FICHA DE CONSULTA RÁPIDA
ATENCIÓN AL MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTE TERMINAL.

DEFINICIÓN

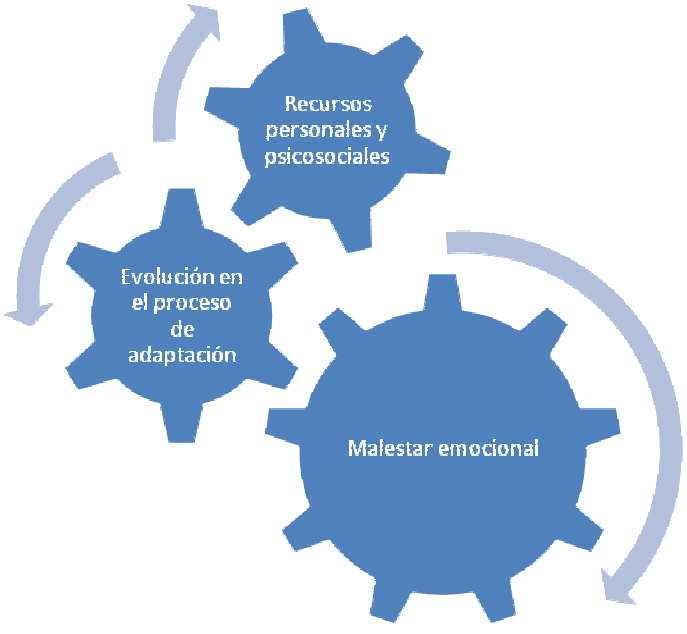
El ME se define como «una experiencia emocional multifactorial de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional) social y espiritual que puede interferir en la capacidad de afrontar adecuadamente la enfermedad, sus síntomas y sus tratamientos».

Hasta en el 58 % de los pacientes paliativos presentan niveles significativos de ME, y de estos, entre el 20 y el 35 % requerirían de intervención psicológica específica.

ORIGEN

El ME está directamente relacionado con los mecanismos de afrontamiento y el proceso de adaptación a la enfermedad avanzada que realizan los enfermos ante la percepción de amenaza.

Las respuestas emocionales del paciente y las estrategias de afrontamiento no son en si mismas normales o patológicas, sino adaptativas o desadaptativas en función de si ayudan o no a la persona a hacer frente a la situación que está viviendo. En las ocasiones en que son inadecuadas a la situación y dificultan el proceso de adaptación se denominan desadaptativas.



Criterios de emoción desadaptativa:

• Provocan malestar al enfermo o es valorado por él mismo como incapacitante o un problema

• Duración (más de una semana)

• Gran intensidad
• Ausencia de precipitantes o estímulos relacionados o la expresión emocional no se encuentra conectada con el motivo que expresa como provocador
• Afecta en gran medida a la conducta habitual
• Bloquea otras respuestas terapéuticas
• Impide al paciente tomar decisiones frente a la información de su situación vital y planificar su futuro
• Compromete la adhesión a los cuidados
• Afecta, negativamente, a terceros de forma significativa
• Quedan asuntos inacabados, tanto prácticos como emocionales, de importancia

SINTOMAS

La mayoría de los pacientes en esta situación, no satisfacen los criterios para el diagnóstico de ningún trastorno mental específico. Los trastornos mentales que sufren los pacientes se distribuyen en un espectro psicopatológico que abarca desde cuestiones de adaptación normal, incluidos los trastornos de adaptación mencionados en el DMS-IV, hasta síndromes que satisfacen todos lo criterios para el diagnóstico de un trastorno mental.
En este sentido es necesario atender a los distintos tipos de ansiedad que puedan aparecer:

1. Ansiedad reactiva:
   - Trastorno adaptativo con reacción ansiosa.
   - Trastorno adaptativo con características mixtas (ansioso/depresivo).

2. Trastorno ansiosos preexistentes:
   - Crisis de pánico.
   - Fobias.
   - Trastorno por ansiedad generalizada.
   - Trastorno por estrés postraumático.

3. Ansiedad relacionada con complicaciones médicas:
   - Dolor no controlado.
   - Causas metabólicas (hipoxia, hipertiroidismo).
   - Efectos secundarios fármacos (teofilina, agonistas beta2, ISRS, corticoides, anfetaminas).
   - Síndromes de abstinencia (nicotina, alcohol, fármacos).
   - Tumores productores de hormonas.

VALORACIÓN

Debe ser una valoración total del paciente y de la familia, y debe incluir:

- Valoración física: nivel de conciencia, dolor, otros síntomas…
- Valoración psicoemocional: signos de malestar emocional, reacciones emocionales no adaptativas, depresión... otros síntomas.
- Valoración espiritual: necesidades, existenciales o espirituales; cobran especial relevancia el sentido de la vida y del sufrimiento.

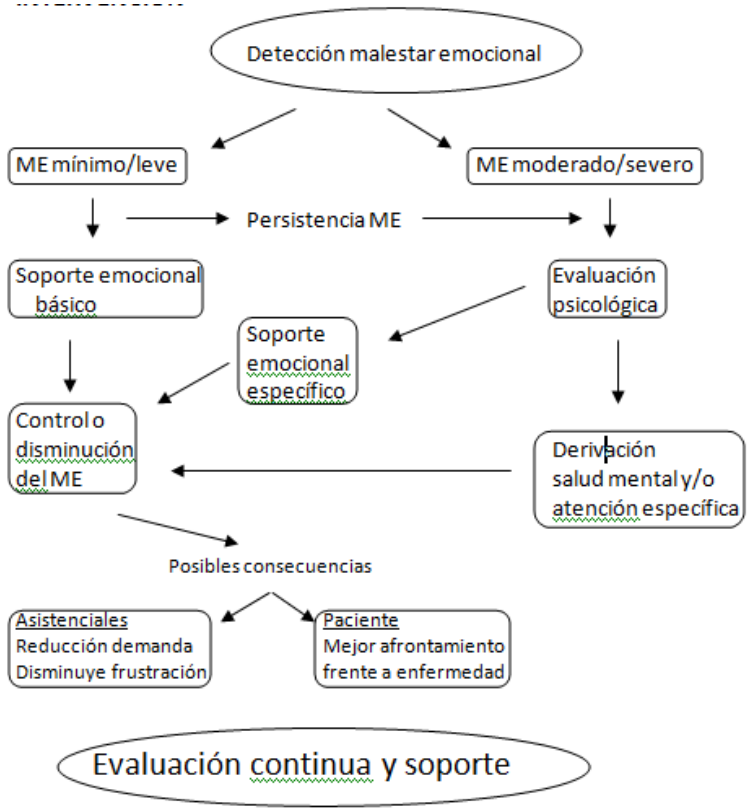
- Valoración de la situación de últimos días.
- Comprobación de la existencia de voluntades vitales anticipadas, si procede.
- Valoración sociofamiliar: Identificación de la persona cuidadora principal, de la conspiración de silencio, capacidad de respuesta, claudicación familiar.
- Valoración duelo (valoración de duelo anticipado y prevención de duelo patológico.

La herramienta por excelencia es la **ENTREVISTA CLÍNICA**, que permite evaluar de forma directa e individual la experiencia del paciente, su historia personal, el significado que atribuye a la enfermedad, sus síntomas y su tratamiento.
La presencia de tristeza y ansiedad se pueden valorar, en primer lugar a través de preguntas de screening:
• ¿Se siente triste?
• ¿Se siente nervioso o inquieto?
• ¿Está deprimido?
En la valoración de depresión habrá que tener en cuenta el escaso valor como criterios diagnósticos de los síntomas somáticos en estos enfermos (anorexia, fatiga, insomnio, pérdida de peso), por lo que habrá que atender principalmente a la presencia de indicadores psicológicos de depresión.

Algunos instrumentos que se pueden utilizar se recogen en la siguiente tabla:

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	AUTORES	N.º DE ÍTEMS
CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE MALESTAR EMOCIONAL (DME)	Maté et al. (2009)	4
EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM (ESAS) Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton	Bruera et al. (1991)	10
HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS) Evaluación del estado emocional en pacientes hospitalarios no psiquiátricos	Zigmond y Snaith (1983)	14
DISTRESS THERMOMETER (DT) Termómetro emocional para la detección precoz de reacciones emocionales	Holland et al. (1999) NCCN (2008)	1+ lista problemas
Escala de depresión geriátrica de YESAVAGE abreviada (Versión española): GDS-VE	Martínez de la Iglesia et al (2002)	15
TIME PERCEPTION AND ASSESSMENT WELLBEING Evaluación del bienestar a través de la percepción del paso del tiempo	Bayés et al. (1997)	4
CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLBERG 12 (GHQ-12)	Goldberg y Williams (1996	12

INTERVENCIÓN



SEGUIMIENTO

Debe incluir a la familia y, de forma específica, a la persona cuidadora.
Todos los profesionales que atienden a estos pacientes y sus familias deben prestar un apoyo emocional básico:

- Establecer relación de ayuda en la que el enfermo no se sienta juzgado ni marginado, sino entendido y ayudado, para poder afrontar, desde la acogida y el respeto, sus temores, deseos y necesidades
- Empleo de habilidades de comunicación (empatía, escucha activa, respeto de los silencios, uso del lenguaje verbal y no verbal, etc.)
- Ofrecer disponibilidad y accesibilidad
- Facilitar, acompañar, contener y validar la expresión emocional
- Detectar las situaciones de claudicación familiar activando los dispositivos para el respiro familiar

- Ayudarles en la negociación de la compatibilidad entre los planes vitales de todos los miembros de la familia y el cuidado del paciente
- Identificar l*a conspiración del silencio*

BIBLIOGRAFÍA

1.- Proceso asistencial integrado CUIDADOS PALIATIVOS. Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud . 2007
2.- Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. 2008
3.- Guía intervención psicológica con pacientes terminales: una aproximación desde los servicios sociales comunitarios del medio rural. Instituto Provincial de Bienestar Social. Diputación de Córdoba. 2009
4.- CUIDADOS PALIATIVOS ARABA. Proceso Asistencial Integrado. Grupo de Trabajo Cuidados Paliativos. Osakidetza-Servicio vasco de salud. Dirección Territorial de Álava- Departamento de Sanidad y Consumo. Mayo 2012.
5.- Guía Cuidados Paliativos. SECPAL. Disponible en http://www.secpal.com///Documentos/Paginas/guiacp.pdf
6.- Guía de detección del malestar emocional en la atención paliativa integral. Barcelona 2014. Disponible en https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Atencion_a_enfermos/guia_deteccion_del_malestar_emocional_es.pdf

Autor/a:
Rosa González Candelas
Grupo Atención domiciliaria
Grupo Comunicación y Entrevista