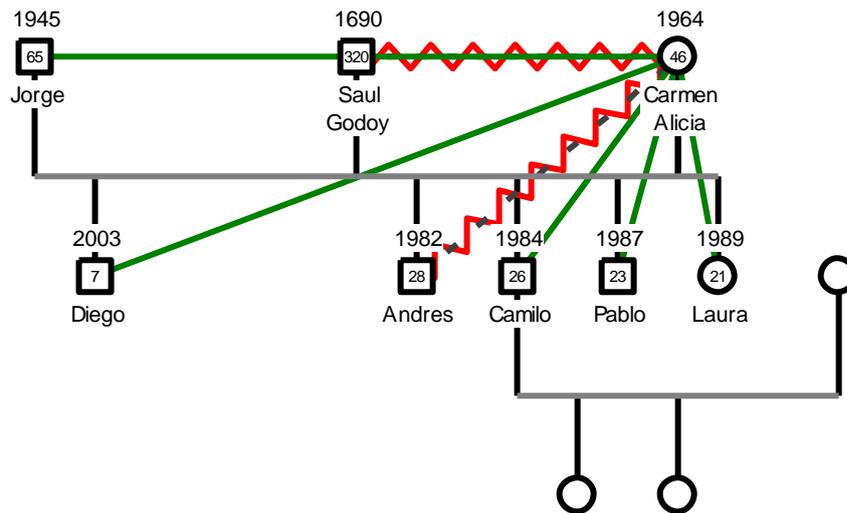
Profesión: Ama de casa

Estado civil: Soltera, con hijos

2. MOTIVO DE CONSULTA

“A veces siento que ya no tengo fuerzas para seguir adelante, es muy duro luchar con esta enfermedad”.

3. GENOGRAMA



4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA.

- Tristeza y sentimientos negativos (ira, impotencia, frustración) ante fase inicial de la enfermedad.
- Llanto, cansancio y pensamientos de minusvalía y preocupación recurrente ante posible desenlace de la enfermedad con respecto a que va a pasar con sus hijos especialmente con el más pequeño.
- Percepción de fracaso y anticipación negativa hacia el afrontamiento de la enfermedad y los tratamientos.

5. DESCRIPCION DE LA HISTORIA DE VIDA

Carmen nació en la Esperanza (Norte de Santander), tuvo una sola hermana. No conoció a su papá debido que lo mataron antes de que ella naciera. Se crió con el abuelo y tíos (hermanos de la madre). Los familiares hermanos del papá para verla a Carmen cuando era niña se escondían en los matorrales para que los tíos y el abuelo no se enteraran. Su vida transcurre en la finca de los abuelos donde ella tenía que trabajar cocinando, ordeñando y llevando almuerzos a los obreros. La mamá vivía en Saravena y se desentendió totalmente de su hija. A los 15 años se vino a trabajar a Bucaramanga, a los 17 años se enamora y de esa relación nace su primer hijo, la relación no funciona debido a la irresponsabilidad del padre con Carmen, ella decide dejarlo, sin embargo el se lleva a su hijo que ya tenía dos años. Luego de un tiempo conoce al padre de sus otros hijos y con el convive 17 años en la

Esperanza; al cabo de un tiempo se fueron a trabajar a Barranca donde laboraban en fincas. Su compañero la maltrataba física y verbalmente a ella y un sobrino que le colaboraba en las labores de la finca, el sobrino desesperado decide contarle a la guerrilla.

Para (1994) la guerrilla controlaba esa región y Carmen y su sobrino habiendo notado que faltaba ganado y que cuando ella le preguntaba a su pareja por las cuentas él se volvía agresivo y evasivo, ella cansada decide enfrentarlo con mucho miedo pero sospechando que él estaba tramando algo grave. Ese día llega a las 4 p.m y Carmen sospecha que su pareja estaba planeando mandar a matar al dueño de la finca diciéndole a los guerrilleros que el propietario de la finca era un traidor y que los odiaba para que ellos vinieran a buscarlo y matarlo. Ella pone sobre aviso al dueño de la finca y cuando ellos llegan a la finca el trata de convencerlos que el siempre los ha recibido y ha pagado y colaborado en todo lo que ellos le solicitan; a pesar de todo logra convencerlos. Misael (la pareja de Carmen) logra escapar al saber que la guerrilla ahora lo está buscando a él. Debido al miedo y las medidas que pudieran tomar contra ella, Carmen se viene a trabajar a Bucaramanga a administrarle un restaurante a un tío que la quería mucho. Dos años dura trabajando allí, el dueño de la finca en Barranca la contacta nuevamente y le pide que vuelva a trabajar con él, ella llega a organizar todo, debido a esto empieza a tener problemas con los trabajadores antiguos, pero ella estaba respaldada por el dueño y logra mejorarlo todo. En ese tiempo ya estaban los paramilitares en esa zona y llegaban a las fincas y se identificaban y pedían lo que necesitaban. Carmen logra ganarse la confianza de ellos y reconoce que cuando ellos saludaban como “hola compañera” ella no podía responderles igual porque le podía constar la muerte. El ganadero dueño de la finca se sentía muy agradecido con Carmen debido a que ella evito que lo mataran y le fue cogiendo mucho cariño y con al pasar el tiempo ellos deciden vivir en pareja, con el que también tiene un hijo, el menor de seis años. A raíz de la violencia ellos deciden venirse a vivir a Bucaramanga.

6. CICLO DE VIDA

Carmen tuvo una infancia dura, pues desde muy pequeña le tocaba trabajar en las labores agrícolas sin importar las largas jornadas ella le tocaba salir a vender y cocinar y repartir los almuerzos para los trabajadores.

Su madre prácticamente la abandona dejándola al cuidado de sus hermanos y abuelo de la niña. Su adolescencia (12 años) realiza arduas labores como levantarse a la 1 a.m y 3 a.m para ordeñar y luego cocinar para los empleados y salir al pueblo a vender. A los 15 años se viene a trabajar a Bucaramanga en una casa de familia y labora por cuatro años. A los 17 años tiene su primer novio y queda embarazada de su primer hijo; se desilusiona al ver a su novio con su prima y decide dejarlo, él le dice que se lleva a el niño que tenía dos años. A los 19 años conoce a Misael con el que convive 17 años y tiene dos hijos. El la abandona dejándola con sus dos hijos huyendo de la guerrilla y no lo vuelve a saber de él. El logra escapar, sin embargo Carmen que ya tenía 36 años tiene que asumir la responsabilidad por sus hijos. Después de esa situación tan grave Carmen decide venirse a trabajar con un tío; él para ayudarla le pide que le administre un restaurante y además porque confiaba plenamente en ella. El dueño de la finca donde Carmen trabajó la contacta y sintiéndose muy agradecido con ella le pide que vuelva a trabajar con él y le ofrece un buen sueldo. Ellos empiezan a tener una relación y deciden irse a vivir, actualmente el es su pareja y tienen un niño de seis años.

7. CONTEXTO (FAMILIA, SOCIAL, OCUPACIONAL, RECURSOS EXTRÍNSECOS SEXUAL, RECREACIONAL, ESTADO DE SALUD).

El impacto de la enfermedad y las repercusiones en su entorno familiar ha implicado cambios significativos en Carmen y en su familia, teniendo inicialmente una mala adaptación con una pobre percepción de control, acorde a sus vivencias previas de difícil manejo en la interacción con los profesionales de la salud; y las expectativas generadas alrededor de los tratamientos y procedimientos en torno a su proceso médico. Debilitándole posiblemente los recursos propios no permitiéndole afrontarlo adecuadamente, para poder avanzar en el proceso de adaptación en esta fase de la enfermedad.

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Eje I. Depresión moderada asociada a enfermedad medica.
- Eje II. Rasgos de personalidad dependiente
- Eje III. Carcinoma peri-ampular.
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado
- Eje IV. No identifica
- Eje V EEGA 72 en el momento de la valoración

El diagnóstico de la enfermedad desencadena un desbordamiento emocional inicial tendiente a la negación de la realidad, evolucionando a una fase depresiva con sentimientos de (tristeza, pesimismo, desesperación) incrementando la pérdida de control y seguridad asumiendo progresivamente una desadaptación emocional hacia la enfermedad afectando considerablemente su calidad de vida.

9. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Objetivo general:

Superar el proceso de desfase inicial normalizando las reacciones emocionales aumentando la percepción de control y disminuyendo las percepciones amenazantes, potenciando el autoestima para favorecer el proceso de adaptación, con el propósito de enfrentar gradualmente las implicaciones de la enfermedad en todas sus fases.

Otros objetivos:

- Aumentar la percepción de control a través de información realista que le permita a la paciente asumir las secuelas y el impacto de la enfermedad en su vida.
- Fomentar actividades externas gratificantes que fortalezca su sensación de seguridad.
- Fomentar la expresión de sentimientos y compartirlos con la familia facilitando el apoyo mutuo.

- Afrontar las emociones asociadas a los miedos asociados a la progresión de la enfermedad, los efectos de los tratamientos y la efectividad de los mismos para favorecer una actitud más optimista.
- fortalecer la confianza en los procedimientos y en el personal médico.

10. PLAN DE INTERVENCION

1. La reestructuración cognitiva donde se efectúan la modificación de pensamientos negativos y disfuncionales frente a el proceso de la enfermedad en todas su fases, que le permiten tomar conciencia de ellos y por lo tanto evaluarlos y contrastarlos con evidencias reales.

2. La psicoeducación frente a los estilos de afrontamiento y proceso de adaptación funcional, tendientes a incrementar las conductas de auto cuidado enseñándole a la paciente a cómo manejar nuevas pautas para aumentar la capacidad de un afrontamiento adaptativo y favoreciendo una actitud más realista, que le permita vivir con calidad de vida.

	OBJETIVO	ACTIVIDAD-TÉCNICA	JUSTIFICACIÓN
1	Remisión a consulta Historia clínica.	Recolección de Información. Se realiza psicoterapia de apoyo, se facilita la expresión emocional.	Datos de estudio.
2	Valoración, Profundizar datos HC	Indagación para profundizar sobre datos en HC Aplicación de Escala de Beck de Depresión. Puntuación 47 (Depresión grave).	Datos de estudio y análisis.

3	<p>Confirmar hipótesis y diagnóstico.</p>	<p>Se profundiza en el conocimiento de la paciente y su adaptación a la enfermedad.</p> <p>A partir de la información dada se retoman aquellas preocupaciones o dudas de la vida diaria y los cambios producidos en su estilo de vida.</p>	<p>Conocer el impacto de la enfermedad y de los tratamientos a nivel físico y social.</p>
4	<p>Realizar una lista jerárquica de los problemas presentes colocando en primer lugar la salud.</p>	<p>Se busca identificar otras opciones de solución a los problemas urgentes y la búsqueda de apoyo social y familiar.</p> <p>Se realiza una entrevista con la pareja de Carmen para facilitar el soporte mutuo entre paciente y familia por medio de una comunicación clara, honesta de modo que ella pueda afrontar el pronóstico y el tratamiento y la enfermedad de la mejor forma posible.</p>	<p>Priorizar y buscar alternativas que faciliten enfrentarse a una situación de crisis como es la enfermedad.</p>
5	<p>Identificar sentimientos, conductas y estilo de afrontamiento ante el diagnóstico, tratamientos y pronóstico.</p>	<p>Su objetivo básico consiste es identificar y rectificar percepciones erróneas, anticipaciones pesimistas, mediante la reestructuración cognitiva generando pensamientos positivos centrados en el aquí y ahora en lo que se puede hacer, favoreciendo la percepción de control; de tal modo</p>	<p>Se busca movilizar recursos para lograr una mejor adaptación a una situación cambiante y de alto riesgo.</p>

		que disminuya el sufrimiento y facilite el proceso de adaptación.	
6	Identificar que situaciones le generan estrés y .ansiedad.	Se realiza psicoeducación y se le explica de manera clara sobre la respuesta corporal generada ante situaciones estresantes, y le explico la respuesta de relajación. Se le informa sobre el impacto en el sistema fisiológico de la respuesta de relajación natural identificando el grado de relajación subjetiva obtenida (0 a 10) y los recursos utilizados. Se refuerza positivamente a utilizarla en situaciones que le temor (procedimientos como la radioterapia).	
7	Identificar pensamientos alternativos que le ayuden a adaptarse a la enfermedad y las secuelas de la radioterapia.	Se le pide hacer una lista de las ventajas y desventajas acerca de su situación actual (que ganancias tiene y que pérdidas podría tener). El propósito es la toma de conciencia ante la posibilidad de elegir la actitud que va a asumir frente a la enfermedad, es una elección crucial si va a vivir la vida o a soportar la	EL objetivo que se pretende es la toma de conciencia en cuanto a la responsabilidad y compromiso de lucha, teniendo en cuenta que la paciente tiene aún la

		enfermedad asumiendo un rol pasivo o por el contrario una actitud de lucha y compromiso.	capacidad de aprender, amar y elegir.
--	--	--	---------------------------------------

ESTUDIO DE CASO

1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Fecha: Marzo de 2010

Nombre: Germán Vesga

Edad: 55 años

Escolaridad: Educación básica completa

Profesión: Comerciante Textil Independiente

Estado civil: Casado

Dirección:

Teléfono:

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que es remitido a psicología el cual refiere: “Es que el doctor me manda con usted porque estoy muy preocupado por la cirugía que me van a hacer, creo que el neurocirujano no me explico muy bien de las consecuencias de la cirugía, quiero hacérmela pero quiero saber más sobre ella; con los medicamentos el dolor está medianamente controlado, quiero que me ayude en eso”.

Sin embargo, el padre trabajaba tanto que el casi no estuvo presente en las actividades típicas de su edad, la primera comunión. La madre era la que los disciplinaba y la que se encargaba de las labores académicas. La empresa se consolidaba como una de las mejores y se dedicaban a transportar por todo el país, situación que Germán aprovechaba para viajar con los conductores de las tractomulas. En la adolescencia Germán le dio bastantes dificultades a sus padres, practicaba deportes de alto riesgo sin el permiso de sus padres como el motocross, tomaba bebidas alcohólicas a los 14 años, y a los 15 años con un pase de conducción falso manejaba su propio carro. Su padre a los 18 años para tratar de darle más responsabilidad le dio el cargo de administrador de transporte de la arrocera. El aprende rápidamente el negocio de la compra y venta del arroz. A los 21 años su padre le da en propiedad una tractomula, con lo que le dejaba los viajes, el va ahorrando para comprarse un apartamento. El estaba estudiando administración de empresas pero cuando iba en el cuarto semestre tiene un accidente grave, eso le significa el retiro por lo menos por un año. Cuando se recupera decide cambiar de carrera y estudiar economía, la cual nunca culmina. Sus amigos y sus actividades giraban alrededor del licor, y las fiestas. A la edad de 26 años se va a vivir con su novia, la relación solo dura 9 meses debido a sus problemas con el alcohol. Para entonces el ya había sido internado en una clínica de rehabilitación en dos oportunidades, mientras permanencia allí le lograban controlar la enfermedad. Además asistió al grupo de alcohólicos anónimos por dos años con mucho éxito. Sin embargo la muerte de su madre de cáncer lo desestabiliza tanto que recae nuevamente y empieza a consumir alcohol con más frecuencia.

A la edad de 34 años conoce a su actual esposa con la que tiene 18 años de casado y con la cual mantiene una relación disfuncional, de esa relación hay tres hijos. En la actualidad Germán es propietario de una empresa textil.

6. CICLO DE VIDA

El sistema familiar actual de Germán está conformado por esposa de 48 años dedicada al hogar con estudios secundarios incompletos, hija mayor profesional de 28 años casada con un hijo y vive actualmente con su esposo, segunda hija estudia de medicina en la UIS e hijo menor estudiante de ingeniería electrónica en la misma universidad, estos dos últimos viven con el paciente y su esposa, Germán refiere que no existen antecedentes de enfermedades somáticas en su familia, sus padres aun

viven y cuentan con buena salud, atribuye este hecho a las condiciones económico ambientales y de bajo niveles de estrés asociadas al ambiente rural. No replica trastornos mentales.

Al indagar a través de las secciones se identifica que Germán no vive como pareja con su esposa, aunque comparten el mismo espacio no conviven como pareja la relación es distante casi como extraños y la única interacción está relacionado con el aspecto económico y manejo de la casa, dado que los acercamientos sobre otros temas termina en fuertes discusiones, al indagar sobre las emociones hacia ella, refiere que aunque ya la perdono tiene muchos resentimientos y ella se muestra distante con su enfermedad. Ante la noticia de la cirugía constantemente le repite: “ya busco quien lo va a cuidar en el pos-operatorio, quien lo va a llevar a la terapia física”, la hija mayor es su gran confidente aunque como el repite constantemente “prefiero escucharla nunca me ha hablado de mis cosas”. Sus hijos menores están totalmente concentrados en los estudios y poco o nada han referenciado sobre la cirugía del paciente, este replica que ante una solicitud o una demanda de ayuda reconoce que sus hijos estarían atentos sin ningún problema. A pesar del dolor su capacidad laboral no se ha visto disminuida y a raíz a que su esposa volvió a vivir en el apartamento ha preferido extender su actividad comercial a otras ciudades.

7. CONTEXTO (FAMILIA, SOCIAL OCUPACIONAL, RECURSOS EXTRÍNSECOS, SEXUAL, RECREACIONAL, ESTADO DE SALUD).

La ansiedad asociada específicamente a no identificar quien lo puede asistir en el proceso de rehabilitación física ha incidido en la respuesta anímica del paciente existiendo marcadas conductas de evitación y rechazando cualquier forma de ayuda y la necesidad de asistencia y apoyo ya sea por parte de un familiar o una enfermera. A nivel laboral (siendo el gerente y propietario de su propia empresa) no ha habido ninguna alteración, le preocupa la pérdida de autonomía después de la cirugía y se evidencia frente al proceso actual médico. Su condición actual no ha alterado su desempeño sexual. Se evidencia sentimientos (rabia, frustración y resentimiento) hacia su esposa posiblemente derivado del abandono al que sus hijos y el paciente vivieron y las repercusiones que esta decisión implicó en el entorno familiar.

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNOSTICO INICIAL

- Eje I: Ansiedad
- Eje II: Rasgos de personalidad por evitación
- Eje III: Dolor lumbar secundario a canal lumbar estrecho critico.
 Síndrome miofascial.
- Eje IV: Perturbación familiar por separación, Apoyo social inadecuado.
- Eje V: EEGA 85 al momento de la valoración

La programación de la cirugía genera en el paciente ansiedad anticipada con pensamientos negativos frente a la proximidad del procedimiento, disminuyendo la percepción de control y seguridad, posiblemente asociado a los bajos recursos de asistencia familiar. Adicionalmente la relación disfuncional con su expareja podría dar cuenta de su temor a necesitar ayuda por parte de ella. Lo anterior puede afectar su percepción de la discapacidad de afrontamiento dificultando la toma de decisión e incrementando la sensación general de desorganización o pérdida de control sobre su proceso actual.

9. OBJETIVOS TERAPEÚTICOS

Objetivo general:

Favorecer el proceso de normalización de las conductas evitativas incrementado la percepción de control y disminuyendo las percepciones amenazantes, fortaleciendo el autoestima para disminuir los síntomas subjetivos y cognitivos (inseguridad, temor) con el propósito de regular la anticipación negativa con respecto al procedimiento quirúrgico.

Otros objetivos:

1. Afrontar las emociones asociadas a los miedos derivados de la enfermedad, los efectos de los tratamientos y la efectividad de los mismos para favorecer una actitud más realista y positiva.

2. Fortalecer la confianza en el personal médico y en los procedimientos a realizar.
3. Incrementar la sensación de control a través de información realista que le permita al paciente asumir las condiciones de la enfermedad.
4. Disminuir las conductas evitativas para propender a un mejor adherencia al tratamiento y Mejorar su calidad de vida.
5. Favorecer la confianza en sí mismo y en su capacidad de tomar decisiones asertivas acerca de su condición física y emocional.

10. PLAN DE INTERVENCIÓN

1. La relajación: que consiste en una serie de ejercicios centrados en la distensión muscular y el control de la respiración adecuada. El método Jacobson el más utilizado en clínica centrado en la relajación progresiva muscular, tensando y destensando varios grupos musculares. La relajación se emplea en la reducción de la ansiedad por lo que sirve formar parte de las estrategias generales de afrontamiento de los trastornos de ansiedad.
2. La psicoeducación: Consiste en explicar a los pacientes los principios y reglas de sus terapias y procedimientos, buscando la colaboración activa de los pacientes en ella se le explica y enseña al paciente y familiares a cómo manejar ciertos aspectos del trastorno en cuestión como el uso-seguimiento adecuado de la medicación, señales de recaída, estilos de comunicación adecuados con el paciente y la resolución de problemas frecuentes.

OBSERVACION:

El paciente es remitido a psicología de dolor para el manejo de la contingencia actual (ansiedad anticipatoria normativa a proceso quirúrgico), pero se evidencia alta disfuncionalidad en sistema familiar primario – relación con ex pareja- que puede incidir en proceso postoperatorio, se sugiere a Germán asistencia clínica psicoterapéutica como proceso paralelo para elaboración de vivencia con ex esposa.

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD-TÉCNICA	JUSTIFICACIÓN
1	Remisión Historia clínica. Prueba diagnóstica	Recolección de Información. Se hace contención emocional, y se clarifica el propósito de la intervención y los objetivos a seguir.	Datos de estudio.
2	Control de síntomas Historia clínica Establecer intervención (Solución de problema) Psicoeducación sobre dolor. Orientar y sensibilizar hacia el problema.	Confrontación y retroalimentación de datos clínicos hallados Informar sobre el dolor la triada de dolor. (Folleto). Se inicia el acompañamiento explicando a German que se necesita definir el problema. Constantes dudas sobre quien lo ayudará en la asistencia pret, para y postoperatoria. Para contrarrestar la actitud negativa de Germán hacia sí mismo se reviso su facilidad o dificultad para solicitar problemas en otras áreas de su vida en especial en la laboral. TAREA Para facilitar la identificación y confrontación de las situaciones problemáticas desde esta perspectiva, se le pidió que anotara en casa todos los problemas que pudiera identificar.	Informar Contextualizar situación
3	Control de	No realizó asignación- se realiza retroalimentación	

	<p>síntomas</p> <p>Revisión de asignación</p> <p>Definir y formular el problema.</p> <p>Entrenamiento en relajación pasiva.</p>	<p>sobre la importancia de su papel activo en el proceso.</p> <p>Se hace analogía con el medicamento diciéndosele: “vienes a clínica de dolor, el médico te manda medicamentos para que te los tomes, si no lo haces, que pasa? Ahí está tu rol, el médico no puede hacer que se vaya el dolor sino tomas los medicamentos, igual sino realizas las tareas es más difícil avanzar en el proceso, dado que es tu responsabilidad tomarte los medicamentos y hacer las tareas asignadas, estas al igual que los medicamentos te ayudan con el problema.</p> <p>se observo que disminuyo su nivel de ansiedad y por ende mejoro el patrón de sueño, se pasa a trabajar analógicamente, se ilustró a el paciente mediante un ejemplo diferente al de su problema la forma de Operacionalizar su situación problema. Germán participa y hace preguntas centrándose a hacia su caso.</p> <p>Una vez comprendida, mediante varios ejercicios- que incluso el mismo formulo- la importancia de ser operativos a la hora de definir el problema, se procedió a la definición del problema principal del paciente. Se observa como se ha orientado a la intervención actual sin relucir su problemática con su esposa. Se solicita a Germán que defina el problema haciéndolo de la siguiente manera:</p> <p>“Creo que mi problema es no poder analizar las posibilidades que pueda tener a la hora de buscar</p>	<p>Entrenamiento en solución de problemas.</p>
--	---	---	---

		<p>soporte y ayuda para la cirugía, y eso me pasa porque me he bloqueado, entonces no he podido pensar bien”.</p> <p>Posteriormente se realiza relajación pasiva.</p>	
4	<p>Control de síntomas</p> <p>Generar soluciones alternativas.</p> <p>Entrenamiento relajación pasiva.</p> <p>Solicito que registrara más posibilidades.</p> <p>Relajación pasiva.</p>	<p>Se realiza refuerzo positivo a Germán, dado la reducción expresa que ha realizado la relajación en varias ocasiones y para ello compro un mp3 y solicita grabar la música de relajación con la que se trabajo en la sesión anterior.</p> <p>Se le solicitó al paciente que enumerara todas las alternativas posibles para su problema. Se le dio instrucciones: Decir en voz alta todas las que se le ocurrieran, sin realizar ningún juicio o crítica para su selección. Se le ocurrieron las siguientes. (se le enfatiza que no era necesario que fueran a realizarse).</p> <p>Estimo las siguientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Posponer la cirugía un mes y pedirle a mi hija que me colabore, en ese fecha ella estará en vacaciones. ➤ Contratar a una enfermera ➤ Solicitarle ayuda a uno de mis amigos pensionados del club de billar ➤ Solicitar asistencia a mi hermana, ella vive muy cerca a la clínica 	<p>Controlar síntomas.</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas</p>

		<p>➤ Realizar un horario de los momentos específicos de asistencia y sobre esas horas programar con mi hijo el acompañamiento.</p> <p>Se reforzó positivamente sobre las opciones expuestas.</p>	
--	--	--	--

SE REALIZAN DOS SESIONES POR SEMANA DADO LA URGENCIA EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMA.

ESTUDIO DE CASO

Fecha: **XXXXX de 2010**

Nombre: Martha Peña

Edad: 54 Años

Escolaridad: Técnico

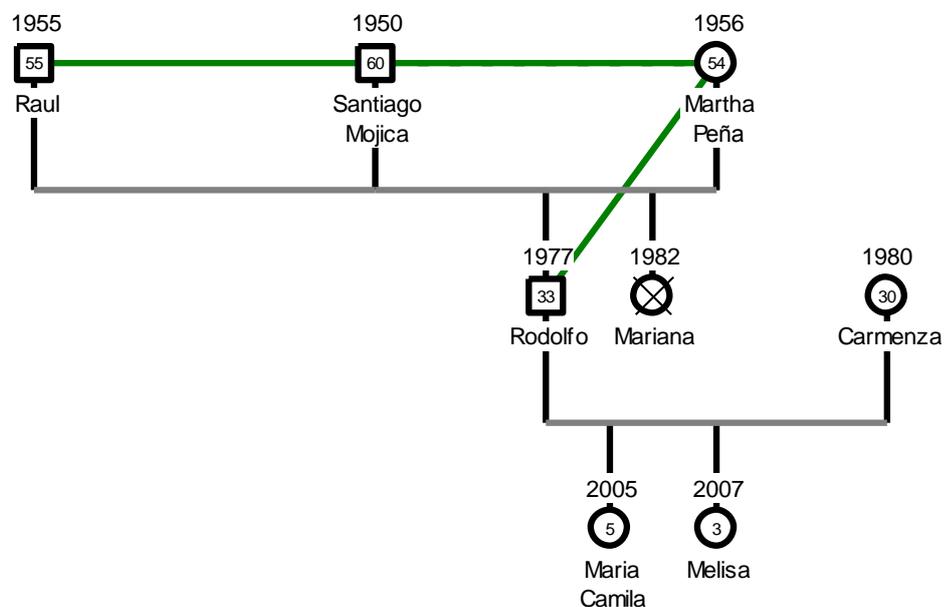
Profesión: Coordinadora del departamento de Calidad y servicio al cliente.

Estado civil: Unión libre, con hijos.

1. MOTIVO DE CONSULTA

“Yo siento que quiero seguir con mi vida, y lo intento, tengo a mi pareja, a mi hijo a mi nieta, pero la muerte de mi hija no la he podido superar, a veces siento rabia, y remordimiento porque no pude evitar que ella acabará con su vida”.

2. GENOGRAMA



3. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA.

1. Ansiedad
2. Tristeza
3. Llanto recurrente
4. Estado de ánimo depresivo
5. Disminución de las actividades de ocio
6. Afectación de la relación de pareja.
7. Ideas recurrentes de culpa
8. Preocupación excesiva
9. Permanente necesidad de control hacia la conducta y el bienestar de los otros.

Tener que afrontar la realidad de un suicido es enfrentarse a sentimientos ambivalentes como el (enfado, culpa, tristeza, llanto recurrente) y una sensación de abandono extrema; generando en la paciente conductas desadaptativas permaneciendo en estado depresivo sin avanzar en el proceso de duelo.

4. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA.

Martha fue segunda de cuatro hermanos, sus padres eran muy trabajadores. Su padre trabajaba en una empresa como contador y su mamá en una empresa familiar, ella era la administradora. Era una familia de clase media-alta. Parte de su infancia Martha la vivió en Tunja. A la edad de 11 años se vienen a vivir a Bogotá, el cambio fue muy difícil para todos, pero era una muy buena oportunidad para el padre de Martha y su madre aceptó porque ella también podía seguir trabajando y ofrecerle a sus hijos mejor colegio. Una tía de Martha era la que se encargaba de la casa y de llevar a los niños al colegio. No fue fácil adaptarse al ritmo de la ciudad, y el dejar a sus amiguitas del colegio, y además sentirse perdida en una ciudad tan grande. Casi al año de haber llegado a Bogotá la mamá de Martha se enferma y tuvo que ser intervenida de urgencia debido a una peritonitis. Debido al delicado estado de salud de la madre y su larga recuperación por consenso familiar la madre decide dejar de trabajar. Los hermanos de Martha no estaban muy contentos porque su madre no era tan condescendiente como

la tía y los controlaba todo el tiempo. Para todos fue una época de cambios y restricciones a lo que no estaban acostumbrados. La relación de Martha con su madre era buena y por ser hija única su madre la consentía y su padre le exigía menos a ella, porque su padre con los varones era bastante estricto. A la edad de 13 años ella recuerda que su madre lloraba mucho y eso la ponía muy triste y llegó a sentir mucha rabia con el papá pues ella pensaba que él era el culpable. El padre ya no compartía con ellos mucho tiempo, siempre estaba trabajando, Martha solo lo veía cuando él salía a trabajar en la mañana. Las continuas peleas entre sus padres le afectaron tanto que la adolescente dejó de comer y perdió peso considerablemente. Eso llamó la atención de sus padres y de alguna manera sirvió para unirlos y superar la crisis, su padre decide almorzar nuevamente en casa para poder controlar a Martha que se alimentara adecuadamente. La celebración de sus quince años fue todo un acontecimiento familiar.

Cuando Martha tiene 16 años tiene su primer novio, a escondidas del padre pero cuando este se entera no tiene otra opción que terminarle, pues su padre no lo aceptaba. Martha termina el bachillerato y decide trabajar en un centro comercial donde el administrador era amigo de su padre. Su familia le insiste en que se matricule y se decida por una carrera, ella estaba indecisa por comercio exterior o administración de empresas. Se decide por administración de empresas llega al sexto semestre decide que esa no era la carrera que ella quería estudiar y se retira; para sus padres fue una gran desilusión y no estaban dispuestos a pagarle más estudios. En la empresa donde labora la asciende a coordinadora de ventas. A los 20 años se enamora y decide casarse. Al principio su esposo se portaba muy bien aunque tenía problemas con el alcohol. Al año queda embarazada de su primer hijo (varón), Martha sufre mucho porque su esposo estaba tomando con más frecuencia y eso le estaba afectado su desempeño laboral, al punto que Martha tenía que justificar sus llegadas tarde, ella no quería tener más hijos y aunque se encontraba planificando nace su segundo hijo (niña). Por un tiempo el esposo parece mejorar, se encariña mucho con la niña asumiendo parte del cuidado de la misma. Ella trataba de controlar el frecuente consumo de licor, hasta acudió a muchas personas para que ayudaran a su esposo, inclusive estuvieron asistiendo a Alcohólicos Anónimos pero él no asumió el tratamiento de manera responsable. Martha estaba cansada y muy deprimida debido a que el esposo la maltrataba física y verbalmente y además se entera de la relación extramatrimonial de más de un año de la cual había una niña. Paralelamente ella se queda sin empleo y decide abandonar a su esposo.

Se radica en Cali, los ahorros fueron insuficientes y recibe la ayuda de sus padres, Martha empieza a buscar trabajo con la ayuda de una amiga. Estuvo nueve meses desempleada, finalmente se emplea una empresa aunque el sueldo no es mucho, logra establecerse y poner a sus hijos en una escuela oficial.

Ella regresa a Bogotá después de cinco años, debido a que uno de sus hermanos se suicida, esa noticia le produce mucho dolor, debido a que su hermano venía hacia un año sufriendo de una depresión mayor y ella no pudo ayudarlo. Para todos fue de un gran impacto pero especialmente para la madre de Martha. A los dos años su madre muere, la familia comenta que debido a el dolor y la culpa, la madre no acepta la muerte de su hijo se descuida en su salud y muere de un infarto.

Martha conoce a su actual esposo en una feria comercial, al cabo de una año el decide irse a vivir con ella. La familia de Martha está muy contenta porque Raúl, es un buen hombre y quiere a los hijos de Martha como si fueran sus propios hijos. Su hija tiene el primer episodio depresivo según referencia su madre a los 17 años, cuando se viene a vivir a Bucaramanga dejando a su primer novio con el cual vivía una relación desde los 15 años, la madre recuerda que su hija no dormía, no comía y lloraba todo el tiempo. La hija era una joven muy trabajadora y estudiaba y se pagaba ella misma los estudios. La madre refiere su primer intento de suicidio a los 24 años, su otro hijo y ella la descubren cuando ella pretendía ingerir insecticida. La relación que ella mantenía refiere su madre que era lo que la inducía a esas ideas; el segundo intento de suicidio lo realiza después de una fuerte pelea con su novio consumiendo una cantidad considerable de pastillas combinadas con alcohol, estando con su pareja, el novio de la joven la lleva a una clínica, allá la dejan internada por quince días. El tercer intento de suicidio se logra detener debido a la intervención oportuna del profesional a cargo y la familia, se encontraba embarazada. En esa oportunidad su familia se tranquiliza un poco debido a que todo parece normalizarse pudiendo terminar su embarazo. Ella se fue a vivir con su novio que era el padre de su hija. Tuvo un periodo de tiempo sin presentar episodios depresivos, según la madre indica que la separación de su hija de la pareja, (el se va a vivir a Francia a realizar un posgrado) aun que fue de mutuo acuerdo alteró la tranquilidad de su hija, complicándose aún más cuando la joven descubre una infidelidad por parte de su pareja. Desde ahí sus síntomas se exacerbaron y fue internada en dos oportunidades en una clínica psiquiátrica de la ciudad. Finalmente después que le dan de alta ella

aparentemente tranquila, le dice a su madre que necesita salir a vender una moto que ella tenía, sin sospechar sus intenciones y ella decide terminar con su vida.

Actualmente Martha vive con Raúl y mantienen una relación armónica, él ha sido el ha sido un gran apoyo para ella y su hijo.

5. CICLO DE VIDA

Su infancia transcurre en Tunja, ella disfrutaba jugar con sus hermanos y primos e imaginarse que era dueña de una industria de juguetes, sus hermanos le jugaban bromas y a veces los castigaban, porque Martha era la consentida de su padre, y por el contrario a los jóvenes se les exigía mucho. Recuerda con tristeza que junto con sus primos y tíos iban a Melgar y para ellos que eran niños era una gran ilusión; sin embargo todo se vio empañado debido a que uno de sus hermanos se cayó y se golpeó muy fuerte en la cabeza, todos gritaban y nadie hacía nada hasta que el papá reaccionó y lo llevó al hospital más cercano, el niño estuvo inconsciente por unos minutos, se le hicieron radiografías y todo parecía estar bien. Martha en esa época tenía 8 años y el hecho de pensar que su hermano se pudiera morir la asustó mucho. Desde ese día ella lo cuidaba mucho y lo consentía, era el menor. Por un tiempo dejaron de asistir a paseos, pero a sus padres hacían asados en la casa e invitaban a amigos de la empresa y familiares. A la edad de 11 años se radican en Bogotá, a la niña especialmente le dio muy duro el cambio, se sentía muy sola sin las amigas y las primas que ella tanto quería. Con el tiempo se adapta y consigue un grupo de amigas con las que forma un grupo de estudio y se reúnen para ir a piscina o a un club de la ciudad. En su adolescencia lo que más recuerda fue su fiesta de 15 años debido a que le hicieron una gran fiesta; fue la época más bonita para ella. Cuando inicia sus estudios universitarios ella se decidió por la administración pero más por complacer a su padre; no resultó y a la mitad de la carrera se retira. Se casa muy joven, estaba enamorada y tal vez eso no le permitió darse cuenta que su esposo tenía problemas con el consumo de alcohol. A medida que empeoraba su enfermedad el esposo se volvía agresivo y la maltrata, él intenta buscar ayuda debido a la insistencia de Martha, hubo una época que logró mantenerse abstemio pero se volvió muy irritable. Al cabo de seis años Martha desesperada decide dejarlo llevándose a sus hijos. Vive en Cali con muchas dificultades, consigue trabajo y allí recibe la noticia de la muerte de su hermano, el menor, y se vuelve a Bogotá. Empieza una relación con Raúl, el que se convierte de alguna manera en el

protector de sus hijos. Actualmente residen desde hace diez años en Bucaramanga. Se considera afortunada porque su pareja es un hombre honesto, trabajador y sus hijos lo respetaban como si fuera su verdadero padre.

6. CONTEXTO (FAMILIA, SOCIAL, OCUPACIONAL, RECURSOS EXTRÍNSECOS, SEXUAL, RECREACIONAL, ESTADO DE SALUD Y ACADÉMICA, ETC).

El duelo por la muerte de su única hija, por suicido, de manera similar con lo ocurrido con su hermano ha resurgido el sentimiento de culpa, teniendo en cuenta que en el pasado Martha centra su culpa en el hecho de no pudo evitar que su hermano dejara de sufrir o que se suicidara. Adicionalmente expresa preocupación por la situación de su nieta (hija de la fallecida) porque teme que se repita la historia.

A nivel laboral, Martha ha incrementado las horas de trabajo descuidando su relación de pareja, afectando su desempeño sexual, debido al agotamiento físico y emocional; incidiendo por ende en su estado de salud de manera significativa, presentando una disminución de actividades recreativas, donde el único espacio permitido para interactuar lúdicamente y en actividades agradables es con su nieta.

7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNOSTICO INICIAL

Eje I. Depresión moderada asociada a duelo no elaborado.

Eje II. Rasgos de personalidad obsesiva.

Eje III. No evidencia.

Eje IV. Problemas laborales: insatisfacción laboral.

Eje V. No identifica

La paciente evidencia un duelo complicado dónde en la fase primera experimenta una marcada tristeza (por el tipo de muerte, el estigma y la vergüenza que conlleva un suicido) y la estrecha relación que mantenía con su hija; coexistiendo síntomas físicos (sentimientos de irrealidad, pérdida de energía, trastorno de sueño y de apetito), seguidamente le continúa una fase de culpa orientada hacia su yerno, por las diferencias no resueltas en las relaciones de su hija con su pareja, motivos que posiblemente contribuyeron al desenlace fatal; incidiendo en su estado de ánimo depresivo donde predomina (pensamientos distorsionados y fatalistas) y su rasgo de personalidad obsesivo, proyectando el miedo y conductas sobreprotectoras hacia la nieta en cuanto a su futuro y repetición de la historia de su madre.

8. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

OBJETIVO GENERAL

Facilitar la elaboración del duelo, ayudando a la paciente a reconocer que el suicidio de su hija estuvo relacionado posiblemente con su enfermedad (trast. Bipolar tipo I y trast. Personalidad dependiente); identificando la culpa asociada a la relación previa de una apego angustioso con su hija, para confrontar esa sensación de abandono con la realidad, y sentirse libre de poder continuar con su vida, asumiendo que no es posible mantener control sobre la vida y las acciones de los otros.

OTROS OBJETIVOS

1. Facilitar la expresión adecuada de sentimientos alrededor del suicidio de su hija y de su hermano.
2. Favorecer el desarrollo de un tipo de pensamiento más racional y adaptativo.
3. Identificar las negaciones o distorsiones modificándolas por nuevos pensamientos positivos y realistas.
4. Asistir en el proceso de elaboración del duelo para facilitar su adaptación y mejor nivel de funcionamiento.

8. PLAN DE INTERVENCIÓN

- La reestructuración cognitiva donde se efectúan la modificación de pensamientos negativos y disfuncionales frente a la resolución del doble duelo facilitándole así la toma de conciencia para evaluarlos y contrastarlos con realidad, generándole nuevos pensamientos y adaptativos.
- La psicoeducación concerniente a la resolución del doble duelo para facilitar e incorporar esas pérdidas a su vida entrenándola en estrategias de afrontamiento positivas y adaptativas dirigidas a mejorar su calidad de vida.

SESION	OBJETIVO	ACTIVIDAD-TÉCNICA	JUSTIFICACIÓN
1	<p>Remisión a consulta</p> <p>Historia clínica.</p>	<p>Recolección de Información.</p> <p>Se realiza contención emocional facilitando la expresión de sentimientos y pensamientos de rabia, culpa y vergüenza.</p>	<p>Datos de estudio.</p>
2	<p>Valoración,</p> <p>Profundizar datos de la historia clínica.</p> <p>Encuadre.</p>	<p>Indagación para profundizar sobre datos en HC</p> <p>Aplicación de Escala de Beck de Depresión.</p> <p>Puntuación 47 (Depresión moderada)</p> <p>Psicoeducación: Se le explica a Martha que la muerte por un suicido deja tras sí muchas preguntas ¿Por qué lo hizo? ¿Pudimos haberlo evitado? Y por más que lo intente no conseguirá entender las razones que llevaron a su hija a quitarse la vida. Además es frecuente el sentimiento de vergüenza que conlleva no querer hablar de las circunstancias de la muerte, y el sentimiento de culpabilidad se puede sentir mal por algo que dijo o hizo en el pasado, la sensación de culpa es algo perfectamente normal después de una muerte de estas características.</p> <p>Es relevante tener en cuenta que su hija era una</p>	<p>Datos de estudio y análisis.</p> <p>Dx por DSM IV</p>

		<p>persona depresiva y había realizado varios intentos de suicidio; es muy natural que se den sentimientos contradictorios: por un lado una gran tristeza por su pérdida y por otro un gran alivio porque todo ha terminado; ya no habrá que preocuparse porque lo peor ya ha pasado. Convivir durante años con una persona que sufre así es muy doloroso para todos en su familia.</p>	
3	<p>Control de síntomas</p> <p>Confirmación de hipótesis y diagnóstico.</p> <p>Educación en duelo y suicidio.</p> <p>Manejar el estigma y la vergüenza.</p>	<p>Escala de Beck 54</p> <p>El duelo es único. No hay jerarquías en el mundo del dolor. Cada uno vive su duelo a su manera. El proceso dependerá de las relaciones afectivas previas con la hija, de las circunstancias de la muerte, y de su forma de ser (carácter de Martha). “El trabajo del duelo” que es necesario realizar no será fácil, pero depende de ella. Es una situación especialmente agotadora, porque no lo comprende, por las dudas, el miedo, porque posiblemente se rebela contra Dios o contra el destino, contra el hecho del mismo suicido. Agotadora porque la culpa y las imágenes de la muerte la asedian. Cada suicidio tiene su misterio, y si queremos comprender las razones tendríamos que ser ella</p>	<p>Controlar síntomas</p> <p>Elaboración en proceso de duelo</p>

		<p>misma . Lo que es necesario es asumir que se ha suicidado porque estaba en un estado de sufrimiento tal que la vida para ella se había vuelto intolerable. Y más que juzgarla es admitir y aceptar que no podrá nunca comprenderlo del todo.</p>	
<p>4</p>	<p>Facilitar la toma de conciencia frente a la pérdida.</p> <p>Detectar los sentimientos de culpa irracional y responsabilidad por lo ocurrido.</p>	<p>Se le explica a Martha que las personas cuando tienen determinada forma de ser, o alguna patología o ciertos rasgos en su carácter, que se convierten en sus propios enemigos. Se le enfatiza en las características similares de diagnóstico y personalidad tanto del hermano como el de la hija (el primero, depresión mayor y la hija con trast. Bipolar); seguidamente se le interroga a Martha: ¿Cómo hubieras podido evitar eso? Es decir los planes que tu hija tenía para acabar con su vida, ella responde que internándola en un hospital psiquiátrico, durante el tiempo de permanencia en el hospital tal vez y después? ¿Qué culpa hubieras tenido si tu hija una adulta (28 años) que lo había intentado en tres oportunidades sin éxito, finalmente lo ejecuta; para evitarlo tú tendrías que haber</p>	<p>Elaboración en proceso de duelo</p>

		<p>estado con ella siempre, y eso era imposible? Y por último quien cuidaría de ti si decidieras acabar con tu vida también? Recuerda que ninguna persona es responsable de la vida de otro sino se trata de un niño o un enfermo mental que no tiene capacidad de discernir entre lo bueno y lo malo. Le hago un última pregunta ¿tu le inculcaste la idea del suicidio? La respuesta de Martha es negativa.</p>	
<p>5</p>	<p>Facilitar la capacidad de Martha para vivir sin su hija.</p> <p>Identificar y elaborar sentimientos (enfado, culpa, ansiedad y la impotencia).</p>	<p>Se le explica a Martha que cuando alguien a quien se quiere muere y de forma violenta como es el caso, el enfado es muy normal. Y es posible que el enfado provenga de la frustración y la sensación de impotencia por no haber podido evitarlo. Y ese sentimiento debe ir al algún lado si no se desplaza a otro (Dios, médico, yerno) posiblemente lo dirigió hacia su yerno o hacia ella misma. Ella comenta que inicialmente culpaba a su yerno porque él la engañó, la utilizó y por eso su hija sufría mucho; y yo le explico que es imposible mantener una relación basada en la lástima o el temor de que si acaba va a</p>	<p>Elaboración en proceso de duelo</p>

		<p>intentar suicidarse. El yerno posiblemente cometió errores pero él no perpetró el suicidio. Después esa culpa la desplazó hacia ella misma. Y esos sentimientos son consecuencias del dolor que se ha intensificado debido a la experiencia pasada con el hermano. Vamos a utilizar una técnica Gestalt la silla vacía, para que tenga la oportunidad de verbalizar los sentimientos y ponerse en contacto con ellos. El objetivo es ayudarlo a expresar sentimientos y emociones; y se le pide que escriba una canción o un poema o una carta y que la comparta en presente para que hable con él y con ella en vez de hablar de ellos. Ella manifiesta el deseo de pedirle perdón al hermano y lo hace por medio de una carta.</p>	
6	<p>Identificar las negaciones o distorsiones modificándolas con pensamientos nuevos y realistas.</p>	<p>“Tengo miedo a que mi nieta repita la historia” Cualquier duelo importante y especialmente el suicidio, puede quebrantar la confianza en la vida y en el futuro. Se suele esperar lo peor pero con el tiempo este miedo a vivir se va atenuando. En el caso</p>	<p>Elaboración en proceso de duelo</p>

		<p>específico de la niña, que ella continúe con su rutina cotidiana que juegue, que vea programas infantiles, es decir hacerle la vida lo más normal posible. Pensamiento alternativo: “El miedo desaparecerá y mi nieta construirá su propia vida”.</p> <p>“Siento Vergüenza”</p> <p>Los sentimientos de vergüenza y estigmatización se presenta por la manera que se concibe a nivel cultural, espiritual un suicidio pero afortunadamente son temas que se manejan con la seriedad y que han dejado de ser un mito en nuestra sociedad, Solo más adelante encontrará sentido y explicación a palabras y comportamientos que su hija hacía, que de ninguna manera Martha hubiera podido entender en su momento. Pensamiento alternativo: “No he hecho nada que me avergüence, caminaré con la frente en alto”.</p> <p>“Ha dejado de sufrir”</p>	
--	--	---	--

		<p>Es normal sentir alivio después de cualquier experiencia difícil eso no significa desprecio a su hija sino la constancia de que lo vivido fue extremadamente difícil y doloroso.</p> <p>Es importante dejar que las emociones salgan y que digan lo que tienen que decir, pues al luchar contra el sufrimiento lo aumenta y lo prolonga, es mejor no desistirse al dolor, ya pasará. Pensamiento alternativo: “Fue la decisión que mi hija tomó para acabar con su sufrimiento”.</p>	
7	<p>Alentar a Martha a decirle adiós a su hija para darse el permiso de continuar con su vida.</p>	<p>Se le pide a Martha que aún cuando no sienta deseos de hablar busque la manera de expresarse, por ejemplo escribiendo un diario sobre los recuerdos de su hija y de cómo se siente al respecto, o creando un álbum de fotografías para compartirlo con su hermano, nieta y pareja.</p> <p>Para retirar esa energía emocional y reinvertirla nuevamente en actividades que eran de su agrado como: hacer ejercicio, viajar, jugar con su nieta y pintar, se le pide</p>	<p>Controlar síntomas</p> <p>Elaboración en proceso de duelo</p>

		<p>que nuevamente se retome la técnica de la silla vacía para que se pueda despedir de su hija diciéndole algo que salga de su corazón y dejándola ir con tranquilidad sintiéndose cómoda y segura. Ella pide establecer un ritual de despedida plantando un árbol en su casa como tributo a su hija y participar en un grupo de apoyo para ayudar a padres e hijos que han pasado por el mismo dolor.</p>	
--	--	--	--

EVALUACION E INTERVENCION EN PACIENTES TERMINALES Y SU FAMILIA

FECHA	PACIENTE	EDAD	EVALUACION	SEGUIMIENTO	ANALISIS	PLAN DE INTERVENCION
19/12/09	1.CARDENAS ROSA OLINDA	67 AÑOS	X	X	Paciente con alteración emocional, posible TDM, variable que interfiere en afrontamiento de dolor. Se acompaña mediante	Se sugiere valoración por psiquiatría. Apoyo emocional. Asistencia familiar.

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 136

					<p>ventilación emocional, se brindan pautas a su hija para realizar interacción que favorezca psicoafectivamente a paciente en intervención para descentralizar foco atencional del estado de ánimo.</p>	
20/12/09				x	<p>Paciente con mejor respuesta anímica, posible reacción de ajuste con ánimo triste.</p> <p>Se refuerzan pautas para afrontamiento activo.</p> <p>Se continua apoyo a hija para favorecer interacción que beneficie psicoafectivamente a paciente en intervención para descentralizar foco atencional de estímulo doloroso.</p>	<p>Apoyo emocional.</p> <p>Asistencia familiar.</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 137

21/12/ 09				x	<p>Paciente con cuidados psicoafectivos pertinentes, evidencia cogniciones de tipo catastrófico, respecto a la enfermedad, sin embargo muestra reacciones adaptativas frente a la cirugía del día de hoy.</p> <p>Se refuerzan pautas para afrontamiento activo.</p> <p>Se brindan pautas a hija para realizar interacción que favorezca la estabilidad emocional de la paciente.</p> <p>Se evidencia red de apoyo socio-afectivo efectiva.</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico.</p> <p>Refuerzo positivo.</p>
23/12/ 09				x	<p>Paciente evidencia adecuada red social y vínculos afectivos sólidos.</p> <p>sin conductas moleculares de dolor, se evalúan pensamientos de tipo catastrófico el cual no se evidencia, afrontamiento de tipo pasivo ante condición</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico.</p> <p>Psicoeducación en higiene de sueño.</p> <p>Refuerzo positivo.</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 138

					<p>actual.</p> <p>Se refuerzan pautas a hija para realizar interacción que favorezca vínculo con la paciente..</p> <p>Se brindan pautas para manejo del sueño durante estancia hospitalaria.</p>	
26/12/09				x	<p>Paciente que evidencia una adecuada red social que le provee con los cuidados (físicos, emocionales y apoyo espiritual), sin conductas moleculares de dolor, afrontamiento activo familiar ante condición actual.</p> <p>Se evidencia trastorno de sueño y deficiente calidad de reparación del mismo .Fomento de recursos de cuidado (habilidades de comunicación y aumento de recursos sociales y valoración de alternativas</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico.</p> <p>Refuerzo positivo</p> <p>En pautas de autocontrol para inducir sueño reparador</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 139

					<p>existentes.</p> <p>Se realiza apoyo emocional y refuerzo a pautas aprendidas adaptativas y se hace el cierre por que la paciente es dada de alta.</p>	
09/12/09	2. CASIANO MEDINA LIZARAZO	69 ANOS	X	X	<p>Paciente con enfermedad oncológicamente avanzado, se evidencia “conspiración de silencio” por parte de sistema familiar, sin acercamiento a principio de realidad, con fuertes creencias religiosas y afrontamiento pasivo que no permite detectar elementos que faciliten introspección por parte del paciente, se evidencia recursos empobrecidos de afrontamiento frente, a pronóstico y posible desenlace, se sostiene</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico. Asistencia familiar y clarificación de conceptos como (duelo anticipado, calidad de vida y cierres emocionales) ante proximidad de muerte.</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 140

					pautas de apoyo espirituales.	
10/12/09				X	Paciente con enfermedad oncológicamente avanzado, tranquilo, familiares coinciden en mantener “conspiración de silencio”, familia extensiva y nuclear proveen de cuidados psicoafectivos pertinentes y presentan reacciones tardías frente a negación prolongada acerca de evolución y posible desenlace, se suministra pautas de afrontamiento hacia duelo anticipado para quebrantar estrategias de silencio y negación.	Apoyo psicoterapéutico. Psi coeducación. Asistencia familiar y provisión de estrategias adaptativas frente a proximidad de muerte.
11/12/09			X	X	Paciente con enfermedad oncológicamente avanzada, familiares mantiene aislamiento del contenido emocional y actitud elusiva concerniente a	Apoyo psicoterapéutico. Asistencia Familiar. Propicia espacio con hermano de paciente y suministro de

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 141

					<p>sobreproteger a paciente manteniendo “conspiración de silencio”, sin embargo tanto familia nuclear y extensiva proveen de los cuidados psicoafectivos pertinentes.</p> <p>Paciente que fallece rodeado de su esposa, hermano y sobrina se acompaña a familiares y se hace el cierre permitiéndole expresar su dolor de manera tranquila llegando a fase de aceptación frente a muerte de su ser querido..</p>	<p>estrategias dirigidas hacia proceso de duelo anticipado.</p>
02/12/09	3. ROSALBA SIERRA DE ORDONEZ	74 ANOS	X	X	<p>Paciente se conserva orientada, serena y evidencia estrategias de afrontamiento positivo, se perciben experiencia introspectiva de autoinculpción, minusvalía derivada de</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico. Ventilación emocional. Se propician elementos y recursos propios centrados en el aquí y el ahora.</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 142

					ánimo depresivo. Sin embargo se precisa movilizar recursos propios para manejar emociones y pensamientos negativos y neutraliza ambivalencia afectiva.	
30/11/09				X	Paciente adulta mayor, con vínculo y apoyo afectivos adecuados, sin conductas moleculares de dolor, bajo riesgo de conductas operantes, de dolor, buena respuesta a reactancia hospitalaria, con percepción positiva y acompañamiento al dolor. Se brindan herramientas para autocontrol de dolor.	Apoyo psicoterapéutico.
01/12/09				X	Paciente se muestra con buenas estrategias de confortamiento hacia enfermedad y pronóstico, en el pasado evidencia prospección influencia por	Apoyo psicoterapéutico. Ventilación emocional. Se centra en recursos propios y habilidades

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 143

					sentimientos depresivos (sobrecarga de rol, sentimientos de indefensión), se precisan pensamientos centrados en el aquí y ahora y orientados en pautas positivas y reparadoras conservadas en pensamientos lógicos y basadas en su realidad.	de comunicación.
04/12/09				X	Paciente evidencia mecanismos adaptativos hacia enfermedad, su yo fortalecido, su sistema social provee de los cuidados psicoafectivos pertinentes, se perciben mejores estrategias de autocontrol y maneja de pensamientos sostenidos en lo espiritual.	Apoyo psicoterapéutico. Refuerzo positivo.
04/12/09				X	Paciente se muestra estrategias evitativas y de negación frente relación con hijo, las secuencias	Apoyo Familiar. Se provee de recursos sociales y de comunicación familiar

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 144

					interrelaciones que evidencian entre diada (madre – hijo mayor) mantienen un conjunto de elementos ansiógenos, sin embargo sus estrategias de autocontrol se mantienen y ha logrado movilizar recursos propios hacia evolución y reestructuración de pensamientos y manejo del dolor.	(nuera).
05/12/09				X	Paciente rodeada de familiares que dispone de red de soporte afectivo proveen de los cuidados psicoafectivos pertinentes, se propician espacio terapéutico con (el hijo) donde se facilita expresión emocional, y suministro de pautas interrelacionales más consecuentes y dirigidas a disminuir	Apoyo Psicoterapéutico. Refuerzo de nuevas pautas reparadoras y asertivas.

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 145

					<p>pensamientos fatalistas hacia restablecer relación de la diada (madre – hijo) y propiciar nuevas pautas transaccionales en la manera de relacionarse con su madre, y no exacerbar síntomas depresivos.</p>	
07/12/09				x	<p>Paciente en compañía de familia extensa. Se refuerzan pautas de interacción activa que incidan para fomentar la asertividad con la familia especialmente con hijo mayor y facilitar la expresión emocional..</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico. Refuerzo de nuevas pautas reparadoras y asertivas.</p>
09/12/09				x	<p>Paciente muestra mecanismos adaptativos hacia evolución de enfermedad, evidencia recursos internos evolucionados en positivo y encaminados a desestructurar modelo</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico. Se continúa ventilación emocional.</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 146

					<p>cognitivo por pautas sanas, reparadoras fundamentadas en pensamientos realistas, constructivos mas enfocados en su realidad yoica.</p> <p>Se detecta relación de diada (madre-hijo) fase de aceptación y inicio de desapego de forma más consciente.</p> <p>Se realiza apoyo emocional y soporte familiar y se hace el cierre por que la paciente es dada de alta.</p>	
02/12/09	4.PICO DE CONTRERAS ERNESTINA	67 AÑOS		X	<p>Paciente adulto mayor, con cuidados psicoafectivos pertinentes, sistema familiar en vivencia de crisis ante condiciones actual del paciente, se facilita la expresión</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico, Refuerzo, Asistencia familiar.</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 147

					<p>emocional del paciente ,familia se evidencian cogniciones de tipo catastrófico, afrontamiento de tipo pasivo y religioso, se brindan pautas para afrontamiento activo, Pautas a familia para afrontamiento y asistencia ante condición actual, que influyan favorablemente en el estado emocional de Ernestina.</p>	
07/12/09					<p>Paciente adulta mayor, sin conductas moleculares del dolor con expectativas favorable, a procedimiento quirúrgico bypass , familiar (esposo) con ansiedad asociada a creencias irracionales sobre el abandono terapéutico, se brindan pautas de afrontamiento activo ante condición actual de la</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico.</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 148

					paciente .	
27 /11/09	5.MUÑOZ MANUEL FERNAND O	48 años	x	x	Paciente se observa tranquilo, con mecanismo de adaptación parcialmente positivos, ambivalencia afectiva donde surgen sentimientos de (impotencia frustración por exceso de reposo y reducción de sus actividades), familiar (esposa) evidencia mecanismos evitativos y de atención (referente proporcionar (espacio terapéutico) para facilitar la expresión emocional, siendo <la cuidadora primaria se busca favorecer la adaptación a la fase de la enfermedad de su esposo y favorecer la toma de decisiones	Apoyo psicoterapéutico, inicio de duelo anticipado en esposa (aceptación de la condición actual de su pareja). Ventilación emocional

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 149

16/12/ 09				X	<p>Paciente con enfermedad oncológicamente avanzada, presenta clara acción hacia principio de realidad, su sentido de autonomía le ha permitido participar activamente en todo su proceso, su cuidadora primaria(esposa) ha tomado un rol activo permitiendo y apoyando significativamente procesos de cierres emocionales e informando a paciente paso a paso procedimiento teniendo en cuenta que en el pasado la cuidadora sobreprotegía y presentaba límites rígidos y claudicación, al cambiar su posición logra llegar a fase de aceptación (duelo anticipado)</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico Asistencia familiar Refuerzo positivo</p>
14/12/				X		Intervención

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 150

09			<div data-bbox="396 210 729 365" style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>[Escriba una cita del documento o del resumen de un punto]</p> </div>		<p>Paciente con enfermedad oncológica avanzada.</p> <p>Sistema familiar con elaboración emocional favorable y acercamiento a principio de realidad. No se hallan en el momento Miedos asociados a condición de enfermedad terminal de paciente.</p> <p>Se refuerzan pautas de interacción psiocafectiva con paciente y herramientas para afrontamiento familiar.</p>	<p>psicológica Terciaria</p> <p>Se realiza soporte familiar ante proximidad de muerte.</p>
08/12/09	52 AÑOS	X		X	<p>PSICOLOGIA CLINICA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS</p> <p>Paciente adulto intermedio con enfermedad oncológica avanzada y con adecuado control de dolor.</p> <p>Sistema familiar dan soporte emocional a</p>	<p>Intervención psicológica terciaria</p> <p>Soporte familiar y se fomenta afrontamiento activo frente a duelo anticipado.</p>

ENRIQUE VÁSQUEZ

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 151

					paciente, a paciente y sistema familiar, se refuerzan pautas de interacción psicoafectivas y herramientas para adaptación y afrontamiento funcional	
01/12/09				X	<p>Paciente no evidencia conductas de dolor, se observa con afectación anímica por pérdida asistencial hacia respuesta positiva, se evidencia “conspiración de silencio” en red familiar, sin embargo paciente evidencia acercamiento a principio de realidad hacia pronóstico y evaluación.</p> <p>Se hace contención emocional a esposa de paciente, se facilita expresiones de emociones y pensamientos respecto a mantener una posición</p>	<p>Soporte emoción a la a esposa.</p> <p>Se clarifican conceptos de (calidad de vida, bienestar, comunicación eficaz y asertiva)</p> <p>Se provee recursos propios y de comunicación.</p> <p>.</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 152

					evitativa y de negación frente a evolución de la enfermedad.	
28/11/09				X	Paciente con cuidado pertinente, adecuada respuesta a reactividad hospitalaria, sin conductas moleculares de dolor, familiar (esposa) con mecanismos evitativos y de atención, se realiza reunión familiar para suministrar pautas de comunicación y promover la autonomía del paciente y ejecutar las demandas que el paciente desea, Se sugiere movilizar recursos y lograr un acercamiento emocional para realizar los cierres emocionales.	Apoyo psicoterapéutico. Ventilación emocional

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 153

30/11/ 09				X	Se realiza el cierre por muerte del paciente..	Seguimiento Apoyo emocional.
02/12/ 09				X	Paciente se muestra con afectación anímica por pérdida asistencial respuesta positiva, acontecer psíquico del paciente está fundamentada en percepción pobre de recursos propios frente a control de dolor, aumento de recursos de comunicación en núcleo familiar el cual provee de los cuidados psicoafectivos y físicos pertinentes	Apoyo psicoterapéutico. Psi coeducación y facilitar acción preventivas y adaptativas frente a conductas de dolor y evolución de enfermedad.
04/12/ 09					Paciente se muestra afectado anímicamente asociado a la no presencia de sus hijos, se evidencian	Apoyo Psicoterapéutico. Se proporciona refuerzo y pautas de

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 154

					<p>estrategias de silencio y negación en cuidador primario (ante condición crítica con respecto a sus hijos) percibe agotamiento emocional y claudicación en esposa, sin embargo cuidadora primaria muestra un cambio de postura y fase de aceptación frente a enfermedad y proximidad de muerte y persevera en cumplir demandas del paciente.</p>	<p>adaptación frente a desenlace inicio de duelo anticipado.</p>
04/12/09				x	<p>Paciente se muestra afectado anímicamente y en espera de la presencia de sus hijos, realiza cierres emocionales, cuidador primario sobre protege sin embargo quebranta límites de rigidez y permite espacio terapéutico donde se precisan elementos</p>	<p>Apoyo Psicotepeutico.</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 155

					ansiógenos derivados de cubrir demandas a la ultima hora, cuidador permite catarsis y propicia estrategias de afrontamiento hacia duelo anticipado	
05/12/09				X	. Paciente evidencia pérdida de identidad debido a desorientación autopsiquica y manifiesta exposición de últimas voluntades inicio de cierres emocionales, percepción positiva y global de atención y asistencia psicoafectiva. Sistema familiar en movilización activa ante crisis nuclear NO NORMATIVA, con acercamiento a principio de realidad en vivencia emocional activa. Se resalta acompañantes sociales	Intervención psicológica terciaria. Se realiza soporte familiar para favorecer la comprensión de las reacciones del paciente (confusión y hostilidad) suministrando pautas para prepararlos para la pérdida y prevención de duelo patológico.

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 156

					pautas para realizar interacción que incida favorablemente a paciente.	
07/12/09				X	<p>Cuidadora principal presenta evolución emocional favorable, mayor participación, disminución de conductas de evitación y acercamiento a principio de realidad y aceptación de desenlace.</p> <p>Esposa sigue pautas para manejo familiar en crisis sistemática, no conspiración del silencio e información y comunicación emocional asertiva con hijos.</p>	<p>Intervención psicológica terciaria</p> <p>Se promueve la adaptación emocional y capacitación para afrontamiento en esta fase de la enfermedad.</p>
09/12/09				X	<p>Paciente evidencia una percepción de su realidad clara y lógica donde la</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico.</p> <p>Suministro de pautas</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 157

					noción de enfermedad es activa y fundamentada en criterio medico y le permite el paciente detectar elementos reparadores y efectuar cierres emocionales y verbalizar de manera espontanea su desenlace, se provee apoyo a su esposa de mecanismos de apoyo y búsquedas de acciones relajantes dirigidas en positivo y con propósito de minimizar agotamiento y claudicación.	interrelacionales y refuerzo positivo (para ampliar los canales de comunicación y tar
11/12/09	11.HUMBERTO MARTINEZ	67 AÑOS	x	x	Paciente adulto mayor, sistema familiar con límites claros, se observa levemente afectado anímicamente por pérdida asistencial y funcional, evidencia sentimientos de frustración e impotencia, sin embargo moviliza	Apoyo emocional Reevaluación positiva. Inicio de duelo anticipado.

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 158

					<p>recursos adaptivos internos propendiendo a un buen afrontamiento cuidadora primaria presenta sobrecarga leve, se recomienda el relevo hacia otro miembro de la familia. Se facilita la expresión de emociones y sentimientos contradictorios frente a situación actual de su familiar.</p>	
14/11/09		50 años	X	X	<p>Paciente adulto intermedio con enfermedad d oncológica avanzada, con red de soporte afectivo. Sin conductas moleculares de dolor, evidencia acercamiento a principios de realidad y pronóstico medico, se brindan pautas para aceptación de la</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico Suministro de pautas interrelacionales y refuerzo positivo.</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 159

					realidad.se propicia espacio con cuidadora para quebrantar fase de negación y prever duelo patológico.	
17/11/ 09				x	Paciente en mal estado general, en afrontamiento de pérdida de la realidad, paciente que requiere acompañamiento constante, se informa a familiares. Se brindan pautas para interacción que incidan favorablemente en paciente y finalmente se realicen cierres emocionales. Se realiza cierre debido a muerte del paciente.	Apoyo psicoterapéutico Apoyo familiar
19/11/ 09				X	Paciente sin conducta molecular de dolor. Se realiza acompañamiento a familiar, se brindan pautas para interacción asertiva con pacientes, se invita a movilización y acercamiento emocional en	Intervención psicológica terciaria.

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 160

					proceso de pérdida anticipada que permita inicio de cierres globales.	
20/11/09				X	Paciente en afrontamiento de pérdida de su realidad, asuntos pendientes resueltos a excepción de cierre emocionales con hermano. Se brinda apoyo emocional y se refuerzan pautas de interacción con familiar presente que incida psicoafectivamente en Jairo. Se refuerza con apoyo espiritual.	Intervención psicológica terciaria.
23/11/09				X	Paciente con alteración comporta mental asociada a condición médica actual , alto costo emocional por parte de familiares en roles de cuidadores principales(DOS HEMANOS) FAMILIARES con roces y perturbación en la esfera	Asistencia familiar. Apoyo psicoterapéutico.

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 161

					físico y emocional , se refuerzan pautas para evitar agotamiento psicoemocional y se orienta a movilización familiar.	
24/11/09				X	Paciente con alteración comporta mental asociada a condición médica actual, mejor estado de conciencia sin embargo persisten alteraciones comportamentales alto costo emocional por pate de familiares. Se evidencia la necesidad de reforzar pautas de comunicación para favorecer una comunicación de calidad, clara entre familia y prepararlos para reparar y ventilar emociones. (se realiza una reunión entre hermanos y madre del paciente) teniendo en	Apoyo psicoterapéutico Se fomentas pautas de comunicación para facilitar el grado de disponibilidad y la predisposición de de comunicar y compartir y la percepción que ellos tienen del conflicto.

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 162

					cuenta situación de conflicto familiar.	
26/11/09				X	Paciente evidencia moderada red de apoyo afectivo. En compañía de familiares extensa, se brinda pautas para cuidados psicoafectivos con pacientes en proceso actual.	Intervención psicología terciaria
27/11/09				X	Paciente con asuntos pendientes resueltos a excepción de cierres emocionales con dos hermanos. Se brindan apoyo emocional a familiares y se refuerzan pautas de interacción que incida psicoafectivamente en Jairo.se refuerzan con apoyo espiritual	Intervención psicológica terciaria
28/11/09			x	X	En compañía familiar, paciente evidencia	Apoyo familiar para favorecer el proceso de

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 163

					<p>deterioro progresivo, en afrontamiento de pérdida de su realidad, en compañía de familia extensa ,se refuerzan pautas para cuidados psicoafectivos con pacientes en proceso actual, se refuerzan apoyo emocional a familiares .</p> <p>Se realiza cierre debido a muerte del paciente.</p>	<p>adaptación (última fase de duelo anticipado),</p>
29/07/09	7.RINCON TORRES GABRIEL ANTONIO	16 AÑOS	X	X	<p>Paciente adolescente con cáncer metastásico, se evidencia red de apoyo afectivo, sistema familiar presenta conspiración del silencio. Se realiza acompañamiento a cuidadora principal, se permite la expresión emocional, se interviene en ventilación emocional.</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico</p>
30/07/09				X	<p>Paciente evidencia a nivel de su sistema familiar “</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 164

					conspiración de silencio”, con buena respuesta en afrontamiento según concepción médica sin conductas moleculares de dolor , sin embargo alto riesgo de conductas operantes	
01/08/09				X	Paciente con acompañamiento permanente, cuidadora principal, se refuerzan pautas para manejo en técnicas ambientales orientadas a descentralizar foco atencional de estímulo doloroso y reforzar recursos personales en Uriel para el manejo de dolor	Apoyo psicoterapéutico
30/12/08				X	Paciente consciente, intranquilo, afecto triste, con dolor en el momento.	Provisión de apoyo emocional, se evidencia sentimientos de indefensión y de

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 165

						abandono por parte de familia extensa (persiste concretar comunicación con hermanos),apoyo espiritual
31/12/08				X	Cogniciones inadecuadas en técnicas para control personal del dolor.	Se reestructura técnica cognitiva para manejo y control personal del
04/08/09				X	Paciente con reacción emocional normativa ante múltiples pérdidas el ciclo evolutivo asociadas a estancia hospitalaria. Se permite expresión emocional, y se interviene psicoterapia de apoyo se sugiere terapia ocupacional.	Apoyo psicoterapéutico, Se sugiere terapia ocupacional
05/08/09				X	Paciente con elaboración favorable ante pérdidas en el ciclo psicoevolutivo asociadas a estancia hospitalaria. Se sugiere de terapias ocupacional.	Refuerzo + Se sugiere terapia ocupacional.

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 166

06/08/ 09				x	Paciente sin conductas moleculares de dolor .buena respuesta en elaboración ante afrontamientos de pérdidas asociadas a ciclo psicoevolutivo y contingencia actual en separación de vínculo afectivo relevante .leve riesgo en conductas operantes	Se sugiere valoración por terapia ocupacional
08/08/ 09				X	Paciente sin conductas moleculares de dolor, buena respuesta en elaboración ante separación en vínculo afectivo relevante, leve riesgo en conductas operantes.	
10/08/ 09				X	Paciente con dolor incidental, buena respuesta en la elaboración en vínculo afectivo relevante factores protectores personales que han	Refuerzo +

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 167

					favorecido ,leve riesgo en conductas operantes	
14/08/09				X	Paciente sistema familiar adaptación conspiración de la información. Moderada respuesta en enfrentamiento según concepción	Refuerzo +
15/08/09				X	Paciente con sistema familiar con conspiración de silencio , respuesta normativa ante cambio en imagen corporal , con buena respuesta en afrontamiento según concepción médica , factor que predispone a conductas operantes de dolor .se acompaña en facilitar la expresión emocional, se realiza apoyo emocional ,abordaje psicoterapéutico pertinente se hace difícil dada conspiración del silencio por parte de sistema familiar .	Apoyo emocional

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 168

18/08/ 09				X	<p>Paciente con mejor respuesta anímica sin embargo existe tendencia a la irritabilidad, se realiza acompañamiento psicoterapéutico, se orienta proceso a manifestación emocional funcional, evidencia creencias irracionales sobre terapia dérmica, se observa predisposición altamente negativa sobre los mismos – posible desplazamiento – se realizara manejo cognitivo.</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico. Se proporciona pautas de autocontrol.</p>
20/08/ 09				X	<p>Paciente con ánimo reactivo asociado a ideas de desesperanza. Se acompaña en ventilación emocional, se realiza en entrenamiento en comunicación asertiva.</p>	<p>Apoyo psicoterapéutico.</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 169

22/08/ 09				x	Paciente con buena evolución en elaboración modificación de ideas disfuncionales asociadas a desesperanza y afrontamiento a proceso Actual.	Refuerzo+ Reestructuración cognitiva.
24/08/ 09				x	Paciente con alteración anímica irritabilidad, sin embargo cogniciones funcionales sobre afrontamiento actual según concepción de condición médica. Se realiza terapia de relajación pasiva con imaginería.	TCC
25/08/ 09				x	Paciente en afrontamiento pasivo ante concepción de condición médica (familiares en conspiración del silencio) respuesta de irritabilidad normativa ante vivencia de síntomas	TCC

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 170

					subyacentes de su patología. Se aborda PAD y se realizara ventilación emocional. Se continua en el entrenamiento en técnicas ambientales para descentralizar foco atencional del estimulo doloroso.	
27/08/09				X	Paciente con afectación anímica lamentable en riesgo ante mecanismo de afrontamiento personal. Se continúa la intervención psicoterapéutica.	Apoyo psicoterapéutico
29/08/09				x	Paciente adolescente con alteración anímica asociada a percepción de abandono y necesidad de atención y cuidados psicoafectivos pertinentes dada afrontamiento actual con pobres oportunidades de manifestación emocional	Apoyo psicoterapéutico

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 171

					por contención reforzada, se brinda apoyo emocional, se reforzara con ventilación emocional	
31/08/09				x	<p>Puesta en marcha de sugerencias de intervención proactivas dadas a los padres para promover extinción de sensación y abandono en Uriel.</p> <p>Se continua el apoyo emocional y técnicas personales para descentralizar foco atencional de estímulo doloroso.</p>	Intervención psicológica terciaria
07/09/09				X	<p>Paciente con enfermedad oncológica avanzada, sistema familiar nuclear en afrontamiento de crisis no normativa, familiares con respuesta normativa ante suceso sin embargo elaboración cognitiva que</p>	IPT

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 172

					<p>acerca a principios de realidad, se continuara terapia de duelo anticipado, se sugiere inicio de cierres emocionales.</p> <p>Se termina intervención a paciente por muerte, se realiza cierre y soporte familiar y espiritual.</p>	
22/10/08	8.LIZARAZ O DE NAVARRO GRABIELI NA	78 años	X	X	<p>Paciente con enfermedad oncológica avanzada. Familiares expresan vivencia de duelo anticipatorio y adaptación psicoemocional ante vivencia de pérdida significativa.</p>	<p>Se realiza acompañamiento a cuidadora afectiva familiar Flor Alba, se sugiere inicio de proceso de cierre emocional, se proporcionan herramientas de afrontamiento funcionales.</p>

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 173

23/10/ 08		78 años	x	x	Paciente conciente, serena, receptiva, afecto triste, con acompañamiento familiar. Elaboración de cierre emocional debido a muerte de la paciente.	Apoyo emocional, se evidencia límites claros y una red de apoyo familiar encaminado proporcionar bienestar y cálida de vida ante proximidad de muerte, se concreta reunión familiar para apoyo espiritual y elaboración de cierre emocional
23/12/ 08	9. MARTINE Z PADILLA ESTER TEODOSIA	34 AÑOS	X	X	Paciente con conductas funcionales de dolor	Psicoeducacion, adhesión a PCA
27/12/ 08			X	X	Paciente, conciente, tranquila, afecto apropiado , con dolor controlado	Refuerzo positivo, acompañamiento espiritual.

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 174

29/12/ 08			x	x	Paciente consciente, intranquila, animo triste, con dolor en el momento	Refuerzo a cuidador principal, se evidencia empobrecimiento en red familiar y comunicación bloqueada de familia extensa, se fomentan pautas de autocontrol y manejo de cogniciones (actitudes, pensamientos) que preceden a la conducta de dolor
30/12/ 08			x	x	Paciente consciente, tranquila, afecto triste, con dolor en el momento	Provisión de apoyo emocional, se evidencia sentimientos de indefensión y de abandono por parte de familia extensa (persistente concentrar comunicación con hermanos), apoyo espiritual.

Acompañamiento Psicoterapéutico en Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos 175

31/12/ 08			x	x	Cogniciones inadecuadas en técnicas para control personal de dolor.	Se reestructura técnica cognitiva para manejo y control personal de dolor.
02/01/ 09			x	x	Dolor controlado, aceptable respuesta anímica sin embargo no se desestima la habilidad ante vivencia actual	Se brindan pautas a cuidadora afectiva- cuñada- para realizar interacción que incida psicoafectivamente en paciente. Psicoterapia de apoyo
03/01/ 09			x	x	Paciente con Melanoma metas tatico, múltiples metástasis , mal estado general, delirium, soporte de oxígeno, manejo paliativo, se explica a familiares (hermana) estado de la paciente, neoplasia en progresión. Se elabora cierre debido a muerte de la paciente.	Manejo exclusivamente paliativo IC psiquiatría por delirium

