

## UT 8: ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL ENFERMO CRÓNICO

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.
2. APOYO PSICOLÓGICO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS ESPECÍFICAS
3. ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL ENFERMO CON DOLOR CRÓNICO
4. APOYO PSICOLÓGICO AL ENFERMO TERMINAL
5. APOYO PSICOLÓGICO A LA PERSONA MALTRATADA.

### 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Son las siguientes:

- A) Suelen aparecer **lentamente** ( a veces bruscamente)
- B) Afectan en mayor o menor medida la **calidad de vida** del paciente (grado de incapacidad- dependencia/capacidad del paciente para convivir con la enfermedad)
- C) Su tratamiento no tiene un fin curativo, es un **tratamiento paliativo**, que alivia los síntomas y mejora la calidad de vida. La enfermedad no se cura nunca (tendencia al **desánimo y la depresión**). Algunas tienen un carácter **estigmatizante** (sida, enfermedades mentales), generando en el enfermo o en sus familiares sentimientos de vergüenza/castigo/culpa.
- D) Su evolución puede ser **no progresiva**, el enfermo se estabiliza en su estado, o puede ser una enfermedad crónica **degenerativa** (síntomas cada vez más severos e incapacitantes)
- E) Son frecuentes las **consultas** médicas, las **visitas a la oficina de farmacia** e incluso las **hospitalizaciones**.

### Reacciones emocionales ante una enfermedad crónica

1.- En primer lugar cuando se produce el diagnóstico es común que el paciente pase por las siguientes **fases** (no todos los enfermos pasan por todas ellas, depende del **ESTILO DE PACIENTE**):

- A) **NEGACIÓN**: rechaza el diagnóstico
- B) **IRA**: protestas, colérico, difícil de tratar
- C) **UTILIZACIÓN**: llamar la atención, obtener beneficios de su situación de enfermedad

D) **ACEPTACIÓN:** asume la situación

2.- En segundo lugar una vez que la enfermedad ya se ha asumido la **actitud del enfermo** puede ser:

- A) **PASIVA:** acepta todo con resignación, no quiere molestar a nadie, no tiene entereza,...
- B) **PREOCUPADA:** se preocupa de forma enfermiza por su salud, pesimista, hipocondríaco,...
- C) **INTROVERTIDA:** no habla, no busca ayuda,...
- D) **EXTROVERTIDA:** habla de su enfermedad, busca ayuda, expresa sus emociones, ayuda a otros,...

3.- En tercer lugar son de gran importancia para la manera en que el paciente vive la enfermedad las **experiencias previas del paciente** en relación a problemas de salud:

- A) Información que ha leído, visto, web,...
- B) Experiencias propias o de familiares con igual o distinta enfermedad
- C) Información recibida a través de los profesionales sanitarios (médico/de Enfermería/Farmacia).

Por último en todos los enfermos crónicos se produce en mayor o menor medida un **CAMBIO DE ROL** en una o varias facetas de su vida (dentro de su familia, en el trabajo, con sus amigos, en la sociedad).

### **Atención al paciente crónico y a su familia**

- Informar bien al paciente sobre su enfermedad en sus vistas a la OF. Intuir lo que el enfermo sabe o no sabe, no darle más información de la que le haya dado su médico, remitirle a este para que amplíe la información.
- Fomentar en el paciente la **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**: La Organización Mundial de la Salud define la adherencia a un tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento.
- Mostrar disponibilidad para escuchar sus pensamientos y temores (escucha activa)/ empatía/ usar la comunicación no verbal adecuadamente/ relación de ayuda.
- Actuar con delicadeza y entereza (evitar sentimientos de "lástima")

- Potenciar en él los hábitos de vida saludables (dieta, ejercicio,...) y las medidas para manejar el stress.
- Informarle sobre grupos de ayuda mutua/asociaciones relacionadas con su enfermedad
- Fomentar en el las habilidades de autocuidado (ej: en la diabetes)
- En cuanto a la familia: mostrarse cercano, hacerles ver la importancia del tratamiento, ayudarles a comprender el estado de ánimo del enfermo, aconsejarles que fomenten la autonomía del enfermo y el autocuidado y eviten la sobreprotección.

## 2. APOYO PSICOLÓGICO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS ESPECÍFICAS

### Enfermedades oncológicas

Para entender la importancia del cáncer basta con recordar algunas cifras: en los países desarrollados una de cada dos personas padecerá un cáncer, y el 20% de las muertes se deben a este grupo de enfermedades. Cifras positivas son las siguientes: más de la mitad de los cánceres se curan y un tercio de ellos se podrían evitar siguiendo unas normas sencillas (tabaco, alcohol, chequeos, consumo de fibra, sol, sobrepeso).

### APOYO PSICOLÓGICO A PACIENTES ONCOLÓGICOS

#### Aspectos psicológicos

El diagnóstico de cáncer supone una serie de **consecuencias** para el enfermo y su familia a nivel emocional, laboral, económico y social:

- I. Son frecuentes los **cambios de rol** para el enfermo a nivel de su familia, de su trabajo, y de su vida social:
  - . Otros miembros de la familia pueden sufrir también con motivo de la enfermedad un cambio de rol al asumir el rol que tenía antes el paciente
  - . Puede verse afectada la estabilidad económica de la familia.
  - . En otros casos el paciente era el soporte emocional de la familia y con el cambio de rol deja de serlo.
  - . los ingresos en el hospital y los efectos secundarios del tratamiento pueden afectar la vida social (ocio, amistades) del enfermo
- II. En el **25-35%** de pacientes con cáncer se detectan manifestaciones o enfermedades a nivel psicológico, porcentaje que en el caso de hospitalización o de estar recibiendo quimioterapia puede elevarse al **50%** según los diferentes estudios publicados.

Son frecuentes las siguientes **manifestaciones psicológicas**:

- Miedo a la enfermedad (falta de información sobre las pruebas diagnósticas, los efectos secundarios del tratamiento, la efectividad de los tratamientos recibidos,..., experiencias previas en uno mismo o personas cercanas, tendencia al pesimismo)
  - Miedo al rechazo de otros ( por la enfermedad, por los cambios físicos, "contagio")
  - Cuadros de estrés/ansiedad o depresión (la ansiedad disminuye las defensas del organismo)
  - Inseguridad, incertidumbre ante el pronóstico, supervivencia,... (el personal sanitario le informa de porcentajes pero el paciente no sabe en qué lado de los porcentajes estará, en el favorable o en el desfavorable)
  - las alteraciones de la imagen corporal (por la enfermedad o por los tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia y/o cirugía) pueden afectar psicológicamente al enfermo (más común en adolescentes)
  - sensación de falta de control sobre el futuro propio
  - sentimiento de culpa (consumo de tabaco, alcohol,...como causantes de la enfermedad)
  - dificultades de comunicación con miembros de la familia (miedo a hablar en todos ellos, miedo a preocuparles en el enfermo, no se atreven a preguntarle los familiares, no saben si el enfermo quiere hablar,...lo que lleva a un problema de incomunicación y a que el paciente no reciba el apoyo que necesita de su familia)
  - dificultades en su vida sexual
  - el consiguiente deterioro de la autoestima que conlleva todo lo anterior supone una importante barrera en la autonomía personal de muchos pacientes.
- III. Las manifestaciones en el ámbito psicosocial pueden iniciarse desde el momento de sospecha del diagnóstico o bien pueden surgir o agravarse más tarde, por ejemplo con la confirmación del diagnóstico, cuando se reciben los tratamientos médicos, cuando se llega a la finalización de los tratamientos y cuando aparecen las recidivas.

## **SIDA**

La persona que tenga en su organismo el virus del SIDA (portador/seropositivo; o persona con SIDA) recibirá **de por vida un tratamiento cuya finalidad** es frenar la multiplicación del virus y evitar que la persona desarrolle el síndrome (si sólo es portador) o empeore (si ya tiene el síndrome). Con los tratamientos actuales el SIDA es una **enfermedad crónica** con una mejor expectativa de vida, con mejor pronóstico y con períodos de tiempo largos libres de síntomas.

El paciente de SIDA será un paciente / cliente habitual y podremos **ayudarle** con su enfermedad:

- Fomentando en él la **adherencia al tratamiento**

- Recordándole, si es necesario, que debe mantener las **precauciones para no transmitir la enfermedad** (conductas de riesgo). Si tenía alguna adicción debería abandonarla.
- Puede aparecer un **sentimiento de culpa**, que se debe desterrar en estos enfermos.
- Son frecuentes los períodos de **ansiedad y depresión** relacionados con distintos “temores” (al aislamiento social, a contagiar a otros, a los efectos del tratamiento, a no poder soportar la situación, a ser dependiente, a perder el trabajo o los recursos económicos)
- Tanto cuando se produce el diagnóstico como más adelante (al iniciar un tratamiento nuevo, si le bajan las defensas, cuando tenga alguna infección, cuando muera de sida alguna persona que conozca, cuando sufra el rechazo de otros,...) pueden producirse **momentos de desesperanza** para el paciente sufriendo lo que se conoce como **duelo anticipado** (rabia y pena ante una muerte anunciada)
- También se le aconsejará buscar **ayuda profesional** desde el punto de vista **mental** si se considera necesario.

## Enfermedades psiquiátricas (mentales)

*Alrededor de 450 millones de personas en todo el mundo padecen una enfermedad mental. La esquizofrenia, uno de los trastornos mentales más graves, afecta a 52 millones de personas en el mundo y a más de 400.000 en España, lo que supone el 1% de la población. Una cifra a la que habría que añadir el número de afectados por otros problemas de Salud Mental, tales como el trastorno bipolar, la depresión o la ansiedad. A pesar de la gran incidencia de estas patologías, el ámbito de la Salud Mental es uno de los que más carencias presenta en cuanto a recursos asistenciales.*

**Las enfermedades mentales** son aquellas enfermedades que presentan **alteraciones** en el pensamiento, las emociones y/o el comportamiento de las personas. En la mayoría de estas personas se produce un **sufrimiento psicológico** al padecer la enfermedad. Es frecuente que la enfermedad evolucione en **brotes/recaídas** (brote psicótico), entre los cuales hay períodos asintomáticos.

Es frecuente que se tengan **prejuicios** contra estas enfermedades, derivados generalmente del desconocimiento y del miedo hacia ellas. Existen un sinnúmero de expresiones para denominar estas enfermedades cuyo uso se debe evitar (actividad: poner ejemplos). **Es necesario eliminar el estigma social que rodea a estas patologías.** Cuando una persona padece alguna dolencia nos preocupamos y nos interesamos por su estado, sin embargo en el caso de la enfermedad mental casi se evita preguntar a los familiares. El rechazo supone una carga más que se une a la angustia que este tipo de patologías provoca en el seno familiar.

No se trata de una sola enfermedad si no de un **grupo de enfermedades** entre las que se incluyen algunas ya vistas (ansiedad, depresión, demencias) y las denominadas **enfermedades psicóticas** (como la esquizofrenia; en estas enfermedades se produce una pérdida del contacto con la realidad, alteraciones del pensamiento, alucinaciones, delirios, conductas extravagantes). El **tratamiento** de estas enfermedades se basa en dos aspectos:

- . el tratamiento **farmacológico** prescrito por el psiquiatra o el médico de familia, que permite a muchos de estos pacientes llevar una vida normal y vivir en sociedad
- . el tratamiento **psicológico: psicoterapia** realizado por un terapeuta (psicólogo o psiquiatra) que se basa en la palabra y la comunicación y otras técnicas, fomentando los recursos propios del paciente para que resuelva sus conflictos internos.

En la ATENCIÓN A CLIENTES /FAMILIARES CON ENFERMEDADES MENTALES: vamos a destacar los siguientes aspectos:

**\*Prejuicios y miedos** por parte del personal sanitario:

- con frecuencia las personas con enfermedades mentales tienen dificultades para comunicarse, para tener relaciones interpersonales. Por ello cuando se les atiende se puede tener una sensación de **FALTA De CONEXIÓN/ ENTENDIMIENTO** con ellas. Con el trato continuo con ellos se verá que tienen **las mismas necesidades psicosociales** que cualquier otro cliente, y que debemos tratarlos con respeto y humanidad.
- Veremos que los **prejuicios** sobre estas enfermedades son infundados. Uno de los prejuicios más comunes es el de **sufrir daños físicos** causados por estos pacientes. Esto es poco frecuente sobre todo si el paciente sigue bien su tratamiento (hay que insistir especialmente en ello con estos pacientes). Aún así si se produjera en la OF alguna situación de **agresividad** por parte de uno de estos clientes hay que actuar con calma, intentando reconducir la situación y pidiendo ayuda a los compañeros.

**\*En relación al tratamiento farmacológico:** su finalidad es **mejorar la calidad de vida del paciente y su familia**, ayudándolos a sobrellevar la enfermedad. Los fármacos usados son los antipsicóticos. Es especialmente importante en estos enfermos la **adherencia** al tratamiento que debemos controlar en la medida de lo posible a través de ellos o de sus familiares. Los dos factores más importantes que generan el incumplimiento farmacológico son :

- **la falta de conciencia de la enfermedad** : Muchas personas que sufren un trastorno mental no son conscientes de que están enfermos o bien se niegan a aceptarlo. Nadie querría tener una enfermedad crónica que, además, conlleva un gran rechazo social como es el caso de la enfermedad mental.

- Por otra parte, los psicofármacos que se utilizan para tratar algunas de las enfermedades mentales tienen **importantes efectos secundarios** como el aumento de peso o la somnolencia, lo que produce el abandono de la medicación en estos pacientes.

El tema del incumplimiento de la medicación es especialmente importante en el caso de la esquizofrenia, ya que aproximadamente el 75% de los pacientes incumplen el tratamiento al cabo de dos años de haber iniciado el mismo.

Cuando el enfermo no toma la medicación de forma regular o abandona el tratamiento, se incrementa el riesgo de sufrir recaídas, siendo mayor también el deterioro del enfermo.

\*Conocer e informar de **los recursos** de los que disponen estos pacientes: estos pacientes se pueden beneficiar de :

- **Rehabilitación y actividades de apoyo.** Enseñándoles las destrezas necesarias para vivir en la sociedad (reinserción social) independientemente o en pisos tutelados, y para hacer una reinserción laboral (talleres ocupacionales, cursos formativos,...)
- **Psicoterapia**
- **Centros asistenciales:** de día, ingresos de corta estancia, internamiento voluntario u obligatorio. Institucionalización (ingreso a largo plazo)

\*Atención a sus **familiares:** la familia es, para muchos de estos enfermos, el soporte emocional, económico y físico. Esto crea en la familia diversos problemas:

- Viven en una situación de **estrés**
- La familia debe procurar que el enfermo lleve una **vida sana** y que ,en la medida de lo posible, el enfermo debe mantener una **vida social**. (grupos de ayuda mutua)
- La familia será la principal colaboradora en la **adherencia** del enfermo al tratamiento
- La familia juega un importante papel en la **prevención y diagnóstico precoz de las recaídas**, reconociendo los cambios que parecen antes un nuevo brote de la enfermedad

## Diabetes

La ayuda que podemos prestar al paciente diabético en la OF se orientará a hacer que se responsabilice de su autocontrol en dos aspectos: cumplir con la toma de su medicación bien sea por vía oral o por autoadministración, hacerse los controles de glucemia (dispositivos medidores de glucemia) que le indique su médico.

## Hemodiálisis

Las personas en hemodiálisis o diálisis peritoneal se encuentran a la espera de un trasplante renal. Los aspectos psicológicos a destacar en estos pacientes son:

. pueden tener limitaciones a su vida normal por la enfermedad y por el tratamiento, con un grado mayor o menor de dependencia, y de limitación de su vida laboral y social.

. viven una situación de incertidumbre sobre la evolución de su enfermedad y sobre todo sobre sus posibilidades de ser sometidos a trasplante, lo que generará en ellos ansiedad/estrés.

### 3. ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL ENFERMO CON DOLOR CRÓNICO

**Dolor crónico:** Su duración es **superior a los 6 meses**. Los medicamentos que se utilizan no tienen tanta efectividad sobre el dolor como ocurre cuando se trata de un dolor agudo. Los pacientes deben intentar aprender a convivir con el dolor durante un largo periodo de tiempo. El dolor es en parte un problema psicológico que incluye una serie de emociones. La respuesta inicial al dolor es el miedo, cuando el dolor persiste, el miedo se convierte en ansiedad y depresión.

Este problema afecta al **20% de la población mundial, y en España a casi cinco millones de personas**, mermando su calidad de vida. Para ayudar a estos pacientes existen las **Unidades del Dolor**, dedicadas a intentar paliar las molestias de los enfermos con dolores crónicos.

La Unidad de Dolor lo que busca es **reducir lo máximo posible la intensidad de un dolor crónico**, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente. Suelen estar gestionadas por anestesiólogos, psiquiatras y neurocirujanos, que trabajan junto a enfermeros, rehabilitadores y psicólogos, para dar un tratamiento lo más global posible.

#### Aspectos psicológicos

Las personas con dolor crónico se comunican de manera diferente a la gente que está bien, pueden ser incapaces de hablar sobre sus sentimientos. O pueden hablar en una especie de «código» y dirán que se sienten bien cuando realmente están sufriendo por su dolor. A veces simplemente no tienen palabras para describir cómo se sienten.

Muchas veces se sienten cansados, irritables y retraídos.

Estos factores pueden crear frustración y a menudo conducen a una ruptura en la comunicación entre el que sufre dolor y aquellos cuya misión es tratar de entenderlos .

#### Apoyo psicológico

1. ¡Escucha activa!, escuchar de verdad, no fingir
2. Creer a la gente cuando dice que tienen dolor, ya que a veces se piensa que los enfermos de dolor crónico exageran su dolor con el fin de ganar la simpatía o evitar



responsabilidades.

3. Usar preguntas abiertas que transmiten que se está interesado en lo que el paciente experimenta

4. Ser honesto acerca de las limitaciones del propio conocimiento. Es difícil ver que una persona tiene dolor y no saber cómo ayudarlos. A nadie le gusta ver a alguien sufrir. Puede ser muy tentador ofrecer consejos bien intencionados como "vas a tener que aprender a vivir con él",...Es mejor admitir que no se sabe la respuesta en vez de decir algo que sin querer puede ser inadecuado.

#### 4. ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL ENFERMO TERMINAL

Según la definición de la OMS y de la Sociedad española de cuidados paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.

El paciente, normalmente **es consciente** de la gravedad de su enfermedad, debido a que ve las complicaciones físicas que tiene, a los tratamientos médicos prolongados a los que ha sido sometido y al aumento más/menos constante de las dosis de medicación que recibe.

Además, percibe un **cambio general de sus condiciones** físicas y una notable alteración **de los hábitos cotidianos** (actividad, dieta, evacuación,...), asociándose en muchas ocasiones los trastornos del sueño con el miedo a una muerte próxima.

Cabe destacar también la **disminución progresiva en sus relaciones con los demás**. Por la enfermedad, su nivel de actividad va a descender y, con ello, su oportunidad de relacionarse con gente con la que antes sí lo hacía, facilitando esto una mayor propensión a estados depresivos.

La sintomatología depresiva que puede aparecer es: tristeza, apatía, desesperanza, baja autoestima, sentimiento de ineficacia, indefensión, ideas de culpa

#### Problemas de comunicación

Es lo que se ha dado en llamar la **"conspiración del silencio"**. El paciente no comunica sus preocupaciones por no molestar y los miembros de la familia tampoco permiten que las quejas se manifiesten para así no dar importancia a la gravedad de la situación queriendo dar la impresión de que **"no ocurre nada"**, o bien con el fin de huir de los propios miedos a afrontar la realidad de la muerte y poco a poco **se va construyendo un muro entre el enfermo y las personas que le rodean**.

#### Apoyo psicológico al paciente terminal y a su familia

La OF puede jugar un papel clave para reforzar el desarrollo adecuado de unos **cuidados paliativos en el hogar** que permitan que los pacientes terminales que así lo deseen permanezcan en sus casas. Con los pacientes terminales, "cuando parece que no se puede hacer nada aún se puede hacer mucho", "aunque es un enfermo que ya no responde al tratamiento, se puede actuar sobre algunos síntomas, como el dolor, y tratar de mejorar otros aspectos relacionados con la confortabilidad física y anímica del paciente".

- . dar **información, sin crear falsas esperanzas**

- . animar a la familia a **romper la conspiración del silencio**

- . El **afecto, cariño, apoyo y calor humano** que el personal de la OF ofrece al paciente y a su familia complementan la ayuda profesional.

- . cuando el paciente haya fallecido ayudar en la medida de lo posible a la familia en **el duelo**: este es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce después de la pérdida de un ser querido. Dura un tiempo tras el cual la persona recupera el equilibrio anterior. Se compone de las siguientes fases:

- . shock inicial: perplejidad y dolor

- . reflexión: pueden aparecer distintos sentimientos(rabia, miedo, culpabilidad, resentimiento,...)

- . etapa de tristeza, desinterés, desesperación

- . superación y vuelta al equilibrio anterior.

Para atender en la OF a la persona en duelo podemos seguir las siguientes pautas:

- . animar a la persona a hablar, ir al cementerio, esparcir las cenizas del difunto,..con el fin de asumir la realidad

- . desaconsejar la toma de decisiones rápidas

- . explicarle que lo que siente es normal.

- . animarle a crearse nuevas relaciones o intereses sin ver en ello nada malo.

## **5. ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LA PERSONA MALTRATADA**

¿Quiénes son con más frecuencia víctimas de maltrato?:

- Maltratar a un anciano : que es hacer algo, o dejar de hacer algo, que resulte en un daño para un anciano o ponga a un anciano indefenso en

riesgo de lastimarse. Incluye también la explotación económica y la “destitución familiar” o el abandono de cuidados.

- Maltrato infantil (físico, psicológico, sexual)
- Maltrato a personas con una discapacidad o enfermedad física o mental (por acción o por negligencia)
- Víctimas de violencia de género/violencia doméstica

¿Dónde y cómo se produce?:

- Con frecuencia entre miembros de una familia (padres a hijos pequeños, hijos a padres mayores, cuidador familiar o profesional a cuidado, pareja, ...)
- Puede ser violencia física y/o psíquica. La negligencia(no hacer algo que se debe hacer) puede ser también una forma de maltrato (por ejemplo descuidar a un hijo, a un anciano o a cualquier persona indefensa que no puede cuidarse a sí mismo)
- Hay situación de dominio del agresor sobre el agredido.

¿Qué se puede hacer en la OF?:

- Detectar posibles casos
- Crear las condiciones para que la víctima hable de su problema, sin presionarla
- Aconsejarla sobre dónde puede recurrir (teléfonos de atención, asistencia social,...).

-----