Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Facultad de Psicología
Secretaría

PUCE

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **MARÍA EMILIA JIMÉNEZ ALCÁZAR,** con **CC. 172703679-8,** autora del trabajo de graduación intitulado: **"ESTUDIO SOBRE LOS EFECTOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN FAMILIARES DE PACIENTES EN FASE TERMINAL". Estudio realizado desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad con familiares de pacientes adultos internados en la clínica "Nuestra señora de Guadalupe" en el período de noviembre del 2016 a abril del 2017,** previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA,** en la Facultad de **Psicología.**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, julio 2017

MARÍA EMILIA JIMÉNEZ ALCÁZAR
CC. 172703679-8

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PLAN DE DISERTACIÓN

Estudio sobre los efectos de los cuidados paliativos en familiares de pacientes en fase terminal.

"Estudio realizado desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad con familiares de pacientes adultos internados en la clínica "Nuestra señora de Guadalupe" en el período de noviembre del 2016 a abril del 2017.

MARÍA EMILIA JIMÉNEZ ALCÁZAR

QUITO, 2016

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mis padres, quienes han sido mi apoyo incondicional en este viaje de la vida.

A mis hermanos, quienes con su ejemplo e inmenso amor me han impulsado a construirme.

A mi abuelo Manuel, quien falleció a causa de una enfermedad devastadora en condiciones de hospitalización precarias, este logro, es especialmente para ti.

En memoria de todos los pacientes y sus familiares, por permitirme ser parte del duro proceso de partir, reconociendo en él, el regalo de la vida.

AGRADECIMIENTOS

A esa fuerza superior, que de una u otra forma me ha brindado la fortaleza y guía necesaria para cumplir paso a paso, uno a uno, mis sueños.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por ser los principales gestores en cuanto a mi formación académica. A todos los docentes que conforman esta prestigiosa institución, mis más sinceros agradecimientos.

Mi agradecimiento extensivo a mi directora de disertación Mtr. Mayra Velasteguí, quien hizo posible la realización exitosa de este trabajo de investigación, mediante su tiempo brindado, su guía y sobretodo su confianza.

Un especial agradecimiento a la clínica "Nuestra Señora de Guadalupe", quien abrió las puertas de su prestigiosa institución, permitiéndome poner en práctica los conocimientos adquiridos y forjar nuevos. Mi experiencia en esta institución quedará impresa en mi memoria y corazón, pues nunca olvidaré el imprescindible componente humanitario que el trabajo hospitalario requiere.

Finalmente, mi agradecimiento extensivo a la Mtr. Grace Valdivieso, Psicóloga Clínica de la institución, quien a lo largo de mi estancia tuvo la paciencia y voluntad de ser mi maestra. Por compartir su conocimiento conmigo y brindarme la apertura de compartirle el mío. Definitivamente no olvidaré esta increíble experiencia, llena de anécdotas y sobre todo aprendizajes.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 8
CAPITULO I 10
1 CUIDADOS PALIATIVOS, EL PACIENTE TERMINAL Y LA FAMILIA 10
1.1 Definición de los cuidados paliativos 10
1.2 Objetivos de los cuidados paliativos 11
1.3 Uso y aplicación de los Cuidados Paliativos 14
1.3.1 Comorbilidad Psiquiátrica 16
1.4 Modelo interactivo tríadico <<enfermo, familiares, profesionales>> 17
1.5 El paciente terminal 18
1.5.1 Diagnóstico, signos y síntomas en la fase terminal del paciente moribundo 19
1.6 Cuidados paliativos y la familia 21
1.6.1 Efectos psicológicos en los familiares del paciente terminal 23
1.6.2 Atención del enfermo y su familia en los últimos días u horas de vida 24
1.7 Cuidados paliativos psicológicos 26
CAPÍTULO II 30
2 MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD 30
2.1 Bases Filosóficas y Epistemológicas del modelo integrativo focalizado en la personalidad 30
2.2 Bases Teóricas del modelo integrativo focalizado en la personalidad 35
2.2.1 La personalidad en el enfoque integrativo 35
2.2.2 Personalidades y factores bio-psico-socioculturales en la estructuración de la personalidad 37
2.3 Bases metodológicas del modelo integrativo focalizado en la personalidad 39
2.3.1 La relación psicoterapéutica 44
..... 45
CAPITULO III 46
3 METODOLOGÍA Y TÉCNICAS APLICADAS PARA EL PROCEDIMIENTO DE LA PRESENTE DISERTACIÓN. 46
3.1 Marco metodológico 46
3.2 Variables, instrumentos y procedimiento 46
3.3 Participantes 49
3.4 Descripción del proceso de recolección de información 50
CAPITULO IV 53

4 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD PARA FAMILIARES DE PACIENTES EN FASE TERMINAL EN LA CLÍNICA "NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE". 53
4.1 Programas de intervención psicológica 53
4.1.1 Modelo de atención interdisciplinaria 55
4.2 Propósitos del protocolo de intervención desde la perspectiva integrativa focalizada en la personalidad 56
4.3 Herramientas diseñadas para la intervención 58
4.3.1 Reactivos psicológicos aplicados 61
4.3.2 Planificación del proceso 61
4.4 Intervención psicológica de acuerdo a los estilos de personalidad 63
4.5 Registro y resultados generales de la población de estudio. 64
CAPITULO V 71
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 71
BIBLIOGRAFÍA 75
ANEXOS 1

Tabla I *Características generales de los cuidados paliativos.* 12
Tabla II *Características fundamentales de la situación terminal.* 19
Tabla III *Objetivos específicos de la intervención a los familiares como eje de los CP.* 22
Tabla IV *Guía para la comunicación y proporción de información en la situación de enfermedad terminal.* 27
Tabla V *Primera etapa del proceso.* 40
Tabla VI *Segunda etapa del proceso.* 41
Tabla VII *Tercera etapa del proceso.* 42
Tabla VIII *Cuarta etapa del proceso.* 43
Tabla IX *Quinta etapa del proceso.* 43
Tabla X *Relación de hipótesis.* 46
Tabla XI *Presentación de datos informativos.* 50
Tabla XII *Propósitos del modelo de intervención integrativo focalizado en la personalidad.* 57
Tabla XIII *Planificación del proceso.* 62
Tabla XIV *Objetivos de la intervención psicológica ante los posibles obstáculos a la elaboración de la pérdida de acuerdo a los estilos de personalidad.* 63
Tabla XV *Reflexiones generales de acuerdo a los estilos de personalidad y el proceso establecido* 69

Ilustración I *Dimensiones de los factores temperamentales.* 38
Ilustración II *Características de la relación terapéutica.* 45

Ilustración III *Parámetros generales del equipo multidisciplinario en relación a la identificación de necesidades de los familiares (reuniones planificadas).* 49

INDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 1..... 2
ANEXO N° 2..... 5
ANEXO N° 3..... 8
ANEXO N° 4..... 9
ANEXO N° 5..... 11
ANEXO N° 6..... 13
ANEXO N° 7..... 14
ANEXO N° 8..... 14
ANEXO N° 9..... 18
ANEXO N° 10..... 19
ANEXO N° 11..... 20
ANEXO N° 12..... 21
ANEXO N° 13..... 22
ANEXO N° 14..... 24
ANEXO N° 15..... 25
ANEXO N° 16..... 26
ANEXO N° 17..... 30
ANEXO N° 18..... 32
ANEXO N° 19..... 33

RESUMEN

La presente investigación, propone la construcción de un modelo de intervención en base a la teoría integrativa focalizada en la personalidad para los familiares de pacientes adultos que estuvieron sometidos a hospitalización bajo el servicio de Cuidados Paliativos en el periodo de noviembre del 2016 a abril del 2017. El objetivo práctico de la disertación es actualizar la propuesta que brindan los Cuidados Paliativos en la clínica "Nuestra Señora de Guadalupe" desde el ámbito de la psicología como parte importante del equipo sanitario, priorizando a los familiares. En cuanto al desarrollo de la disertación, se define a los cuidados paliativos en cuanto a sus generalidades y particularidades como servicio hospitalario y se describen sus distintas etapas de desarrollo y modalidades de aplicación. De igual manera y desde una descripción teórica se expone la teoría integrativa focalizada en la personalidad como base para la construcción del modelo de intervención. Posteriormente se describe el procedimiento mediante el universo de muestra, aquel que corresponde a 15 familiares de 9 pacientes hospitalizados en una condición terminal de su enfermedad. Se presenta las herramientas utilizadas, las variables y la metodología llevada a cabo. Finalmente, se propone un protocolo de intervención desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad, el cual incluye algunas herramientas diseñadas para los familiares dentro del servicio hospitalario de cuidados paliativos y se realiza una descripción de los resultados, conclusiones y recomendaciones en cuanto al protocolo, anudando los cuidados paliativos y la teoría integrativa focalizada en la personalidad expuesta.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la experiencia clínica en la hospitalización y el abordaje paliativo de la enfermedad terminal se observa que el panorama a pesar de la atención médica, es desolador. La muerte se torna solitaria ocasionando sufrimiento. Sabemos que la muerte es inevitable, no obstante, la construcción de esta investigación no nace a partir de un aspecto existencial de la muerte sino de la práctica, en lo que concierne al proceso de morir de los familiares que experimentan la muerte de un ser querido y que en éste caso reciben un servicio hospitalario. La Organización Mundial de la Salud, (2011), afirma que la disponibilidad, accesibilidad y recursos para cuidados paliativos son limitados. Se estima que solo del 5 al 10% de los pacientes que necesitan estos cuidados los reciben y más del 50% de pacientes no pueden costear los servicios o la medicación.

El desarrollo inicial de los cuidados paliativos en nuestro país y en la clínica "Nuestra señora de Guadalupe", ha fomentado un interés a tratar. El servicio de cuidados paliativos busca mejorar la calidad de vida del paciente hospitalizado y sus familiares. Lugares como el Hospital de SOLCA, la Clínica del Dolor del Hospital Metropolitano, el FECUPAL "Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos y el ABEI "Asociación Benefactora de enfermos incurables", cumplen con el modelo integral de apoyo al enfermo terminal, es decir un equipo multidisciplinario que opera interdisciplinariamente. El equipo está compuesto por un médico especialista en terapia de dolor, un psicólogo, un profesional de ayuda espiritual, enfermeras, terapistas, entre otros.

Actualmente la clínica "Nuestra Señora de Guadalupe", mantiene el protocolo del "plan nacional de cuidados paliativos, (2015)", sin embargo la propuesta de incluir el modelo desde la perspectiva integrativa basada en la personalidad, propone una posible mejora en el servicio brindado y la intervención psicológica en los familiares. Si no se brinda una adecuada atención en el servicio de cuidados paliativos, se corre el riesgo de continuar realizando tratamientos en muchas ocasiones inútiles, que causan un mayor perjuicio en la vida del paciente y su familia, así como gastos innecesarios, mal uso de recursos que podrían ser efectivos en pacientes con patologías susceptibles de curación. Los hospitales que ofrecen el servicio de cuidados paliativos, terminan ocupados al menos en un 25% por pacientes en su último año de vida (MSP, 2015).

Es necesario destacar la importancia y papel que la investigación juega en el ámbito social puesto que la investigación responde al objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir, que es mejorar la calidad de vida de la población (Secretaria Nacional del Buen Vivir, 2013), y al artículo 35 de la constitución (2013), que refiere a "Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado". Es un compromiso social, personal y profesional que sugiere información técnica y espacios donde se pueda brindar apoyo de manera activa como profesional, en situaciones de dolor y abandono en las que se requiere de un trabajo psicológico, que viene a ser un complemento de las demás intervenciones.

Para llevar a cabo la investigación y entender su aplicación es necesario describir los modelos de intervención en cuidados paliativos y la teoría en la que se basará la propuesta del protocolo desde el enfoque interdisciplinario, con el fin de mejorar la calidad de vida tanto del paciente, como del familiar, insertando y adaptando el modelo integrativo como parte de este protocolo de cuidados paliativos. Se llevó a cabo la revisión de literatura y organización de datos, con el fin de identificar los posibles obstáculos tanto del servicio de cuidados paliativos como de los familiares en cuanto a su personalidad y adaptación a la situación de enfermedad en el ámbito hospitalario.

El interés del investigador entonces nace a partir de una búsqueda, por la cual, dentro de la práctica, apunta a la posibilidad del buen morir, o al menos algo mejor de lo que se presenta en la realidad hospitalaria del paciente. Conseguir de forma real, la muerte digna a pesar de las circunstancias en que se produzca la muerte y la enfermedad que indudablemente lleva hacia ella (Bayés, 2001). Así que plantear el morir en paz como interés prioritario, significa reconocer la necesidad de investigar y de tratar de "paliar" el sufrimiento que acompaña el proceso de morir y a la pérdida de un ser querido. La OMS (2002), plantea a los cuidados paliativos como el "enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación, el tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales.

CAPITULO I

1 CUIDADOS PALIATIVOS, EL PACIENTE TERMINAL Y LA FAMILIA

1.1 Definición de los cuidados paliativos

Para la definición de los conceptos de cuidados paliativos (CP), se tomará en cuenta a algunos autores, quienes conciben a los (CP) como un programa de tratamiento con el fin de mejorar la calidad de vida y las condiciones de los pacientes quienes padecen de enfermedades sin respuesta al tratamiento curativo y que en consecuencia necesitan atención para controlar los dolores físicos, los diversos síntomas, y el sufrimiento como tal, para conseguir plenitud en sus últimos días de vida (Astudillo, 1995). El trabajo paliativo se desarrolló en la actualidad hasta convertirse en un derecho para las personas, "Morir sin dolor". Los (CP) nacieron desde una perspectiva médica, en la que no se tomaba en cuenta la importancia de trabajar con los aspectos subjetivos del proceso de morir y que por ende se concentraban en la paliación del sufrimiento físico que genera una enfermedad catastrófica (Gutiérrez, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (2014), define los cuidos paliativos (CP) como el "Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias con problemas asociados a enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana, la evaluación, el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales" (pág.46). El modelo de los (CP), se convirtió en una propuesta que considera esencial el trabajo interdisciplinario entre varios profesionales de la salud, es decir un equipo conformado por médicos, auxiliares de enfermería, etc., que operen en conjunto bajo el objetivo de brindar una mejor calidad de vida. La necesidad del psicólogo dentro del espacio integral todavía se consideraba como "complementario" y fue a lo largo de estos años, que se ha convertido en un miembro irremplazable del equipo sanitario.

Actualmente la "Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)", propone a los (CP) dentro de una concepción global prolongada que comprende la atención no solamente de los aspectos físicos, sociales y espirituales, sino que asume la importancia de los aspectos psíquicos de las personas en situación terminal, siendo primordial "el

bienestar, la promoción de la dignidad y la autonomía de los enfermos y su familia" (SECPAL, 2014), desde una concepción más humana. El equipo interdisciplinario es entonces un eje fundamental para los (CP), en el cual, todos los profesionales de la salud son igual de importantes para la calidad del servicio, incluyendo a los psicólogos.

El medio hospitalario utiliza los diferentes modelos y protocolos aplicables de los (CP), con sus fundamentos básicos, sin embargo el ámbito psicológico tiene más que aportar dentro de los parámetros fundamentales en cuanto a la prevención, evaluación y la intervención pertinente para cumplir con los objetivos identificados dentro del trabajo interdisciplinario. La psicología se introdujo a éste medio como parte fundamental del equipo sanitario paulatinamente y mediante diversos estudios que se percataron de la relación existente entre los efectos psicológicos – emocionales y la percepción del dolor por parte del paciente. Se convirtió en una necesidad del modelo priorizar el trabajo psicológico para lograr la calidad de vida en los aspectos globales del paciente y su familia (Limonero, 2013). Como se mencionó durante la introducción, la clínica "Nuestra Señora de Guadalupe", actualmente brinda un servicio paliativo de calidad desde los protocolos del MSP, incluyendo la intervención del psicólogo desde las distintas corrientes y especialidades psicológicas. Ésta investigación propone la construcción de un protocolo de intervención desde la teoría integrativa focalizada en a personalidad, enfocado primordialmente en las familias de pacientes adultos que se encuentran en una fase terminal de su enfermedad y que se encuentran o se ha requerido su hospitalización en la clínica "Nuestra Señora de Guadalupe". El protocolo se apoya en dispositivos que facilitan la acertada intervención en la particularidad de cada paciente y sus familiares Ésta propuesta, fomenta el continuo desarrollo de los (CP) en el área de la psicología, tomando en cuenta la teoría y su aplicación dentro del servicio hospitalario.

1.2 Objetivos de los cuidados paliativos

Los objetivos de los (CP), están ligados a conseguir la máxima calidad de vida para los pacientes y sus allegados en sus últimos días de vida, visión por la cual nacen concibiéndose como un derecho de las personas (Arranz, 2005). Con su desarrollo los (CP) reconocieron que las personas con enfermedades irreversibles, progresivas y con una fase terminal, también tienen el derecho de beneficiarse del servicio y aplicación, ya

que anteriormente el modelo se aplicaba preferencialmente a pacientes con cáncer. Los pacientes que pueden acceder al servicio, son pacientes con demencia, insuficiencia renal o cardiaca, esclerosis, entre otros. También se incluyen enfermedades neurológicas como el Parkinson, tumores cerebrales, afectaciones a causa de traumatismos craneoencefálicos, enfermedades cerebrovasculares como el ictus agudo, entre otras. (MSP, 2014).

En la "*Guía práctica de cuidados paliativos (GPC) del sistema nacional de salud (SNS)*", se presentan características generales de los (CP) ligadas a la intervención y las directrices para plantear objetivos hacia los pacientes y sus familiares, mientras que la SECPAL (2014), concentra sus características en relación al servicio de los cuidados paliativos como tal y al interés social. Por lo tanto los objetivos son construidos a partir de las consideraciones del servicio. La siguiente tabla contiene características generalizadas de ambas concepciones.

Tabla I *Características generales de los cuidados paliativos.*

GPC	SECPAL
Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.	Promueven conocimientos con bases científicas sólidas a través de la educación y formación de los profesionales implicados.
Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.	Integran a aquellas personas relacionadas con la atención de enfermos en situación terminal, sus familias y cuidadores.
No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.	Impulsan estudios de investigación que redunden en una mejora en la calidad de la atención.
Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.	Se proponen a sensibilizar a la sociedad y a la administración para que facilite una financiación adecuada y una organización racional de los recursos.
Tienen en cuenta el soporte y los recursos necesarios para ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.	Elaboran directrices éticas en los problemas asociados a los Cuidados Paliativos.
Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.	Representan los intereses de sus miembros en el marco de las leyes y ante los organismos de las administraciones públicas sanitarias y docentes u otros órganos o entidades
Mejoran la calidad de vida del paciente.	
Se aplican desde las fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas	

a prolongar la vida (como la quimioterapia, radioterapia, etc.).	nacionales o internacionales, públicas o privadas.
Incluyen también las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.	

Adaptado de (MSP, 2014 y SECPAL, 2014) por M. Emilia Jiménez A.

Es importante resaltar al modelo interdisciplinario en el que opera los (CP), en el que, el aporte de las distintas unidades en las que opera (profesionales de la salud), apunta al alivio de síntomas primordialmente, sin embargo es necesario hacerlo tomando en cuenta los aspectos éticos y legales de cada caso. El trabajo interdisciplinario entre los profesionales sanitarios es unánime y busca cumplir determinados objetivos, brindando la mayor posibilidad de confort al que sufre a causa de su enfermedad. Cada unidad plantea sus objetivos desde su conocimiento para cubrir con las necesidades del enfermo, a quien se percibe como un sujeto que requiere de ayuda en todos los aspectos humanos. Es imprescindible hacerlo a la par con sus familiares, porque la familia es un eje esencial para el paciente, por lo tanto es óptimo a través de la comunicación y el soporte tanto emocional como asistencial a los familiares, promover seguridad y apoyo con la toma de decisiones más apropiadas en consideración a la familia como prioridad para una apropiada intervención, sobretodo en el ámbito social y psicológico (Astudillo, 1995).

Como se explicó anteriormente en los objetivos de los (CP), su aplicación está abierta a personas con distintas enfermedades que al ser progresivas no necesariamente se encuentren en fase terminal, por lo que cada persona puede requerir el servicio en cualquier momento de su enfermedad para controlar los síntomas desagradables que produce, originando impactos sociales y psicológicos que imposibilitan su reinserción a la cotidianidad de la vida, necesitando de cuidado constante y en ocasiones permanente. Los (CP), no solamente funcionan dentro de los hospitales, ya que cuentan con unidades especiales de servicio domiciliario que atienden al paciente en su hogar y ayudan a los cuidadores del enfermo a generar herramientas para enfrentar apropiadamente la situación. El área de los (CP), se adapta a residencias geriátricas (Health, 2011).

El objetivo de la psicología en el contexto paliativo se sustentaba en la búsqueda de alivio emocional, así que el psicólogo se limitaba a responder a esa demanda. No

obstante la psicología se ha posicionado en el campo médico, buscando cumplir su rol en una amplia pero determinada visión, en la que el psicólogo construye una intervención que ayuda al enfermo y sus familiares a sobrellevar y promover la adaptación a la difícil situación que atraviesan. Asesora psicológicamente al equipo interdisciplinario para el desarrollo de estrategias de afrontamiento y para prevenir el desgaste psicológico y profesional a causa del contacto constante con situaciones catastróficas. Además diseña instrumentos de evaluación para identificar las necesidades prioritarias del enfermo y sus familiares, tomando en cuenta los indicadores de eficacia en las distintas intervenciones. El psicólogo facilita la cohesión del equipo paliativo, que favorece la comunicación entre las partes involucradas. (Limonero, 2013).

La psicología integrativa focalizada en la personalidad (Balarezo, 2010), propone un modelo que encaja acertadamente dentro del campo interdisciplinar en cualquier espacio que lo requiera. La propuesta integrativa reconoce la particularidad de cada paciente, por lo tanto las decisiones se toman, buscan cubrir las necesidades primordiales para el bienestar del paciente y su familia. La evaluación, prevención e intervención son dispositivos de apoyo que buscan agilitar el proceso de intervención y cumplir con el objetivo primordial de los (CP), que como se ha mencionado ya, es brindar una mejor calidad de vida. Otros aportes emergieron como consecuencia del trabajo psicoterapéutico de éste enfoque, puesto que las necesidades psicológicas demandan más que alivio emocional. Se debe considerar el temor del paciente y la familia ante los requerimientos de morir, la sensación de dependencia, la necesidad de despedirse, etc. Por lo que determinar los estilos de afrontamiento en relación a los rasgos de personalidad servirá de gran utilidad para el trabajo terapéutico.

1.3 Uso y aplicación de los Cuidados Paliativos

Astudillo (1995), explica que el "cuidado paliativo" nace algunos siglos atrás, cuando el cuidado del "moribundo" estaba a cargo del servicio de la religión. Ulteriormente surgieron pioneros como Alfred Worcester (1995), referido en el libro de "*Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*", quien propuso mediante algunos de sus escritos la idea de una actitud más humanitaria hacia la muerte y los moribundos. En los años 50's y 60's surgió la quimioterapia como esperanza de los enfermos de cáncer, creando expectativas de curación que fracasaron en la mayoría de sus casos. En

consecuencia varios países como el Reino Unido establecieron un movimiento destinado al soporte y apoyo de los enfermos en búsqueda del "buen morir". En 1967 nace uno de los primeros hospitales como consecuencia de ésta búsqueda. El St. Christopher Hospice en Londres. Aplicó los fundamentos básicos de la atención apropiada, el control de los síntomas, los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de los pacientes con enfermedades terminales. Esto permitió que la filosofía paliativa se expandiera, abriéndose paso en los hospitales y desarrollando su aplicación con el acogimiento de nuevas iniciativas que buscan brindar una atención especializada en todos sus campos de aplicación (Astudillo 1995).

La aplicación de los fundamentos básicos de atención hospitalaria se efectúa por áreas de intervención especializadas en las múltiples demandas del enfermo, sus familiares y el equipo sanitario descritas ampliamente en el (Anexo 1).Como ya se ha mencionado, cada área se plantea objetivos generales y específicos en cuanto a su formación profesional y las peculiaridades del caso. El servicio de los (CP) consta de un área médica, la cual maneja protocolos de evaluación enfocados al paciente, plantea decisiones que son tomadas de manera conjunta con otros profesionales sanitarios y comunica el proceso tanto de la enfermedad como del tratamiento. Las decisiones más complejas están relacionadas a la sedación paliativa y la sedación paliativa en la agonía, así como los criterios de uso farmacológico en base a la escalera analgésica descritos en el (Anexo 2). Las áreas de enfermería, fisioterapia y trabajo social son igual de importantes para los (CP) ya que mediante la evaluación constante del estado del paciente y la familia (en el caso del área social) generan una planificación continua que se adapta a las necesidades del paciente y sus allegados, promoviendo además la prevención de posibles complicaciones.

El área psicológica, como también se ha mencionado anteriormente, es relativamente nueva en la hospitalización y ha ido ganando amplitud en cuanto a su campo de aplicación, ya que hace varios años, se consideraba secundaria y su eje giraba en torno al acompañamiento emocional. Actualmente esta área es responsable de al menos 4 parámetros esenciales. El primer parámetro sugiere la importancia de la comunicación con el paciente y sus familias, el segundo en relación al apoyo que requiere en torno a la situación de próxima muerte y las dificultades que surgen a partir de las etapas de aceptación, el tercero en cuanto al duelo y la adaptación a la situación de enfermedad y

finalmente el cuarto, que se desarrolla a partir de la evaluación del paciente y los familiares para identificar factores de vulnerabilidad y promover directrices de asesoramiento, además del apoyo emocional y la posibilidad de plantear un proceso psicoterapéutico.

1.3.1 Comorbilidad Psiquiátrica

Existe una relación entre los síntomas físicos que no son controlados eficazmente y los trastornos psiquiátricos que surgen como consecuencia a esta falencia. Según un estudio realizado, "…del 25 al 50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida en forma de estados de ansiedad, angustia o trastornos depresivos. Muchos de estos cuadros son ignorados, minusvalorados…" (Benítez, 2016, págs. 85-86). El "delirium" también está vinculado al padecimiento de la enfermedad en sus estados avanzados. El diagnóstico para intervenir en estos casos, se apoya en los criterios del manual diagnostico DSM-IV y el CIE-10 considerando más importantes los síntomas psicológicos, ya que los somáticos podrían ser consecuencia de la enfermedad.

Los factores de riesgo en relación a cada trastorno se encuentran explicados en el (Anexo 3), sin embargo es importante mencionar que ésta relación frecuente de riesgo se da entre las enfermedades terminales, el trastorno depresivo, la ansiedad y el delirium. Generalmente el control deficiente del dolor o síntomas, los antecedentes familiares, antecedentes de trastornos de índole afectivo, los fármacos, el ambiente de desarrollo tanto del paciente como de su enfermedad y el estado avanzado de la enfermedad, son los factores más comunes para el diagnóstico y prevención de estos trastornos psiquiátricos (Benítez, 2016).

El control de los síntomas físicos, es prioritario; no obstante, la resolución de problemas relacionados a preocupaciones del paciente en cuanto a su entorno familiar y social, además de las dificultades de comunicación, son parte esencial de los cuidados que el paciente requiere. Se debe identificar la presencia de trastornos adaptativos en los que el uso de antidepresivos, ansiolíticos o psico-estimulantes que se integran al tratamiento farmacológico, servirán de complemento al tratamiento psicológico correspondiente (Benítez, 2016).

1.4 Modelo interactivo tríadico <<enfermo, familiares, profesionales>>

El modelo tríadico, mantiene también, el objetivo primordial de atención y servicio al paciente y sus familiares en búsqueda de mejorar la calidad de vida. Es importante tener en cuenta varias consideraciones al tratarse de estos tres ejes esenciales que lo conforman. El equipo sanitario deberá conseguir la atención al sufrimiento de todos los protagonistas del modelo de los CP (paciente, familiares y profesionales sanitarios) y en especial al cuidador principal y familiares en riesgo (Arranz, 2005).

Para Arranz (2005), la definición operacional del sufrimiento es una de las primeras pautas a considerar. Algunos autores como Chapman o Lazarus y Folkan, desarrollaron la comprensión del sufrimiento desde la emoción y el afrontamiento, y lo definieron como:

> "Un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontar dicha amenaza" (págs. 19-22).

La experiencia subjetiva y cognitiva del sufrimiento es la que debe ser evaluada para la intervención, por lo tanto cada paciente es particular y puede considerar los distintos síntomas como una amenaza o no, generando así sus propios recursos para enfrentar la situación. El psicólogo debe estar atento a las características de cada caso pues los objetivos y metas varían en relación a las necesidades del paciente.

Las consideraciones no físicas, están relacionadas a un posible incremento del dolor en los pacientes, a causa de aspectos emocionales y sociales, generando un círculo repetitivo en el que, la falta de atención de estos aspectos generan ansiedad y depresión al paciente, y así mismo éstas podrían disminuir el umbral para tolerar sensaciones dolorosas. Entonces las dolencias físicas como la disnea, anorexia o boca seca y las psicológicas como la angustia, desesperanza o temores, son amenazas para el paciente y su bienestar, por lo tanto el enfermo evalúa los recursos que posee o no posee para

enfrentar la situación ocasionándole sufrimiento. Es aquí donde se incluyen objetivos que aporten a la adaptación psicológica a la enfermedad, disminuyendo la vulnerabilidad que produce. Los profesionales sanitarios pueden apoyarse en instrumentos de evaluación del sufrimiento para prevenir, disminuir o eliminar dicho sufrimiento (Arranz, 2005).

En cuanto a los familiares y sobre todo al cuidador principal, se debe intervenir de igual manera en las pautas del sufrimiento así como en el paciente terminal, ya que el impacto psicológico se percibe como amenaza, ocasionando consecuencias psicológicas o alteraciones somáticas como insomnio o variabilidad emocional, que a su vez generan impotencia. El psicólogo ayudará al familiar u otro que cumpla con ésta función, a reconocer los recursos disponibles para enfrentar la pérdida de su ser querido y lograr un proceso de duelo.

Los profesionales sanitarios, deberán reconocer sus limitaciones y respetarlas para evitar un posible síndrome de "burnout", producto del sufrimiento que ocasiona la sobrecarga laboral, para mantener objetividad y un correcto funcionamiento de los CP, considerando las necesidades de estos tres ejes. Estos tres ejes se desarrollan en un medio ambiental concreto, el cual está vulnerado a causa de la diversidad cultural, los aspectos psicológicos e incluso físicos relacionados a las condiciones hospitalarias, por lo tanto el psicólogo debe estar preparado, tomando en cuenta los aportes del "counselling" de las estrategias dinámicas requeridas para el manejo integral en los CP (Arranz, 2005).

1.5 El paciente terminal

El libro "*Cuidados del enfermo en fase terminal y Atención a la familia",* pretende explicar las especificidades de cada paciente y su enfermedad. La meta de los profesionales que intervienen en la autonomía del paciente, es conocer las características de su enfermedad, los síntomas que produce, la ansiedad que genera, además de los temores y frustraciones que surgen como consecuencia. El rol de su familia, amigos, la cultura y sus creencias son parte de esos detalles del paciente y que

afectan la capacidad o incapacitad de aceptar la situación (Astudillo, 1995). A continuación se detallarán las características fundamentales de la situación terminal.

Tabla II *Características fundamentales de la situación terminal.*

1)	Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y progresiva sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
2)	Aparición de numerosos y diversos síntomas, multifactoriales, cambiantes y a menudo intensos, siendo algunos de los más frecuentes: debilidad, dolor, anorexia, ansiedad y depresión. A este respecto, es interesante señalar que la frecuencia de los síntomas no siempre coincide con el grado de preocupación que implican para el paciente ya que existen diferentes componentes a tratar (físicos, emocionales, sociales y espirituales).
3)	Un gran impacto emocional sobre el enfermo, sus familiares y el equipo que lo asiste.
4)	Muerte previsible en un periodo corto de tiempo. Se habla de una media de vida de ± 3 meses.
5)	Presencia -explícita o no- de la muerte como causa fundamental de dicho impacto.
6)	Todos los factores mencionados implican una gran demanda de atención y soporte al enfermo, familia y equipo terapéutico.

Adaptado de (Bayés, 1990), por Emilia Jiménez Alcázar

El enfermo terminal, a causa del padecimiento, el tratamiento farmacológico y el deterioro progresivo, se encuentra a menudo en estado de confusión, manteniendo dificultad para trabajar en los miedos y ansiedad que surgen. Como se mencionó anteriormente, el equipo sanitario y la familia, mediante el contacto constante con el paciente, tienen la oportunidad de reconocer sus necesidades. Estas necesidades descritas en el (Anexo 4), son biológicas, psicológicas, espirituales y de resolver situaciones que el paciente considere importantes para poder despedirse y lograr una muerte digna (MSP, 2014 y Arranz, 2005).

1.5.1 Diagnóstico, signos y síntomas en la fase terminal del paciente moribundo

Para esta fase se encuentran contemplados varios factores que cumplen características que identifican a la persona en fase terminal. Los pacientes en esta etapa tienden a presentar signos, visibles en el incremento de la sensación de abatimiento, debilidad y dificultades para conciliar el sueño. También se observa menor interés de levantarse de la cama o interactuar con visitas, por lo tanto el paciente pierde noción progresiva de lo que ocurre a su alrededor, hasta llegar a estados de mayor confusión acompañados de angustia, ansiedad y agitación (MSP, 2014).

El reto de la evaluación, es determinar mediante las reacciones del paciente al tratamiento, el estado y progreso de la fase en la que se encuentra, ya que sus signos pueden confundirse con períodos de remisión del estado de la enfermedad a causa de sus implicaciones. La confusión podría considerarse una posible nueva recaída y no la fase terminal propiamente, que se evidencia cuando "la enfermedad ha progresado hasta tal punto que los tratamientos se han agotado o son ineficaces" (Bayés, 1990). El uso de escalas validadas para estandarizar la evaluación de los síntomas es bastante útil, logrando un acertado monitoreo del estado del paciente y manteniendo objetividad en la evolución o surgimiento de alguno de estos signos para su eficaz intervención y tratamiento (MSP, 2014)

Los signos y síntomas surgen en su amplia gama de posibilidades, puesto que cada paciente los experimenta en relación a las características de su enfermedad y su adaptación a la misma. Los síntomas son físicos y psicológicos. Según un estudio realizado en los CP, los síntomas más frecuentes de esta fase terminal son: anorexia, astenia, boca seca, confusión, estreñimiento, disnea, disfagia y ansiedad. Astudillo (1995) y su equipo, explicaron la etiología de estos síntomas comunes, definidos en el (Anexo 5).

El dolor, es un factor que no puede pasar desapercibido por los profesionales sanitarios, pues éste influirá directamente en el paciente, dificultando la adaptación a la situación de enfermedad, además de generar un posible riesgo de comorbilidad psiquiátrica a cualquier trastorno. El MSP (2014), define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión o enfermedad potencial. El dolor es consecuencia de la enfermedad en casi toda la población que padece una enfermedad terminal. La percepción del dolor difiere en cada paciente debido a factores personales como la personalidad, el estilo de afrontamiento ligado a la afectividad y sus relaciones interpersonales. Nuevamente, es importante resaltar que las condiciones físicas y psicológicas están estrechamente relacionadas, por lo que una intervención multifactorial sería la más acertada. El nexo entre la experiencia de dolor y los factores psicológicos no es unidireccional, por lo tanto no solo el dolor tiene una reacción a nivel psicológico, sino que consecuentemente el paciente puede experimentar dolor "total" como consecuencia a factores psicológicos y emocionales que intervienen en la percepción del mismo.

Existen opciones farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento del dolor, mediante los criterios de duración y la clasificación fisiopatológica, descritas en el (Anexo 6). Además los profesionales utilizan cuestionarios como el BPI (Brief pain inventory) o el CBD (Cuestionario breve del dolor), para identificar las características del dolor experimentado e intervenir de manera pertinente, logrando su paliación. En cuanto a los efectos psicológicos-cognitivos, existen también cuestionarios como el PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Senior with limited ability to communicate), el cual ayuda a determinar la capacidad de comunicación en el paciente y su comportamiento en un período corto de tiempo El MSP (2014).

Se puede considerar la suspensión de los tratamientos que no sean indispensables para el enfermo, guiándose por los signos característicos de ésta última etapa de vida, los cuales son el encamamiento del paciente, un estado semi-comatoso, ingesta limitada de líquidos y la incapacidad para administrar fármacos por vía oral. Los profesionales médicos y de enfermería deben identificar y aceptar la etapa final del paciente para atenderlo de la mejor manera. Los profesionales deben planificar su intervención y aplicar interdisciplinariamente su conocimiento para la toma de decisiones, ya que como equipo deben responder a las necesidades especializadas en cuanto a los aspectos médico-legales, la comunicación asertiva con los miembros de la familia acerca del estado del paciente y estar dispuestos a brindar toda la información necesaria para evitar conflictos o quejas formales por parte de los familiares (MSP, 2014).

1.6 Cuidados paliativos y la familia

El paciente, en la mayoría de casos, proviene de un sistema familiar dinámico, que sufre alteraciones que requieren ajustes cuando éste se enfrenta a una situación difícil, como lo es una enfermedad terminal. Cuando los familiares son atendidos en sus necesidades específicas por los CP, se está generando alivio para el paciente, ya que puede mostrarse intranquilo por el bienestar de quienes lidian con la situación externamente. Dentro del espacio que los CP crea para hacerse cargo de la atención al familiar, se considera la revelación del diagnóstico del paciente como el primer paso, dándoles tiempo para ajustarse a las implicaciones de la enfermedad. Los profesionales sanitarios deben ser asertivos y brindar la información necesaria para planificar la intervención requerida (Astudillo, 1995). La enfermedad causa desajustes emocionales y funcionales en la

familia, obligándolos a realizar ajustes de tiempo y espacio en la vida cotidiana para enfrentar la situación de la mejor manera. El equipo de los CP deberá poner sus esfuerzos en acoplarse a la dinámica familiar, siempre y cuando estos no alteren la salud ni la dignidad humana para mantener el funcionamiento cotidiano.

En cuanto a los objetivos específicos de los CP hacia los familiares, se busca potenciar los recursos de la familia para enfrentar la enfermedad y disminuir la vulnerabilidad que ésta produce. Es importante promover el sentido de autoeficacia, la resolución de problemas constructivamente, poner en práctica los recursos aprendidos y sobretodo mantener coherencia. De igual manera es importante, validar a los familiares como merecedores de cuidado, a pesar de que en ocasiones nieguen necesitarlo considerándolos además, como un eje fundamental para la unidad asistencial con el paciente. En la siguiente tabla se podrá visualizar los objetivos de los CP en cuanto a las necesidades específicas de cada sistema familiar propuestos por algunos autores en el libro de "*Intervención emocional en cuidados paliativos, modelo y protocolos*" (Arranz, 2005).

Tabla III *Objetivos específicos de la intervención a los familiares como eje de los CP.*

1)	Crear un espacio para la expresión y el manejo adecuado de sentimientos y emociones generados por los familiares.
2)	Generar pautas de canales de información de los familiares hacia el paciente para evitar errores comunes como la "conspiración de silencio" explicada más adelante.
3)	Asesorar a los familiares en los cuidados del paciente, sobretodo en la atención del dolor y adhesión a la terapéutica.
4)	Ayudar a crear un significado a partir de la experiencia que los familiares están viviendo.
5)	Manejar adecuadamente las pérdidas asociadas a la situación de enfermedad.
6)	Facilitar el proceso de despedida a los familiares brindándoles adecuadas pautas.
7)	Detectar e intervenir posibles patologías generadas por el familiar como consecuencia de la pérdida.
8)	Organizar a los familiares en cuanto a las visitas y cuidados del paciente.
9)	Mediar la colaboración unánime de las tareas de asistencia al paciente.
10)	Vincular a la familia a sistemas de apoyo si ésta lo amerita.
11)	Prevenir e identificar el duelo con el correspondiente seguimiento.

Adaptado de (Arranz, 2005), por M. Emilia Jiménez A.

El equipo sanitario interviene en el cuidado de la familia, proporciona información asertiva, cuidado psicológico y emocional como se ha mencionado en otras ocasiones. Además se encarga de la observación del proceso de adaptación y derivación si se

considera necesaria. Las familias pueden experimentar la situación que atraviesan como un momento clave de crecimiento, no obstante es probable que el impacto derive consecuencias considerables que merecen una intervención psicológica más urgente, como por ejemplo el riesgo de suicidio, duelos complicados y cuadros de ansiedad o depresión severos (Arranz, 2005). Esta situación difícil que los familiares atraviesan, demanda mucha energía y objetividad, la cual se ve afectada por la dificultad de afrontarla, originando fenómenos que también necesitan intervención. El (Anexo 7) describe estos fenómenos y la recomendación de sus posibles intervenciones. Se puede adelantar que los familiares cometen errores en la toma de algunas decisiones debido al impacto y carga que la situación de enfermedad les genera en distintos niveles. La conspiración del silencio y la claudicación familiar es un ejemplo de ello. Finalmente es pertinente considerar al duelo como un factor consecuente a la pérdida y una reacción normal a la misma.

Se puede tomar algunas contemplaciones a partir de la evaluación de los familiares, como el uso de herramientas complementarias para la búsqueda de su bienestar. Las técnicas de relajación son útiles cuando se observa grandes cantidades de estrés, estimando sus componentes cognitivos, motores y fisiológicos como la ansiedad, sudoración, tensión muscular, etc., los cuales pueden disminuir con ejercicios de meditación o visualización. El aporte de técnicas de comunicación, resolución de problemas o toma de decisiones son de gran ayuda para la familia, ya que brinda pautas estructurales para evitar errores como los mencionados anteriormente en estas situaciones (Arranz, 2005).

1.6.1 Efectos psicológicos en los familiares del paciente terminal

Para el impacto que produce la enfermedad del paciente en sus familiares, es importante tomar en cuenta algunas variables que influyen en ésta experiencia. La edad tanto del paciente como del familiar es un aspecto en consideración, ya que no genera el mismo impacto la muerte de un niño, quien pudo haber tenido un largo camino para experimentar la vida, a un anciano, el cual se deterioró a causa del ciclo normal de la vida. La edad de los familiares que afrontan la futura pérdida también requiere atención, ya que los niños en particular suelen ser excluidos del proceso por protección de sus padres, obviando sus necesidades que deben ser atendidas prioritariamente. Los niños

en su vulnerabilidad generan temores, culpa, problemas conductuales, pesadillas, terrores nocturnos, enuresis o encopresis secundarias, regresiones, etc. (Arranz, 2005).

El rol que cumple el paciente terminal en la familia es significativo en el sistema familiar. El padre o madre en su rol como cabezas de hogar, mantienen responsabilidades, que en su ausencia afectaría a los demás miembros, así como la hipotética ausencia de los hijos, quienes deberían gozar de plena salud y en su lugar están próximos a partir. Cuando uno de los miembros de la familia muere, los demás asumen nuevas responsabilidades en compensación, para lograr nuevamente un equilibrio en la dinámica familiar. Las características psicológicas de cada miembro, como las formas de comunicación y las características del vínculo, deben analizarse, así como la adaptación del conjunto funcional expuesto a cambios durante el proceso de pérdida. Los recursos que poseen para enfrentar la situación, serán esenciales para determinar el impacto, es decir la organización familiar para solicitar ayuda, la disponibilidad de apoyo social y el nivel de educación (Arranz, 2005).

La familia presenta algunos síntomas y alteraciones, las cuales son frecuentes como consecuencia a la pérdida de un familiar cercano planteados en el libro de *"Intervención emocional en cuidados paliativos, modelo y protocolos"* (Arranz, 2005). En relación a los síntomas físicos, surgen alteraciones del peso y apetito acompañados de agotamiento físico y mental. En cuanto a los psicológicos los familiares pueden presentar trastornos del sueño (insomnio, pesadillas), síntomas hipocondriacos, reacciones fóbicas, miedos, labilidad emocional, depresión, trastornos de ansiedad, conducta dependiente, problemas de aprendizaje, concentración y conducta, regresión conductual (sobre todo en niños), generándoles dificultad en el control de esfínteres. Finalmente las consecuencias sociales como el consumo problemático de alcohol, tabaco, drogas o comida y problemas laborales (Arranz, 2005).

1.6.2 Atención del enfermo y su familia en los últimos días u horas de vida

El paciente genera necesidades especiales durante la última etapa. Estos cuidados requeridos son físicos, psicológicos, sociales y familiares. Además los aspectos espirituales, y los aspectos relacionados con el entorno en el que el enfermo es atendido también son importantes.

En cuanto a los cuidados físicos, se debe reevaluar la medicación administrada para adaptarla a la etapa final de la enfermedad y preparando las alternativas de aplicación dependiendo del paciente, porque es común durante esta etapa, el rechazo de los fármacos por vía oral, considerando a las vías subcutáneas o rectales para el control de los síntomas (MSP, 2014). Es durante ésta etapa, que surge la sedación paliativa como opción para mantener el control total del dolor y el sufrimiento del paciente.

Ésta investigación contempla al paciente en fase terminal. Algunos pierden la capacidad de comunicación, y otros todavía la mantienen parcialmente. Se debe analizar el impacto psicológico que la proximidad de la propia muerte acarrea, delegando a todos los profesionales sanitarios, la tarea de escuchar al paciente explorando temores y sus últimos deseos. El rol del psicólogo es significativo durante la etapa terminal, pues es quien, mediante un ambiente de apoyo, permitirá al paciente expresar sus emociones, sobretodo de tristeza y ansiedad. Además se le debe proporcionar la información necesaria sobre sus síntomas y asegurarle que el equipo se hará cargo de los medios necesarios para aliviar cualquier molestia presente (MSP, 2014).

La familia es un eje fundamental dentro de los CP en función del tratamiento y servicio al paciente, es quien recibe el impacto psicológico de la pérdida de un miembro del sistema familiar. Es preciso integrar a la familia en el proceso del paciente. El equipo interdisciplinario deberá mantenerlos al tanto de la situación, brindando información sobre el estado del paciente y la posibilidad cercana e inminente de su fallecimiento. Esta información debe ser libre de ambigüedades evitando mostrar supuestos conocimientos sobre la posible agonía que el paciente experimenta. Durante esta etapa los profesionales buscarán atender de la mejor manera los requerimientos de la familia, examinando los sentimientos de duda y preocupación, además de molestias generadas a causa de la situación, como el cansancio, el temor a las responsabilidades, temor a la aceptación de la muerte y posibles sentimientos de culpa, haciendo indispensable proporcionar un ambiente tranquilo en donde pueda compartir los últimos momentos con el paciente (MSP, 2014).

Los profesionales sanitarios deben mantener una actitud parcial ante los aspectos culturales y creencias que los pacientes y familiares comparten. En la mayoría de hospitales que utilizan el modelo de los CP, consideran estos aspectos como

importantes, creando facilidad en el acceso de visitas religiosas o ritos, si los familiares y el paciente lo solicitan.

El ambiente en el que el paciente y sus familiares tramitan los últimos momentos, tiene que ser adaptado a las consideraciones de intimidad, contando con ciertas facilidades que brinden un ambiente tranquilo en adecuación a la fragilidad que experimentan, por lo que el espacio debe ser libre de ruidos molestos, contar con el espacio suficiente para que los familiares compartan con el paciente y cuando el caso lo requiera, puedan esperar cómodamente afuera de la habitación. Los familiares suelen considerar el "morir en casa" como una de las opciones más frecuentes para atender al paciente en sus últimos momentos, sin embargo ya que la situación supone una carga para la familia, además de la falta de recursos necesarios para los cuidados del paciente, la hospitalización suele ser la mejor opción para contener tanto al paciente como a la familia en los últimos momentos de la enfermedad (MSP, 2014).

1.7 Cuidados paliativos psicológicos

Durante este capítulo, se recalcó la significación del trabajo interdisciplinario entre los distintos profesionales de la salud, como base primordial de los cuidados paliativos y su objetivo principal, el cual busca el bienestar total de los pacientes terminales y no terminales en cuanto a su calidad de vida durante y al final de su enfermedad. En este punto, se profundizará en el área de psicología en cuanto a uno de los ejes de los CP.

La intervención de la psicología es ejecutada en tres distintas áreas, el paciente, la familia y el equipo sanitario, ante el impacto que ocasiona una enfermedad catastrófica desde su diagnóstico, y durante todo el proceso que conlleva como el avance de la enfermedad, el proceso de muerte y por último después de la muerte del paciente. "El campo de actuación en cuidados paliativos coloca al psicólogo en la necesidad de organizar el trabajo en función del tiempo del que disponemos para evaluar e intervenir" (Díaz-Albo, 2011). Para el paciente, el área psicológica se encarga de "la evaluación del bienestar, dolor y sufrimiento, además de síntomas psicopatológicos como ansiedad, miedo ante la muerte, depresión, o pérdida de control de la situación" (Ríos, 2005, págs. 153-154); es decir la dificultad para atenuar el sufrimiento a causa del impacto emocional de la enfermedad, que impide su proceso de adaptación a la misma. El paciente atraviesa distintas fases del duelo de su propia existencia según la autora

Elisabeth Kübler-Ross (2006), quien propone que inicialmente el enfermo se niega a aceptar su condición, por consiguiente experimenta ira, intento por negociar relacionado a las creencias espirituales o en ausencia de ellas al surgimiento de éstas, depresión y finalmente resignación ligada a la aceptación de su irremediable condición. Entonces, se puede afirmar que la enfermedad no es estática, sufre cambios, por lo que la evaluación debe ser flexible y continua, para adaptarse a las características y necesidades del paciente, las cuales están estrechamente relacionadas a las variables subjetivas como la personalidad, la historia de vida y su capacidad de afrontamiento ante la situación que atraviesa (Díaz-Albo, 2011).

En la intervención con la familia, la evaluación se focaliza en la sobrecarga de trabajo e impacto emocional que es consecuencia a la cercanía de la enfermedad. Como cuidadores principales, conocen el diagnóstico y en ocasiones toman la decisión cuestionable de ocultársela por temor a la reacción del paciente (conspiración de silencio). Por lo tanto la intervención del psicólogo además tendrá como objetivo disminuir los "problemas psicosociales" que surgen en la familia, amenazando su estabilidad. Además es deber del psicólogo, ayudar a la familia en la anticipación y proceso del duelo.

Finalmente el psicólogo interviene en relación al equipo sanitario de los CP, y su actuación se dirige al manejo de las propias emociones ante la situación terminal y la comunicación interdisciplinar para una mayor eficacia profesional y prevenir o reducir el riesgo de padecer desmotivación provocando falencias en la calidad del servicio. Es imprescindible, recordar que el modelo tríadico (paciente, familia y equipo sanitario), el cual se apoya en estas tres distintas áreas, se remite a considerar la comunicación esencial para la búsqueda de bienestar (Bayés, 1990). A continuación se presenta una guía para la comunicación de la información y la asertividad en cuanto a su proporción, tomando en cuenta la situación terminal de la enfermedad.

Tabla IV *Guía para la comunicación y proporción de información en la situación de enfermedad terminal.*

1)	La información de la situación en cuanto a la enfermedad sólo es útil cuando es demandada por el enfermo y existe soporte terapéutico.
2)	La información debe ser proporcionada por el agente adecuado, dependiendo de la particularidad del paciente, es decir, el médico tratante, un familiar o en el mejor de los casos el psicólogo.

3)	La comunicación debe ser persistente, clara y abierta, intentando aclarar el significado de los síntomas o molestias, dando solución a la preocupación que surge a partir de los mismos para poder conocer la necesidad de información del paciente.
4)	Es importante explicar lo que sucede con las dolencias, ya que eso genera una sensación de dominio y posible control del sufrimiento, así como la eficacia profesional.
5)	Se deben evitar los indicios innecesarios de empeoramiento. Para ello se ha de huir de los "silencios sospechosos" ante preguntas o apreciaciones comprometidas. En la medida que sea posible se emplearán pautas fijas de medicación (no incrementar el número de medicamentos aunque se incremente la dosis) y si se añade un nuevo tipo, o se utiliza una vía diferente de administración, indicar la función de la misma.
6)	Proporcionar mensajes de esperanza, sin que estos estén encaminados a "mentir" o brindar falsas expectativas de una posible cura. La esperanza se refiere en todo caso a la posibilidad de alivio y/o control del sufrimiento.
7)	Es fundamental el mantenimiento de la comunicación no verbal con el paciente, con el fin de mostrar mediante el contacto ocular el interés y la atención al problema del paciente y la cercanía física, evitando así sensaciones de rechazo.
8)	La congruencia informativa, tanto entre los proveedores de información (equipo terapéutico) como para los receptores de la misma (paciente y familia o personas relevantes), evita recelos innecesarios que incrementan la sensación de inseguridad o generan desconfianza en el paciente.

Adaptado de (Bayés, 1990), por M. Emilia Jiménez Alcázar.

El psicólogo se basa en estrategias y procedimientos metodológicos con fines de evaluación y eficacia para el objetivo de brindar bienestar, sin embargo el "bienestar" es subjetivo y solamente puede ser palpado desde la experiencia de los sujetos quienes tienen la posibilidad de buscarlo en la situación de enfermedad. Cabe recalcar que para el autor Bayés (1990), el bienestar es esencialmente de naturaleza psicológica, por ende las estrategias, los instrumentos metodológicos y la evaluación están encaminados a conocer el grado de bienestar/malestar de los pacientes con enfermedad terminal, con el fin de conocer si las intervenciones "biomédicas, psicológicas, socio-económicas, espirituales, etc.- que lleva a cabo el equipo interdisciplinar, poseen efectos positivos, negativos o nulos sobre dicho bienestar, en consideración global; es decir, hasta qué punto son eficaces para combatir lo que se ha denominado "dolor total" (Bayés, 1990).

En síntesis el psicólogo además de identificar y tratar los síntomas consecuentes a la enfermedad tanto de los pacientes y familiares, debe fomentar los recursos de ambas partes, proporcionando las adecuadas estrategias de comunicación y el manejo de la información, además es el encargado de detectar las necesidades psicológicas específicas no solamente del enfermo, sino de sus familiares, el equipo interdisciplinario y las personas relevantes a la situación. (Bayés, 1990). La intervención del psicólogo

debe ser objetiva ante las características subjetivas del sufrimiento y por ende del bienestar, apuntando al análisis de problemáticas psicosociales y la disminución de la carga que los familiares experimentan ante los cuidados del enfermo.

CAPÍTULO II

2 MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

2.1 Bases Filosóficas y Epistemológicas del modelo integrativo focalizado en la personalidad

La teoría integrativa se ha desarrollado desde la tercera década del siglo pasado, a partir de una propuesta que busca "acercamientos y puntos comunes entre corrientes psicoterapéuticas" (Balarezo, 2014, págs. 12-13). Inicialmente se exploró nexos entre el psicoanálisis y la teoría pavloviana "comentando las similitudes existentes entre la represión freudiana y los conceptos reflexológicos de extinción e inhibición" (Balarezo, 2014, págs. 12-13), además vincula a la teoría psicoanalítica con principios conductistas de aprendizaje y diferenciación.

Las bases del modelo integrativo son de origen humanista en cuanto a su filosofía de ayuda y servicio dejando de lado las limitaciones de un enfoque objetivista que propone al sujeto como pasivo frente a su entorno, siendo capaz simplemente de reaccionar a los estímulos, anulando su capacidad de auto-direccionarse, aprender y ser libre. Por lo contrario, el humanismo defiende a "la experiencia subjetiva del ser humano, dejando de lado las nociones de monocausalidad, policausalidad, la naturaleza estrictamente biológica, psicológica o social, impulsando a la libertad de decisión con responsabilidad al ser parte de un mundo y sus condiciones" (Balarezo, 2014, pág. 52).

El humanismo se asienta en algunos principios básicos en el contexto psicoterapéutico, el primero plantea que el ser humano es más que la suma de sus componentes, la segunda en relación a la existencia y su validación en el seno de las relaciones humanas, considerando que la relación que se establece entre psicoterapeuta y paciente, surge a partir de la recreación de un ambiente de confianza, permisividad, empatía y comprensión para estimular la autodirección del paciente en la resolución de sus conflictos. El tercero afirma que el hombre vive más o menos asequible a su forma consciente, siendo ésta la base para la comprensión de la experiencia humana, por lo tanto al asumir una postura no directiva, el psicoterapeuta no toma decisiones frente al paciente, se apoya en técnicas para guiar el proceso y permitir ejercer al paciente su capacidad de auto-descubrirse a través de la psicoterapia. El cuarto propone que, desde

lo consciente disponible, el ser humano está en situación de elegir y decidir; no es pasivo espectador de su existencia sino que la recrea, entonces existe una confianza básica en el ser humano, que es capaz de auto dirigirse y auto controlarse en la mayoría de circunstancias. Finalmente el quinto considera que la persona vive orientada hacia una meta, objetivos y valores que son la base de su identidad y generalmente tiende a la tranquilidad y excitación, sin embargo durante el ejercicio psicoterapéutico integrativo en cuanto a la concepción del ser humano, se encuentran variaciones procedimentales en conformidad a sus requerimientos y su particularidad (Balarezo, 2015).

En cuanto a sus bases epistemológicas del modelo integrativo, es preciso rescatar la esencialidad que los diversos aportes teóricos constructivistas tienen para el desarrollo de la teoría a un nivel "meta-teórico". La perspectiva multidisciplinar, brinda amplitud al "proceso de conocimiento, que se ha aumentado por las contribuciones de la filosofía, la física, la biología, la cibernética, entre otras disciplinas más" (Balarezo, 2014, pág. 54). El fin del nivel meta-teórico es incluir la propuesta constructivista en la psicología y la psicoterapia, la cual apunta a tener en consideración "el contexto histórico de las ideas, el conocimiento de la materia, los seres vivos, los sistemas informacionales y el desarrollo general de la ciencia" (Balarezo, 2014, pág. 54). La epistemología constructivista aporta solidez y coherencia entre el nivel epistemológico, teórico y práctico, lo cual es esencial para un enfoque o teoría sustentable, además es necesario destacar que el punto en común de las elaboraciones constructivistas, reside en la afirmación de que "el conocimiento no es el resultado de una mera copia de la realidad pre-existente, sino efecto de un proceso dinámico e interactivo a través del cual la información externa es interpretada y re-interpretada por la mente que va construyendo progresivamente modelos explicativos cada vez más complejos y potentes" (Balarezo, 2014, pág. 55).

Para Balarezo (2014), el desarrollo de la teoría cognitivista tiene relación estrecha con la posición constructivista, por ende es importante resaltar los aportes de varios autores para el desarrollo cognitivo – constructivista en la psicología. Jean Piaget en su libro "*Proceso genético de la construcción*", propuso al conocimiento comprendido como resultado de un proceso activo de interacción entre el organismo (el sujeto) y el medio (el objeto), es decir, de una "construcción", a partir de la selección de la información, que interpreta y organiza, partiendo de un esquematismo cognitivo de nociones transmitidas por su entorno social, pero, según Piaget, no los adopta enteramente, sino

que los transforma y los asimila a sus estructuras mentales. La construcción del conocimiento no se realiza a partir del mecanismo de asociación, como propone el empirismo, sino de mecanismos de asimilación y acomodación que el autor propone en su teoría. El sujeto se encuentra con objetos en su entorno físico y con estos objetos como la información, se interpreta a partir de los esquemas de conocimiento que ya ha construido el sujeto y se integra en ellos. A la vez, dichos esquemas se "movilizan", se modifican, experimentan un proceso de acomodación o reajuste.

Balarezo (2014) se apoya en algunos autores y sus teorías, el primero es George A. Kelly y la elaboración de su teoría de constructos personales. Kelly explica a la realidad como una manifestación a partir de los constructos personales de cada sujeto, entonces cada sujeto experimenta una situación de distintas formas, por lo tanto una persona no es una víctima de la realidad, sino de su construcción de esa realidad. La "Teoría de los Constructos Personales" se estructura en once corolarios que desarrollan un postulado fundamental según el cual los procesos de una persona están ligados psicológicamente por la anticipación de los acontecimientos.

El "constructo personal", es la captación simultánea de similitud y diferencia entre acontecimientos, los sujetos comprenden la realidad y anticipan el futuro. Esta doble dimensión del constructo personal, la integrativa y la predictiva, lo constituyen en predecesor de los esquemas o "scripts" planteados por la psicología cognitiva. Desde esta perspectiva el ser humano es como un científico que pone a prueba sus hipótesis (constructos), que se ven validados o invalidados en aquello que Kelly considera un experimento personal continuado y como consecuencia, la conducta. Éste proceso de cognición no es meramente cognitivo (ni consciente), sino que gobierna y afecta de forma holística todas las facetas de la actividad humana orientada, según Kelly, a la anticipación de acontecimientos y a la mejora de la capacidad predictiva del sistema de construcción del individuo (Rivero, s/a).

En esta segunda parte Balarezo (2014) se apoya es Vygotsky, Lewin, Luckman, etc., y en sus aportes sobre la construcción social de la realidad. Comprenden que "Los términos en los cuales se comprende el mundo, son artefactos sociales, producto de intercambios entre sujetos, e históricamente localizados" (Besora, 2000). Por lo tanto hay una directa relación entre las bases culturales e históricas acerca de la construcción del mundo. No obstante el grado en el cual una forma de compresión prevalece o se

sostiene a través del tiempo, no depende de la validez empírica de ésta perspectiva, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc.). Para autores constructivistas posteriores, los sistemas individuales de construcción pueden influir en la cultura o ideología. Es indiscutible que la cultura es mantenida y transmitida de generación en generación con la mediación de la familia, escuela, barrio, ambiente laboral, etc. Sin embargo estos agentes como la familia, interpreta el sistema cultural de manera particular y cada sistema individual de construcción interpreta el sistema familiar de forma característica. En conclusión la construcción de la realidad se lleva a cabo en un contexto social específico que proporciona una evidencia limitada para la validación o refutación de las construcciones individuales (Besora, 2000).

Balarezo (2014), apoya también su teoría en Gregory Bateson y sus construcciones sistémicas sobre la terapia familiar. Concibe que un sistema, sea el conjunto de elementos en constante dinamismo y relación para lograr un objetivo, vinculado con su equilibrio y permanencia a través del tiempo. En este sentido la familia, como sistema, presenta una serie de principios propios de todos los sistemas. Se explicará brevemente los más importantes. El primero, es el principio sistémico / organizativo, el cual propone que la familia está conformada por sus elementos (padres e hijos) que interactúan y se relacionan entre sí, sobre la base de una estructura del sistema en donde los padres representan la autoridad que impone las pautas de interacción entre los miembros del sistema. Los padres a su vez forman parte de otros sistemas como la familia de origen, pertenecen una organización laboral, una institución educativa, un contexto social, entre otros (Vidales, 2012). Ante el desarrollo mismo del sistema familiar y sus miembros, así como la interacción con un "supra sistema" las pautas de vinculación y comportamiento que mantienen el equilibrio del sistema familiar, pueden o no modificarse, de tal forma que el sistema siempre mantenga su equilibrio.

El segundo principio corresponde al Hologramático, el cual refiere que una persona refleja a través de su comportamiento, o síntoma, a todo el sistema familiar al que pertenece. El tercero es el principio retroactivo, y explica que la causa tiene un impacto sobre el efecto, pero el efecto también tiene un impacto sobre la causa. Cuando el paciente identificado empieza a cambiar y no presentar el síntoma que mantiene el equilibrio del sistema familiar y buscará la forma de mantener el síntoma en el paciente o buscará una forma distinta de sostener el equilibrio. Finalmente el último principio corresponde al recursivo y éste expone que, las pautas de comportamiento que guían la

dinámica y equilibrio del sistema familiar se repiten de una generación a otra a fin de mantenerse a través del tiempo (Vidales, 2012).

Por último, Balarezo (2014) menciona a Michael Mahoney y su teoría de procesos de cambio humano en su teoría. El cual sugiere que los sujetos no son simples observadores de la realidad sino constructores de las experiencias de acuerdo a instrumentos de percepción y procesos de construcción de significado, como ya lo habían planteado otros autores. "Los seres humanos somos constructores de nuestra realidad" (Camerini, 2013). Por lo tanto, no hay una realidad, sino "realidades personales". El paradigma de las cogniciones como causantes de las emociones se combina con el de las emociones como organizadoras de las construcciones de significados. Los procesos de asignación de significado se expresan en patrones aprendidos a través de las experiencias durante toda la vida. Estos patrones son las formas personales de solucionar los problemas. Los patrones se modifican a través de nuevas experiencias y para resolver nuevos desafíos, pero a su vez tienden a la estabilidad, a resistirse al cambio, para protegerse de la incertidumbre y el caos. Para Mahony, en la terapia no se trata de enseñar al paciente a no cometer "errores" al percibir o evaluar la realidad, si no, de abordar los procesos de asignación de significado que no le permiten solucionar sus problemas. La terapia supone proporcionar experiencias nuevas que permitan desarrollar nuevos patrones (Camerini, 2013).

Para la adopción de la posición epistemológica del modelo integrativo, es fundamental explicar las dos posturas dentro de la teoría constructivista, y además dar a conocer la postura en la cual "el modelo integrativo se asienta desde la concepción del psiquismo, su funcionamiento y el quehacer terapéutico" (Balarezo, 2014, págs. 68-69).

1) Constructivismo Radical: Según el constructivismo radical, la realidad que el sujeto percibe está mediada por aspectos fisiológicos y cognitivos, por lo tanto no podemos acceder a un conocimiento exacto de la realidad. Siendo así una perspectiva reduccionista, pues no admite al sujeto en su totalidad, considerando la realidad incluso como una invención, ya que se encuentra exclusivamente en la mente del sujeto (Balarezo, 2014).

2) Constructivismo Moderado o Relativo: El Constructivismo Relativo, nos permite considerar al sujeto en su ambiente, con la influencia de elementos fisiológicos, cognitivos, ambientales, sociales, pero perteneciente a una realidad, es decir hay un

equilibrio entre el sujeto (y sus percepciones y construcciones), y el objeto del conocimiento (el mundo que el sujeto percibe). En psicoterapia integrativa se considera como base epistemológica el constructivismo relativo, que nos permite comprender y entender al sujeto y las distintas construcciones que pueden existir ante una misma realidad, con el objetivo de contribuir al alivio del sufrimiento del paciente sin vulnerar su identidad y estimulando a la vez sus recursos para poder reconstruir con significados que estimulen su proyecto de vida (Balarezo, 2014).

2.2 Bases Teóricas del modelo integrativo focalizado en la personalidad

2.2.1 La personalidad en el enfoque integrativo

"La base teórica del modelo integrativo tiene como elemento básico la personalidad, para la comprensión de la vida psíquica, sus trastornos y el ejercicio psicoterapéutico" (Balarezo, 2014, pág. 71). Para el autor, la personalidad es una estructura interna que hace a cada ser único, de acuerdo a la interacción de sus factores biológicos, psicológicos y sociales. Además esta estructura interna no es estática, ya que mantiene cambios constantes para ajustarse al ambiente. Tomando en cuenta su condición de organización, se puede inferir que existe una posible desorganización a partir de la comprensión de estos ejes en interacción en cada individuo ya que la personalidad es determinante en el comportamiento y sus ajustes son únicos en el tiempo, espacio y cualidad. Asimismo, estos ajustes son un modo de supervivencia y por tanto debe incluir las inadaptaciones para comprender al individuo en su particularidad (Balarezo, 2014).

El autor propone que la personalidad no es un sistema estático ya que depende a variaciones ambientales o dependientes de su propio dinamismo, por lo tanto es un sistema complejo e integral en cuanto a la organización de aspectos cognitivos, afectivos, comportamentales y relacionales. El concepto de personalidad, permite transmitir un sentido de coherencia y continuidad a las características del individuo y su definición parte del modelo constructivista moderado que permite tipificar y predecir de forma relativa la manera de ser de los sujetos. Lo psíquico, está conformado por la personalidad que a su vez integra en su dinamismo factores biológicos y socioculturales, determinando formas específicas de interrelación con el entorno y los demás. Se

concibe como núcleo integrador de funciones psíquicas tanto en su estructura como en su funcionamiento, sin embargo existen facilidades y obstáculos a partir de sus componentes biológicos y los genes en el comportamiento normal y patológico en el ejercicio psicoterapéutico manteniendo su relación con factores ambientales y socioculturales (Balarezo, 2014).

Se reconoce la existencia de lo consciente e inconsciente desde la perspectiva biopsicosocial integradora para comprender su dinamismo, además del valor del pasado en los individuos, como un factor influyente en la formación de la personalidad y en la génesis de los trastornos, sin embargo el trabajo psicoterapéutico se asienta en el presente. Las motivaciones y vida afectiva de la construcción y expresión de la personalidad tienen un valor esencial, así como el valor cognitivo en la estructuración de la personalidad ajustada. En la patológica se prioriza la acción terapéutica como componente durante el proceso psicoterapéutico. Se reconoce también, el valor de los principios de aprendizaje en cuanto a la noción de normal y patológico. Los resultados psicoterapéuticos se conciben como expresiones de nuevos estilos de personalidad y se da la importancia a la valoración sistémica ecológica en la comprensión de la relación individuo-grupo-sociedad (Balarezo, 2014).

El modelo integrativo da valor a las tipologías desde algunos acercamientos, sin embargo se explicará dos de los más importantes para el eje de la personalidad. El primero es la teoría de los rasgos, la cual es de gran utilidad para la evaluación y diferenciación de los rasgos comportamentales de los sujetos. Estos rasgos son atribuciones descriptivas en cuanto a fortalezas y debilidades de la personalidad desde una observación objetiva. El segundo es la tipología de la personalidad, la cual propone la existencia de construcciones similares a nivel social debido a los referentes familiares y a experiencia social, sin obviar la individualidad de los sujetos en su actividad psíquica. La tipología de la personalidad, permite tomar referentes de agrupación válidos en el ejercicio psicoterapéutico, además se focaliza en componentes comportamentales como la cognición, la afectividad y las relaciones interpersonales, ya que estos componentes están presentes en todas las personalidades desde la apreciación biopsicosocial y son de gran ayuda para diferenciar el equilibrio psíquico referentes a las facilidades y dificultades personales y sociales de cada individuo (Balarezo, 2014).

Todos los sujetos, poseen las 4 áreas básicas de la personalidad tomando en cuenta que particularmente existen diferencias marcadas por la expresión de los rasgos con una inclinación a una o una mezcla de estas 4 áreas, dando lugar a posibles déficits de que contrarrestan esta inclinación (Balarezo, 2014, pág. 82). Estas 4 áreas están detalladas en el (Anexo 8), junto a sus rasgos, factores de influencia biológica, socio-cultural y perspectivas psicológicas, la permanencia de procesos tempranos en los estilos de personalidad y su prevalencia por género.

2.2.2 Personalidades y factores bio-psico-socioculturales en la estructuración de la personalidad

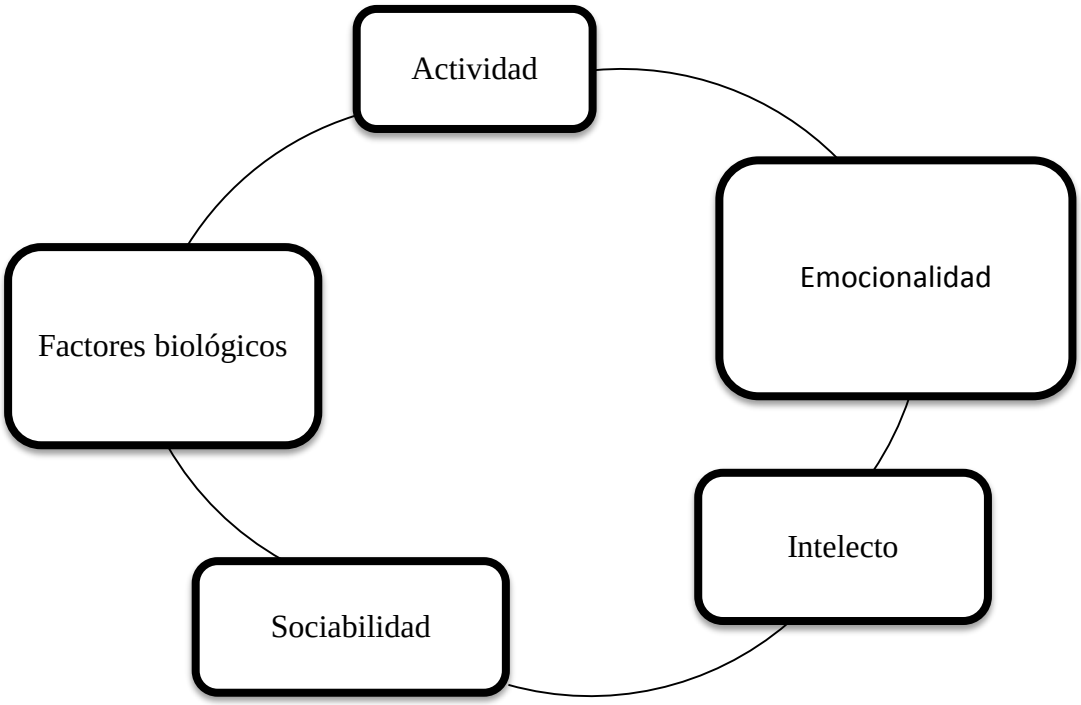
Para explicar la herencia como un factor de predisposición a la estructura de la personalidad, es necesario conceptualizar procesos de herencia y desarrollo, ligados a los términos genotipo y fenotipo (Balarezo, 2014). El genotipo está relacionado con factores hereditarios internos de un organismo, es decir el contenido genético de un organismo (genoma y genes), mientras que el fenotipo está relacionado con las características físicas observables en un organismo, incluyendo su morfología, fisiología y conducta a todos los niveles de descripción, es decir la expresión del genotipo (Barbadilla, s/a). Habiendo explicado estos dos conceptos, el autor realizó una serie de conclusiones, las cuales, para esta investigación se mencionarán las más importantes.

El autor precisó que las condiciones ambientales similares, dan lugar a la heredabilidad de un fenotipo y que en un entorno distinto el fenotipo podría no estar influido por el genotipo, es decir que en algunos estilos de personalidad es incuestionable el peso de los genes y en otros, el ambiente regirá la expresión de los mismos. Por lo tanto se puede inferir que a pesar de la influencia genética en la individualidad biológica heredada en los sujetos, ésta no es un factor determinante en la personalidad, la cual puede modificarse en el transcurso de la evolución a causa de una serie de acontecimientos al azar (Balarezo, 2014).

El autor Eysenck, citado por Balarezo (2014), propone a partir del concepto de herencia, los factores temperamentales, los cuales agrupó en 5 dimensiones. El primero es el nivel de actividad, el cual mide las respuestas del sujeto a una determinada acción, estas

respuestas pueden ser carentes de organización, lentas, e inestables o por lo contrario, organizadas rápidas y estables. El segundo corresponde al nivel de emocionalidad, el cual mide la respuesta de cada persona a los acontecimientos que experimenta. Una persona puede ser emotiva, es decir, poseer la tendencia a reaccionar intensamente o por lo contrario no-emotivo, caracterizado por respuestas frías, introversión y prudencia. El tercero está relacionado con factores biológicos de extraversión es decir, personas sociables, impulsivas, activas, alegres, etc., y factores biológicos de introversión, característico de personas reservadas, temerosas, discretas y evitativas, etc. La cuarta dimensión es la de sociabilización, y se relaciona con la predisposición a la interacción con los demás, predeterminadas por los factores de introversión y extroversión de las personas. La quinta y última dimensión, es la del intelecto y apertura a diversas experiencias, relacionada a la tendencia de adquisición de los conocimientos para su uso adecuado, determinando el éxito en el crecimiento y superación a partir de los problemas o experiencias nuevas (Balarezo, 2014).

Ilustración I *Dimensiones de los factores temperamentales.*



Adaptado de (Balarezo, Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad, 2014), M. Emilia Jiménez.

Finalmente, es necesario añadir que los factores sociales y culturales son estructurales en los sujetos, debido a que en su dinámica, se desarrollan influencias de aprendizaje del ambiente en el cual el sujeto se desenvuelve, provocando efectos específicos en el comportamiento, expresados en valores y costumbres. Dentro de estos factores sociales son imprescindibles las condiciones socio-económicas del ambiente, es decir el país o región donde el sujeto pertenece. Estas circunstancias impulsarán al sujeto a buscar métodos para desenvolverse y ser autónomo, teniendo como referentes a sus familiares, el sistema escolar y sus relaciones interpersonales, transformándose a través de una incesante búsqueda de estabilidad en su ambiente social. Por este motivo el sujeto desarrolla actitudes a partir de las conductas aprendidas, ligadas a consistencias y disonancias cognitivas, además de una búsqueda de pares para su convivencia y adaptación, sujeta a cambios comportamentales ligados a la personalidad (Balarezo, 2014).

2.3 Bases metodológicas del modelo integrativo focalizado en la personalidad

Para éste modelo, es fundamental marcar una diferenciación entre dos conceptos complementarios dentro del ejercicio psicoterapéutico. El primero es la psicoterapia, la cual Balarezo (2010), define como un tratamiento a partir de métodos para ayudar a los sujetos que padecen enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de la palabra, haciendo uso de los recursos psicológicos de los sujetos. El segundo es el concepto de asesoramiento, el cual Balarezo (2010), definió como una relación de ayuda entre el terapeuta y el paciente, para ayudar al paciente a comprender y resolver sus dificultades para adaptarse, empleando recursos psicológicos. Ambos conceptos, son procesos dentro del ejercicio terapéutico para el marco integrativo (Balarezo, 2014), e incluídos como posibilidades de aplicación en el éste protocolo de intervención.

Para la metodología del modelo integrativo focalizado en la personalidad, se describen los pasos del proceso con sus características y fines a partir de las estrategias planteadas para cada sujeto. Se explicará el desarrollo de los planes de ayuda desde la perspectiva de psicoterapia y asesoramiento definidos anteriormente, en relación a los objetivos planteados a partir de dos niveles. El primero propone metas de asesoramiento, alivio del sufrimiento o síntomas y la influencia sobre la personalidad. El segundo en relación

a las técnicas empleadas en función de los objetivos identificados para el asesoramiento o la psicoterapia" (Balarezo, 2014).

Para el autor, las etapas del proceso establecidas no tienen un curso regular o continuo, por este motivo se ha percibido desigualdad entre las distintas teorías acerca de los pasos a seguir durante el proceso psicoterapéutico, debido a las variaciones, por lo que se torna subjetivo el delimitar las etapa en un tiempo específico de forma precisa (Balarezo, 2014). A continuación se expondrán las etapas y sus características esenciales. La primera etapa está enfocada en la identificación del tipo de demanda, las expectativas y motivaciones del paciente y finalmente las expectativas y motivaciones del terapeuta. Es importante mencionar que estos primeros acercamientos al proceso, difieren en cada paciente, familia y terapeuta, por ende es una construcción sustentada.

Tabla V *Primera etapa del proceso.*

Primera etapa		
Demanda	Expectativas y motivaciones del paciente	Expectativas y motivaciones del terapeuta
Explicita (manifiesta): motivo principal de consulta, relacionadas con dolencias físicas o conflictos psíquicos.	Búsqueda de ayuda o demanda por supresión de síntomas.	Vocación de ayuda.
	Complacencia a familiares y allegados.	Adquisición de experiencia.
Implícita (latente): Significado o procedencia de los síntomas o el conflicto.	Remisión de otros profesionales.	Fenómenos contra-transferenciales.
	Exigencia social o de "status".	Factores económicos.
	Curiosidad.	Obligación institucional.

Adaptado de (Balarezo, 2014), M. Emilia Jiménez A.

La segunda etapa del proceso consiste en la evaluación psicológica desde los distintos modelos de la entrevista, sus objetivos de aplicación y sobre todo al motivo por el cual llegan las personas a la consulta. En éste caso, el área de los (CP) deriva a los familiares al área de psicología como parte del servicio hospitalario brindado, por lo que generalmente la entrevista es inicialmente de consulta, posteriormente de psicodiagnóstico y finalmente una entrevista de inicio del proceso. En esta etapa además, se determinan las herramientas o estrategias terapéuticas que se aplicarán durante el proceso. Las herramientas se adaptan por un lado a la población que en este

caso son las familias y a los diversos contextos como la muerte en el hospital. A lo largo de esta etapa, el terapeuta hace uso exclusivo de su estilo como profesional para crear un ambiente de confianza y "rapport", esto mientras cumple con la consulta o evaluación psicológica.

Tabla VI *Segunda etapa del proceso.*

<table>
<tr><th colspan="3">Segunda etapa</th></tr>
<tr><th>Evaluación psicológica</th><th>Modelo de entrevista</th><th>Herramientas o estrategias terapéuticas</th></tr>
<tr><td>Datos informativos.</td><td rowspan="2">Entrevista de psicodiagnóstico: Evaluación, diagnósticos diferenciales, peritaje o relación interprofesional.</td><td rowspan="2">Historia clínica psicológica o ficha integrativa.</td></tr>
<tr><td>Demanda y sus antecedentes.</td></tr>
<tr><td>Análisis de las expectativas.</td><td rowspan="2">Entrevista de consulta: Se busca iniciar posteriormente un proceso psicoterapéutico.</td><td rowspan="2">Indagación de posibilidades terapéuticas basada en una conducción complementaria y directiva.</td></tr>
<tr><td>Biografía psicológica personal y familiar (Genograma).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Aplicación y resultados de reactivos psicológicos.</td><td rowspan="4">Entrevista única: En casos de maltrato y abuso sexual.</td><td>Conducción de la historia.</td></tr>
<tr><td>Interrogativo sobre aspectos específicos.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Diagnóstico descriptivo del problema o trastorno incluyendo el análisis de la sintomatología.</td><td>Preocupaciones sobre el cuerpo.</td></tr>
<tr><td>Información sobre el examen médico y su conclusión.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Diagnóstico descriptivo de la personalidad.</td><td rowspan="4">Entrevista de inicio de proceso: Uso del modelo para establecimiento de estrategias en el comienzo del proceso psicoterapéutico.</td><td>Establecimiento de rapport.</td></tr>
<tr><td>Aproximación diagnóstica.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Criterios pronósticos y recomendaciones.</td><td>Confesión y desinhibición emocional.</td></tr>
<tr><td>Estrategias de apoyo.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Tabla XIV.</td></tr>
</table>

Adaptado de (Balarezo, 2014), M. Emilia Jiménez A.

Para cuando el terapeuta alcanza la tercera etapa del proceso, debe tener una claridad del trastorno o problemática a la que se enfrenta y un conocimiento amplio de los síntomas y los distintos factores que caracterizan cada caso, además del análisis de personalidad, las funciones operacionales del paciente o familiar y finalmente plantear objetivos en cuanto a los niveles de intervención.

Es importante describir los objetivos ligados a los niveles en los que se pretende actuar. Se detallarán los más importantes y se plantearán posibles técnicas de intervención para cada nivel. El primer nivel corresponde al asesoramiento, éste nivel es el más requerido en el ámbito hospitalario, ya que se adapta fácilmente al trabajo interdisciplinario y al "modelo triádico", sus objetivos pretenden asesorar para la resolución de problemas y conflictos intrapersonales e interpersonales además de promover el desarrollo personal. Las técnicas están relacionadas a la modificación de actitudes y el desarrollo de programas enfocados en el crecimiento personal, la resiliencia, autoestima, inteligencia emocional, asertividad, coaching, etc., (Balarezo, 2014).

El segundo nivel corresponde a la sintomatología, por lo que se procura disminuir o eliminar síntomas específicos y comportamientos des-adaptativos para adquirir conductas adaptativas, además del apoyo emocional que el proceso requiere. En cuanto al uso de técnicas para éste nivel es frecuente el relajamiento muscular y con apoyo de visualización guiada, además de técnicas sugestivas en vigilia y sueño sugerido. Finalmente el aporte de otras corrientes es importante para llevar a cabo procedimientos conductuales (Balarezo, 2014).

El tercer y último nivel corresponde al eje de la personalidad y los objetivos apuntan a promover "insight" en base a procedimientos cognitivos, flexibilizar rasgos de personalidad a partir de procedimientos constructivistas, a re-elaborar y optimizar rasgos de personalidad con el apoyo de técnicas retrospectivas, además del análisis de significados y el análisis de los propios rasgos de personalidad (Balarezo, 2014). Existen estrategias para la estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica, orientadas a los rasgos de personalidad, sus problemas básicos y a los acercamientos asertivos descritos en el (Anexo 9).

Tabla VII *Tercera etapa del proceso.*

Tercera Etapa		
Trastorno	Personalidad	Objetivos
Descripción de síntomas.	Descripción y análisis de los rasgos.	Ligados a los niveles en los cuales se pretende actuar: - Asesoramiento. -Sintomáticos.
Factores desencadenantes.	Identificar sus funciones intelectivas y cognoscitivas.	

Factores determinantes y predisponentes.	Identificar el nivel de integración.	- Conductuales. - Cognitivos. - Emocionales - Personalidad
	Identificar motivaciones.	
Proceso y la evolución del trastorno o problema.	Capacidad de reaccionar afectivamente a las motivaciones.	

Adaptado de (Balarezo, 2014), M. Emilia Jiménez A

En la cuarta etapa se aplican las técnicas identificadas en una segunda etapa, apoyándose en las distintas herramientas psicoterapéuticas para el manejo de la información y el registro del seguimiento ligado a una crítica constante y objetiva del paciente o familiar, así como la posibilidad de una reformulación de las herramientas o estrategias terapéuticas planteadas en la segunda etapa e incluso cambios en los objetivos argumentados en la tercera etapa.

Tabla VIII *Cuarta etapa del proceso.*

Cuarta Etapa		
Aplicación de técnicas	Herramientas	Seguimiento
Planificación.	Esquema de evolución: Formato en donde el procedimiento queda detallado y sistematizado.	Critica constante.
Consideración a la singularidad del paciente.		Posibles correcciones y reformulación de objetivos.
Flexibilidad en cuanto a los síntomas y la personalidad.		Señalamiento de nuevas técnicas.
		Progreso o retroceso del paciente.

Adaptado de (Balarezo, 2014), M. Emilia Jiménez A.

Finalmente en la quinta etapa se realiza un examen crítico a través de algunas herramientas de medición y a los parámetros iniciales de la evaluación, es decir el diagnostico, el proceso y los resultados. Esta etapa es decisiva para la valoración propia del terapeuta en cuanto a su intervención. Ya que el proceso se desarrolla en un ámbito hospitalario, los resultados están sujetos a una evaluación conjunta de los distintos profesionales sanitarios.

Tabla IX *Quinta etapa del proceso.*

Quinta Etapa

Evaluación	Examen crítico	Herramientas de medición
Diagnóstico.	Consolidación de la teoría, investigación y su práctica a lo largo del proceso.	Criterio del paciente y el terapeuta.
Proceso.	Recopilación de los logros y dificultades a lo largo del proceso.	Apreciación de sus familiares.
Resultados.	Perspectiva constructiva en el terapeuta.	Uso de herramientas psicológicas: Reactivos y registros, medición fisiológica para evaluar los síntomas.

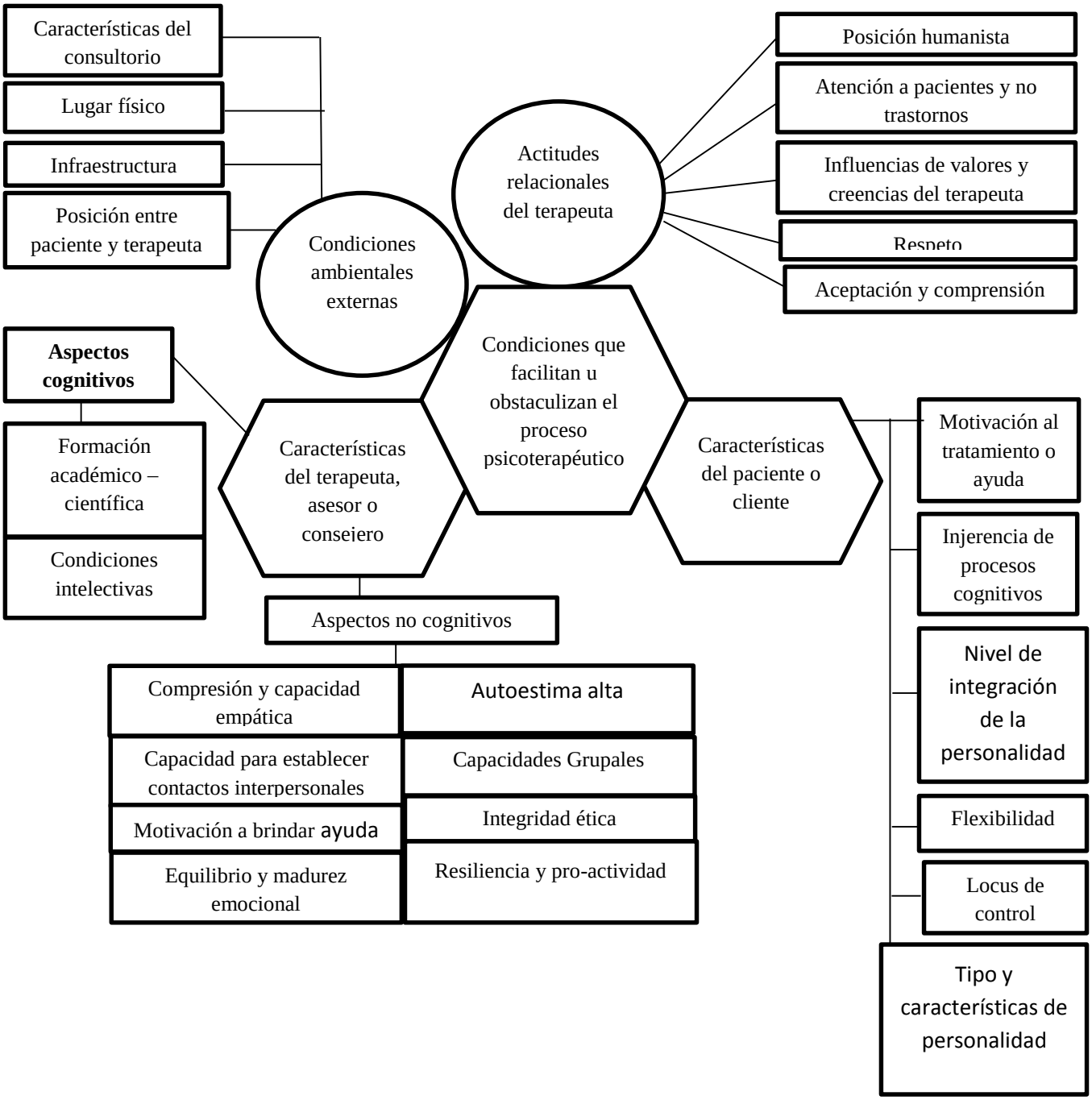
Adaptado de (Balarezo, 2014), M. Emilia Jiménez A.

2.3.1 La relación psicoterapéutica

La relación entre paciente y terapeuta, se sujeta a principios dentro del ejercicio psicoterapéutico. Los procesos individuales de ambas partes, conforman la construcción de una relación basada en su evolución histórica, su cultura, patrones actitudinales y característicos de estos principios. "Las experiencias del paciente intervienen en el contacto terapéutico, producto de las influencias de la familia, la sociedad y cultura, entrelazadas a experiencias vitales con diferente significado y consecuencia para el sujeto" (Balarezo, 2014, pág. 167). El terapeuta debe distinguir entre el doble rol que interviene en su profesión, es decir de sujeto y terapeuta. Su rol de terapeuta debe cumplir con competencias, cognitivas, emocionales, actitudinales, técnicas y éticas para su efectividad laboral (Balarezo, 2014).

La mayoría de corrientes psicológicas, concuerdan en que es esencial analizar la relación terapéutica para el trabajo clínico, sin importar los recursos técnicos ejercidos. Freud, en su teoría habría descrito los términos de transferencia y contratransferencia, como fenómenos de la relación terapéutica por medio de la palabra. Balarezo (2014), concuerda con que estos fenómenos son influyentes tanto en el paciente, como en el terapeuta. En el siguiente gráfico se describe con amplitud la relación terapéutica, las condiciones ambientales externas influyentes, las actitudes relacionales del terapeuta y las condiciones que facilitan u obstaculizan el proceso terapéutico Además se especifican las características del terapeuta y el paciente o cliente.

Ilustración II *Características de la relación terapéutica.*



(Balarezo, Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad, 2014, págs. 173-193)

CAPITULO III

3 METODOLOGÍA Y TÉCNICAS APLICADAS PARA EL PROCEDIMIENTO DE LA PRESENTE DISERTACIÓN.

3.1 Marco metodológico

La metodología que se utilizó en la investigación, hace referencia a las etapas del proceso explicadas en el punto 3 del capítulo anterior, propuestas por (Balarezo, 2014), como metodología del modelo integrativo focalizado en la personalidad. No obstante las etapas fueron adaptadas para la construcción del programa de intervención presentado y detallado en el siguiente capítulo, considerando el contexto hospitalario de los (CP) en el que se desarrolló y el universo de aplicación, es decir los familiares de pacientes adultos en estado terminal. Las etapas y su adaptación están descritas en la (Tabla XIII).

3.2 Variables, instrumentos y procedimiento

Para el desarrollo de ésta propuesta de intervención, es importante identificar la relación entre la hipótesis planteada, sus variables, los indicadores basados en un registro de sesiones, el compromiso de los familiares al proceso y el reconocimiento de sus necesidades primordiales relacionadas o no, con el enfermo. Finalmente, lograr una relación positiva entre la hipótesis y los resultados y conclusiones de la adaptación de las etapas del proceso, propuestas en la metodología y apoyadas en las herramientas diseñadas para el protocolo.

Tabla X *Relación de hipótesis.*

Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología
Evidenciar si se puede brindar una mejor calidad de vida, a los familiares de pacientes en etapa vegetativa a partir del manejo psicoterapéutico del modelo integrativo	Independiente: Los cuidados paliativos (CP)	-Número de registros de historia clínica. -Necesidades paliativas.	›Historia clínica médica.
	Dependiente: Bienestar familiar (BF).	-Número de asistencias. (Al menos una vez por semana durante los próximos 6 meses).	›Entrevista semi-estructurada desde el enfoque integrativo basado en la personalidad. ›Fichas integrativas de evaluación

en la clínica "Nuestra señora de Guadalupe".			psicológica familiares. ›Test de personalidad. ›Test de estilos de afrontamiento. ›Guías de planificación del proceso.

El método de investigación que marcó la disertación es deductivo y analítico, proponiendo una influencia directa en los familiares a partir del rol del psicólogo como eje de los (CP) y la psicoterapia integrativa o asesoramiento, hacia la búsqueda del bienestar en el familiar en el contexto paliativo del medio hospitalario. Se tomó en cuenta algunos indicadores importantes, además de los descritos en la (Tabla X), para marcar una relación entre los aspectos situacionales que los familiares a menudo experimentan como resultado de la enfermedad de sus seres queridos y algunas consideraciones del área de los (CP), descritos a detalle en un marco relacional de "paliativos familia" en el (Anexo 10). Los criterios generales de éste anexo, incluyen las expectativas familiares depositadas en la persona enferma, los cambios habidos en la organización laboral y social de los miembros de la familia, las dificultades familiares explícitas o manifestadas por la propia familia y también aquellas detectadas por el equipo. Se incorporan además, las necesidades implícitas y explícitas con relación a la situación de enfermedad, la información que disponen los miembros de la familia para identificar a posibles vulnerables como niños y ancianos, las experiencias sanitarias anteriores, duelos vividos, la relación de la familia con el equipo sanitario y la detección de situaciones de riesgo (MSP, 2014). Es importante señalar que las situaciones de riesgo incluyen a la esfera económica, como una gran influencia en la estabilidad de los familiares y su capacidad para adaptarse a la situación.

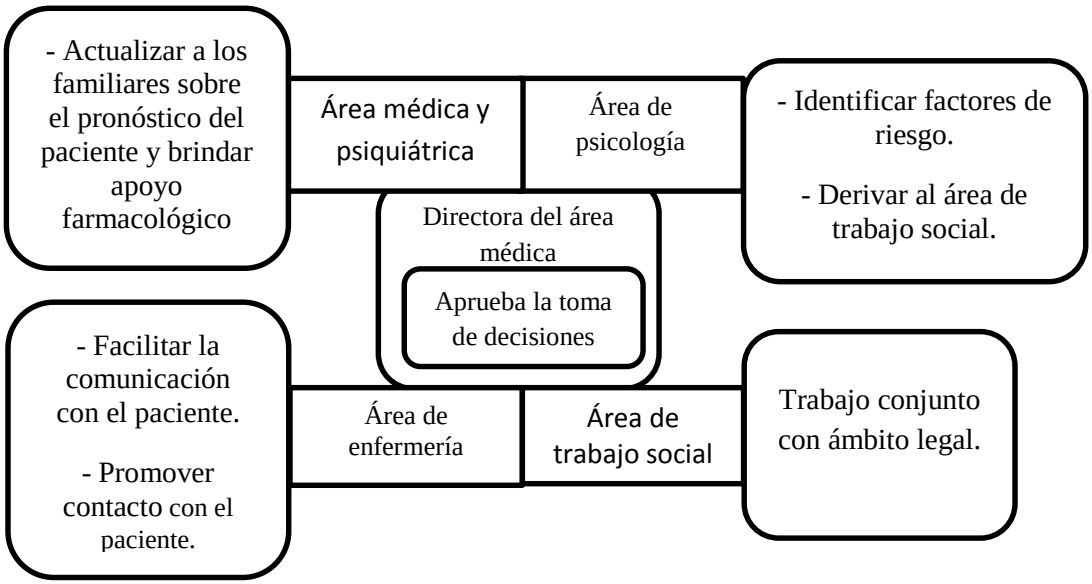
En cuanto al procedimiento de la investigación, inicialmente se extrajo información pertinente a partir de herramientas y técnicas descritas a continuación, con el fin de construir un protocolo de intervención desde el rol de la psicología como eje de los (CP), a los familiares de pacientes en estado terminal, que cumpla con las necesidades paliativas en cuanto a su ser querido sometido a hospitalización y la búsqueda del propio bienestar a partir de la intervención psicoterapéutica. El diagnóstico y pronóstico

de los pacientes, fue registrado en la (tabla XI), a partir de historias clínicas con el correspondiente seguimiento del proceso de enfermedad. Además mediante la observación de campo, se determinó los participantes que cumplieron con los requisitos necesarios para su participación en el estudio e inmediatamente se planificó una primera entrevista semi-estructurada incluida en el (Anexo 11), en la cual se reconocieron los primeros parámetros para la construcción de un programa de intervención desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad.

Se aplicó dos test, el primero en relación a los rasgos de personalidad (SEAPsI) y el segundo que apunta a identificar los estilos de afrontamiento (COPE), con el propósito de describir cada estilo de personalidad y los distintos estilos de afrontamiento, que al identificar demostrarían la necesidad de sometimiento a un proceso psicoterapéutico o asesoramiento acompañado de apoyo emocional de los cuidadores principales identificados en el primer acercamiento. Posteriormente se realizó un encuadre de las sesiones semanales en las que el familiar, al aceptar ser parte del estudio se comprometió a respetar durante la duración de hospitalización del paciente. El encuadre está registrado en la (tabla XV).

Se realizaron reuniones cada dos semanas con el equipo multidisciplinario para el seguimiento conjunto desde las distintas áreas de intervención de los profesionales sanitarios en la hospitalización, en las cuales se identificó que, cuando un miembro del sistema familiar muere, todo el sistema se enfrenta a cambios en cuanto a sus roles, responsabilidades, etc., pero además con frecuencia esta pérdida ocasiona conflicto por las herencias económicas, generando además, disputas, roces e incluso la ruptura del sistema familiar. Durante la investigación, se ha observado varios casos en los cuales, este conflicto tiene un efecto devastador en las familias. Puesto que el objetivo del equipo interdisciplinario es identificar las necesidades y problemáticas que obstaculicen el bienestar de los familiares, se brindó especial importancia a la identificación de los conflictos de ésta índole e incluir el apoyo legal del área de trabajo social, mediante la derivación.

Ilustración III *Parámetros generales del equipo multidisciplinario en relación a la identificación de necesidades de los familiares (reuniones planificadas).*



A partir de la información obtenida y en correlación a la teoría, se obtuvieron resultados acerca de la influencia de los cuidados paliativos en el proceso tanto de aceptación como de adaptación al ámbito situacional de pérdida cercana que los familiares experimentaron en base a sus estilos de personalidad y a la etapa terminal de la enfermedad.

3.3 Participantes

El universo del estudio consta de **f**amiliares de 9 pacientes adultos de 30 años en adelante, hospitalizados en la clínica "Nuestra Señora de Guadalupe", que se encuentren en etapa terminal de su enfermedad. La muestra obtenida alcanzó a 15 familiares, que aceptaron voluntariamente formar parte del presente estudio, mediante el muestreo no probabilístico intencional. Se consideraron dos parámetros para la efectividad del estudio. 1) La asistencia regular a las citas planteadas (al menos una vez por semana mientras el paciente continúe hospitalizado) y 2) Compromiso a lo largo del proceso.

Es necesario aclarar, que cada miembro de la familia reacciona a las situaciones desde sus rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento y otras consideraciones ambientales

importantes, por lo que algunos sujetos en la muestra a pesar de pertenecer a un mismo paciente, mantienen sus particularidades como objetos de estudio.

3.4 Descripción del proceso de recolección de información

Inicialmente, al ingresar el paciente, el equipo multidisciplinario realiza la evaluación médica y toma las medidas urgentes para el servicio de cuidados paliativos, además de brindar la información esencial sobre el servicio de cuidados paliativos, el plan terapéutico conjunto con los familiares y la información sobre el servicio en cuanto a las instalaciones y el procedimiento, es decir el horario de visitas, la cobertura del seguro, las instalaciones disponibles y la necesidad de documentación que se requiere del paciente y su representante. Una vez ubicado el paciente en el área de hospitalización se procede a realizar una entrevista desde el área de psicología a los familiares, los cuales acuden conjuntamente. Es importante resaltar que en esta primera entrevista se identificará a los cuidadores principales o los familiares que aparentemente son los más vulnerables y se asignará citas posteriores. Para este primer contacto se utilizó una entrevista semi-estructurada adjunta en el (Anexo 11), la cual consta de preguntas guía para cumplir con el objetivo inicial, y como se mencionó anteriormente apunta a la identificación de cuidadores principales o familiares vulnerables. El registro apunta a identificar la estructura familiar mediante datos informativos tanto del paciente como los familiares, el motivo de ingreso, la historia y el proceso de la enfermedad, la percepción de la misma, el análisis de las relaciones filiales y la designación de responsabilidades en cuanto a los cuidados del paciente

Tabla XI *Presentación de datos informativos.*

Paciente		Datos informativos	diagnóstico	Pronóstico	Estructura familiar y cuidadores principales (muestra)
1	M.E 001	Fecha Nacimiento: 22/11/1934 Edad: 82 años. Paciente orientado y consciente, referido del HCAM.	Linfoma de hodgkin difuso.	3 meses o menos, sin embargo el paciente fallece al mes de su hospitalización.	Gozaba de una familia unida. Esposo de Rosa (D), a quien se identifica como una de las cuidadoras principales y padre de Ángel (A), Gabriela (B) y Natalia (C), a quienes se identifica como cuidadores y familiares en riesgo.
2	M.L 002	Fecha Nacimiento:		1 año o aproximadamente.	La paciente es viuda, tiene 7 hijos de los cuales acuden a

		12/07/1938 Edad: 79 años. Paciente desorientada, referida del HCAM.	Infarto Cerebral (cuadro crónico).	Sin embargo la paciente fallece a los 4 meses de su ingreso.	consulta Lucía (E) la tercera de sus hijos y Sandra (G) la quinta de sus hijos, a quienes se reconoce como cuidadoras principales.
3	M.E 003	Fecha Nacimiento: 03/01/1921 Edad: 96 años. Ingresa con apoyo de oxígeno y parcialmente orientada, referida del hospital "Carlos Andrade Marín".	Insuficiencia Renal Crónica.	6 meses o menos, sin embargo la paciente fallece a los 3 meses de su hospitalización.	Hace 6 años fallece su esposo, lo cual ocasionó un fuerte impacto para la familia. Es madre de 5 hijos, de los cuales acuden a consulta 2 de ellos, Julian (H) y Luis (L), a quienes se identifica como cuidadores principales y familiares en riesgo.
4	J.M 004	Fecha de nacimiento: 24/06/1924, edad: 93 años. Paciente desorientado, referido del HCAM.	Fase terminal de la enfermedad de Parkinson.	6 meses o menos. Fallece a los 7 meses de su ingreso.	Padre de 5 hijos, de los cuales acuden 3 a la entrevista. Se identifica a Geovanna (F), la tercera de sus hijos como cuidadora principal. Su esposa falleció hace 20 años.
5	L.M 005	Fecha de nacimiento: 02/03/1952, edad: 65 años. Paciente orientado, referido del HCAM.	Metástasis que compromete la mayor parte de órganos internos.	3 meses, sin embargo el paciente luchó contra su enfermedad durante 5 meses.	Esposo de Gladys (I), a quien se identifica como cuidadora principal y padre de 2 hijos. Se identifica a Mario (J), como familiar vulnerable.
6	M.L 006	Fecha Nacimiento: 10/09/1935 Edad: 81 años. Paciente desorientada, ingresa desde su domicilio.	Evento cerebrovascular con secuelas motoras y conductuales.	1 año o más, sin embargo la paciente fallece a causa de un edema pulmonar incontrolable a los 6 meses de su hospitalización.	Es soltera y madre de 3 hijos, los cuales viven afuera del país. Su segundo hijo Manuel (K), cuida de ella, por lo que se lo identifica como cuidador principal.
7	A.E 007	Fecha Nacimiento: 19/10/1939 Edad: 77 años Paciente orientada, ingresa referida del HCAM.	Cáncer de Colon, con metástasis a estómago, riñones e hígado.	3 meses, cumpliéndose el pronóstico.	Es viuda, madre de Esperanza (M), a quien se le identifica como cuidadora principal.
8	E.P 008	Fecha de nacimiento: 20/05/1949, edad: 68 años. Paciente orientado, referido del HCAM.	Tumor maligno de próstata con metástasis cerebral.	6 meses o menos, sin embargo el paciente luchó contra su enfermedad durante 9 meses.	Es divorciado y padre de 3 hijos, los cuales 2 viven en España y Eduardo (N), quien es el hijo menor, acude a la consulta y se lo identifica como cuidador principal.
9	Z.V 009	Fecha Nacimiento:	Neumonía.	6 meses o menos. La paciente fallece	Es viuda y madre de 3 hijos, los cuales viven en distintas

		21/02/1927 Edad: 90 años. Paciente desorientada, ingresada desde su domicilio.		durante el tercer mes de hospitalización.	ciudades. Laura (O), es la tercera de sus hijos, a quien se le identifica como cuidadora principal.

Una vez identificados a los familiares como cuidadores principales, y registrarlos con letras del abecedario, se prosiguió a plantear citas registradas en la (Tabla XV), considerando sus necesidades en cuanto el asesoramiento o psicoterapia. Fue esencial mediante la primera entrevista semi-estructurada con el cuidador principal, analizar las características de adaptación a la situación que experimenta registradas en la (Tabla XIV), en la cual pueden influir diversos factores, como la ayuda que recibe de los otros miembros de la familia, la relación que mantiene con el paciente, entre otros. Además de la aplicación de los test que determinarán sus estilos de personalidad y afrontamiento en relación a la situación. Se debe aclarar que los test aplicados, son una referencia sujeta a análisis clínico. Por lo que los resultados mantienen particularidades en relación al sistema familiar y la situación ambiental del mismo.

CAPITULO IV

4 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD PARA FAMILIARES DE PACIENTES EN FASE TERMINAL EN LA CLÍNICA "NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE".

4.1 Programas de intervención psicológica

Los programas de intervención psicológica, se aplican en distintos campos, como la salud, educación, el área laboral, deportes y programas comunitarios, además su tarea no pertenece solamente al psicólogo clínico y psiquiatra. Estos programas se ejecutan también, por trabajadores sociales, consejeros, enfermeras psiquiátricas, etc., y en ocasiones existe la participación de "para-profesionales" (voluntarios, ex-pacientes, padres, maestros) con mediana experiencia en el campo de la intervención y bajo la supervisión de un profesional. La intervención psicológica consiste en la aplicación por parte un profesional acreditado, es decir un psicólogo clínico, quien se basa en principios y técnicas, con el objetivo primordial de brindar su servicio para ayudar a otras personas a comprender, resolver o prevenir sus conflictos, desarrollando sus capacidades personales o relaciónales. La psicología clínica y de la salud es desarrollada para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y/o prevenir las anomalías o los trastornos mentales, además de cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de salud y enfermedad, en los distintos contextos sociales (López, 2008).

Ésta tesis, se fundamenta en los principios y aplicaciones de la perspectiva integrativa basada en la personalidad, y algunos autores como Ávila y Huber, concuerdan en que este proceso de intervención, sobretodo en cuanto a la psicoterapia, debe estar basado en una teoría científica desde el eje de la personalidad, del trastorno y de la posibilidad de que estos puedan ser modificados, apoyándose en evaluaciones empíricas de los efectos, positivos y negativos. Existen otros ejes en los cuales interviene, el psicólogo clínico (López, 2008), los cuales están descritos a mayor detalle en el (Anexo 12). Los ejes en los cuales el Psicólogo Clínico interviene están relacionados con la evaluación,

el tratamiento, las 3 áreas de prevención, la intervención, investigación, enseñanza, asesoramiento y finalmente la dirección y gestión de las funciones institucionales o administrativas.

Ya que ésta investigación se basa principalmente, aunque no de forma única, al eje de intervención, es importante mencionar que éste engloba distintos niveles, el más común es a nivel individual, el cual es exclusivo entre el psicólogo y la persona que acude en busca de ayuda. Además puede darse a nivel familiar o de pareja en los diferentes contextos. En éste caso la intervención familiar es crucial para el ámbito de los (CP), porque corresponde al eje principal de la investigación. Es importante recalcar que en éste tipo de intervenciones, a menudo se apoya en el trabajo multidisciplinario entre los distintos profesionales de la salud. En éste caso, se trata de un miembro del sistema familiar quien está sujeto a la parte final del ciclo de la vida, lo que significa un impacto a sus familiares y una reestructuración en su dinámica, y es precisamente por éste motivo que la intervención debe ser desde las distintas áreas antes mencionadas. El último nivel corresponde al de los grupos y la comunidad. Este nivel, está sujeto a mayores riesgos a causa de la heterogeneidad u homogeneidad del grupo o comunidad (López, 2008). Además la intervención es llevada a cabo en diferentes lugares, como hospitales, servicios psiquiátricos, centros de rehabilitación de todo tipo de drogas o conductas desadaptativas, unidades de dolor, cuidados paliativos, distintos centros de salud, cárceles, geriátricos, fundaciones, etc. La duración de estos programas difiere de acuerdo a las metas y objetivos planteados por cada modelo, puede ser muy estructurada o breve y pueden sujetarse a desventajas que obstaculicen los objetivos (López, 2008).

La intervención como se mencionó anteriormente, se desarrolla a través de diversas perspectivas o “modelos”, los cuales mantienen sus propios protocolos, técnicas, herramientas, en relación a la búsqueda de alivio al sufrimiento del paciente, cliente, etc. El modelo médico es importante para esta investigación, ya que interviene en la evaluación, pronóstico y tratamiento adecuado para el paciente en su etapa final de vida, mientras que el modelo integrativo basado en la personalidad, se encarga del área psicológica en cuanto al paciente y la familia.

4.1.1 Modelo de atención interdisciplinaria

El modelo de intervención facilita la organización de la información adquirida, además de la comunicación con los distintos profesionales de la salud que intervienen en el programa y que a partir de la guía de intervención puedan llegar a un acuerdo para la toma de decisiones desde el ámbito clínico y de investigación. Para llevar a cabo la toma de decisiones conjuntamente, es importante que el modelo pueda adaptarse a los requerimientos de los profesionales, lo que en ocasiones es una tarea difícil, porque los distintos modelos enfocan la intervención de acuerdo a sus propios parámetros, ocasionando dificultad para la comprensión de los términos utilizados o los detalles que podrían parecer innecesarios (López, 2008).

Anteriormente la intervención en el contexto hospitalario se desarrollaba desde el modelo médico , el cual resulta útil en cuanto a enfermedades de índole viral, traumática o sistémica, sin embargo existe una relación estrecha entre la tipología médica, su influencia psiquiátrica, psicológica y viceversa, además de los factores ambientales. Por lo tanto es limitante acceder a una explicación netamente médica (López, 2008). Dado que la investigación se desarrolla en el ámbito hospitalario, específicamente dentro del área de Cuidados Paliativos, es importante rescatar la importancia del modelo integrativo focalizado en la personalidad, tomando en cuenta los factores expuestos anteriormente y la necesidad multidisciplinar en el ámbito de los (CP). "La integración no debería limitarse a las terapias psicológicas, sino que debería extenderse a otras ramas de la psicología (cognitiva, básica, social, evolutiva, psicofisiológica) y a otras disciplinas afines (psicofarmacología, medicina)" (López, 2008, pág. 39), sin dejar a un lado los ejes que conforman a los (CP), es decir el modelo interactivo triádico (enfermo, familiares y profesionales). En la actualidad existen protocolos desde los (CP) enfocados en estos tres ejes.

Cada eje tiene sus singularidades en cuanto a la intervención y protocolos correspondientes. Ya que ésta investigación está enfocada en el eje familiar, se planteará algunos puntos importantes. El MSP (2014), propone un protocolo enfocado en responder las necesidades principales de los familiares, por lo tanto es esencial identificar cuáles son éstas. Las necesidades pueden ser económicas, emocionales, de comunicación, de asesoramiento, de soporte y reorganización familiar, por lo que es

evidente la participación de todo el equipo multidisciplinario para esta tarea. Además la comunicación entre profesionales de la salud es esencial, ya que deberán identificar el nivel de carga que el paciente significa para los familiares, el cual se caracteriza por niveles de depresión, ansiedad, inseguridad, soledad, falta de apoyo y sobretodo la renuncia de su propia vida por ocuparse enteramente del enfermo. Por otro lado algunos familiares son más vulnerables que otros y esto depende de factores situacionales y particulares característicos de sus rasgos de personalidad, por lo que requerirían atención prioritaria en el área psicológica.

El equipo multidisciplinario y en el caso de éste protocolo, el equipo interdisciplinario, debe corresponder a la posibilidad de expresar estas necesidades, evaluar la aceptabilidad de la enfermedad y el fin de su etapa por parte de los familiares, plantear objetivos claros y reales, soporte emocional básico a los cuidadores. Además es necesario tanto para el paciente como los familiares, el mantener acceso a las fuentes de información (pronóstico y estrategias), el tratamiento y las decisiones que se toman a partir de la situación del paciente, como por ejemplo la sedación paliativa (MSP, 2014).

Finalmente el desarrollo de la tecnología ha generado herramientas muy útiles para la administración de la información. La clínica "Nuestra señora de Guadalupe", maneja un software llamado "Eqsys", el cual permite que los distintos profesionales de la salud, tengan acceso a las evoluciones de cada paciente y sus familiares desde las distintas áreas sanitarias. El psicólogo por ejemplo, puede monitorear el estado del paciente diariamente y tomarlo en cuenta para la intervención con los familiares.

4.2 Propósitos del protocolo de intervención desde la perspectiva integrativa focalizada en la personalidad

El diagnóstico de enfermedad terminal es devastador tanto para el paciente como para sus familiares, ya que conlleva un proceso de cambios, alteraciones psicológicas, emocionales y sociales, que a menudo son inaccesibles para la intervención desde un modelo común de los antiguos protocolos de los (CP). Debido a la magnitud que representa la enfermedad terminal, se requiere además del punto de vista médico, el apoyo psicológico como eje sustancial de la intervención integral, sin embargo éste "apoyo" debe convertirse en una intervención que logre abarcar a profundidad los ejes

que otros protocolos no incluyen para el servicio de calidad en los (CP), como la psicoterapia (Masson, 2016).

Para los propósitos del modelo de intervención es importante marcar una diferenciación entre el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario del equipo sanitario, ya que esto sugiere una gran diferencia en cuanto a las metas de intervención. El equipo multidisciplinario está constituido por distintos profesionales de la salud dentro del medio hospitalario, cada uno interviene desde su formación de acuerdo a la demanda del paciente y las necesidades identificadas, dando lugar a posibles remisiones a otros profesionales de la salud de ser requerido, lo cual marca una gran diferencia a la intervención integral en los (CP), ya que ésta propone un trabajo unificado entre los distintos profesionales, es decir el trabajo interdisciplinario, creando metas conjuntas para un mismo objetivo, brindar una mejor calidad de vida para el paciente y sus familiares.

Los propósitos de la intervención desde la interdisciplinariedad, y el rol del psicoterapeuta desde la teoría integrativa focalizada en la personalidad, están ligados a tres bases esenciales, la primera en cuanto al equipo multidisciplinario y su operación interdisciplinaria, la segunda, hacia la familia como eje tríadico de los (CP) en relación al paciente y sus necesidades de soporte, etc. y la tercera a la familia como categoría principal para la aplicación de éste modelo de intervención desde la perspectiva integrativa focalizada en la personalidad, para la búsqueda de bienestar, entre otros objetivos explicados en la siguiente tabla.

Tabla XII *Propósitos del modelo de intervención integrativo focalizado en la personalidad.*

Intervención interdisciplinaria del equipo multidisciplinario	Familiares como eje de los (CP)	Familiares
Identificación de familiares vulnerables (derivación del equipo médico al terapeuta), tomando en cuenta el reconocimiento de carga desde la perspectiva de los profesionales de la salud.	Asesoramiento y apoyo emocional.	Principalmente asesorar y brindar apoyo emocional, sin embargo existen situaciones en que requiere un inicio de proceso psicoterapéutico, como en dependencias emocionales, duelos patológicos (en relación a la personalidad).
	Asesoramiento en cuanto a la comunicación de malas noticias.	

Reconocimiento del pronóstico del paciente terminal.	Detección de etapas de adaptación y fases de duelo en relación a los siguientes factores: - Diagnóstico. - Duración de la enfermedad hasta la hospitalización. - Pronóstico.	Evaluar la personalidad y los estilos de afrontamiento en el familiar, mediante el apoyo de reactivos (SEAPsI, COPE).
Identificación de factores psicológicos y relacionales en la percepción del dolor en el paciente, lo cual directamente influye en el bienestar de los familiares.	Participación en conspiración de silencio (acuerdos o alianzas entre familiares y terapeuta).	Identificar índice de ansiedad y depresión en el familiar mediante reactivos.
Valoración de sufrimiento de los familiares.	Comprender la influencia de la enfermedad en la familia (afrontamiento de la situación).	Identificar conflictos familiares, posibles duelos patológicos (actuales o pasados), carga excesiva, agotamiento del cuidador, soporte emocional al cuidador.
Reuniones periódicas con los familiares en relación al equipo multidisciplinario.	Análisis de las relaciones familiares e identificación de los familiares más vulnerables al agotamiento o carga de la enfermedad.	A partir del análisis de roles en cuanto a la estructura familiar, intervenir en la reelaboración de la estructura familiar (Identificación de nuevos roles), tomando en cuenta el rol del paciente terminal en relación a los familiares.
Adecuación de un ambiente para la familia y toma de decisiones en cuanto a los últimos días de vida.		Aplicar técnicas de acuerdo a la personalidad en los familiares para la intervención de los conflictos identificados.
Programar controles posteriores con los familiares.		

4.3 Herramientas diseñadas para la intervención

Cuando se trata de modelos de intervención, es eficaz y práctico el uso de herramientas que faciliten el manejo de la información, como la sustracción y clasificación de la misma para obtener objetividad en cuanto a la intervención a realizar. Para ésta investigación se ha utilizado a la entrevista semi-estructurada adjunta con una referencia de preguntas en el (Anexo 13), como principal modelo enfocada al cuidador principal y/o familiares vulnerables dentro de los CP, por lo que además fue pertinente elaborar

una ficha clínica adjunta en el (Anexo 14), enfocada también en el cuidador principal o familiares vulnerables dentro del contexto de la pérdida de un familiar y la posible desorganización de la estructura familiar como consecuencia. Finalmente la investigación utilizó dos test (SEAPsI y Cope), como parte de la evaluación particular de los individuos sujetos a la muestra y para lograr una posible corroboración entre los estilos de personalidad y los estilos de afrontamiento ante la pérdida.

La ficha clínica contribuye a la planificación de un proceso a establecer a partir de la información recopilada, que expone las pautas de intervención necesarias en base a las consideraciones del terapeuta y el "diagnóstico" que sugiere la información sustraída. Este prototipo de herramienta, es de suma importancia en el sistema hospitalario desde sus enfoques asistenciales y administrativos. Se considera además, como un registro de trascendencia legal, que respalda los procedimientos de los pacientes como individuos que merecen un servicio de calidad y transparencia en cuanto a los resultados y efectos del ámbito hospitalario. Muchas áreas encargadas del servicio sanitario, hacen uso de ésta herramienta, sin embargo en la clínica "Nuestra Señora de Guadalupe", no existía hasta el momento, una ficha enfocada específicamente al área de psicología en los cuidados paliativos, por lo que fue de gran utilidad su construcción y aplicación (Balarezo, 2014).

Es necesario conocer la importancia de todos los parámetros que incluye la ficha clínica, tomando en cuenta a la guía de entrevista semi-estructurada mencionada anteriormente. El primer parámetro es el de los "datos" o "recopilación de información". En ésta primera parte se debe conocer los nombres, apellidos, edades y ocupación tanto del familiar como del paciente. Es importante tomar en cuenta la religión o algún tipo de creencia espiritual de ambas partes, ya que el tema de la muerte está ligado a significaciones espirituales en la mayoría de casos y por tanto brinda posibilidades en relación a la intervención psicológica. Por otro lado el conocimiento del diagnóstico y pronóstico proporcionada por el médico, dará las pautas principales para la intervención (Balarezo, 2014).

La "demanda" es el segundo parámetro a considerar. La demanda es "explícita" refiriéndose al motivo por el cual el familiar decide ingresar al paciente, que por lo general se da cuando el paciente solicita cuidados paliativos, porque los familiares no pueden cumplir con todas las necesidades del paciente en su cuidado. En esta parte de

la demanda, el terapeuta tiene la oportunidad de indagar en los motivos de fondo, que acarrea el ingreso del paciente a los cuidados especiales. La relación con el paciente y la afectación de la enfermedad en su vida como cuidador, además de los acercamientos al impacto psicológico. La demanda también es "implícita", es decir la hipótesis de posibles mecanismos de defensas y el proceso de deterioro de la enfermedad, además de los cambios y las modificaciones en los roles familiares para la adaptación a la misma (Balarezo, 2014).

El tercero está enfocado a la "bibliografía psicológica de la familia", en la que se indaga a profundidad los roles y las relaciones entre los miembros de la familia, el cuidador principal y el paciente. Además se identifica a otros miembros de la familia, quienes puedan necesitar una intervención. Bajo éste parámetro se encuentra relacionado el análisis del afrontamiento ante la situación, que consta como el cuarto parámetro de la ficha. Se identifica el grado de afectación, posibles duelos complicados a simples rasgos y síntomas que corroboren el grado de afectación, como ansiedad o depresión. Conflictos sociales, económicos o relaciones que obstaculicen el afrontamiento (Balarezo, 2014).

El quinto parámetro es el "soporte familiar" que se refiere al análisis de la distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, lo que ayuda a identificar la carga que uno o varios miembros puedan tener en relación a los cuidados del enfermo. En el sexto parámetro sustraído a lo largo de la entrevista, se analizan los "rasgos de personalidad" a través del discurso y narración. Como último punto en cuanto a la recolección de información y séptimo parámetro de la ficha, cabe mencionar que éste no mantiene relación con preguntas de la entrevista sino a la aplicación del cuestionario de personalidad, y el cuestionario de estilos de afrontamiento. Además si el caso lo amerita, se aplican reactivos para medir la ansiedad y depresión (Balarezo, 2014).

Finalmente se incluyen 4 criterios relacionados a la descripción cualitativa del problema. El primero que pretende marcar la hipótesis de la información registrada para la descripción de los conflictos identificados. El segundo, hacia la descripción cualitativa del problema y la hipótesis en cuanto a la información registrada para la descripción de los conflictos identificados. El tercero se enfoca en los "criterios pronósticos", la motivación al tratamiento y el análisis del locus de control interno o externo. El cuarto y último criterio incluye conclusiones y recomendaciones

relacionadas a posibles derivaciones a otros profesionales sanitarios o al apoyo por parte del área social (Balarezo, 2014).

4.3.1 Reactivos psicológicos aplicados

Como se ha mencionado reiteradamente, se utilizaron dos test en relación a la identificación de rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento, aplicados a los familiares de pacientes en fase terminal, en la clínica "Nuestra señora de Guadalupe". Ambos test están descritos a detalle en el (Anexo 15) e incluyen observaciones importantes de cada uno. En cuanto a las generalidades del test de personalidad (SEAPsI), se señala que es un instrumento de respuesta selectiva que contiene 10 tipos de personalidades (Afectivas, Cognitivas, Comportamentales y con déficit en la relación), las mismas que además incluyen 10 ítems de alternativas de selección. Las frases referidas son expresiones afectivas, cognitivas y comportamentales de cada tipo de personalidad. Las generalidades del test de estilos de afrontamiento (COPE) lo describen como un inventario de 28 ítems y 12 sub-escalas que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 1 a 3), entre "si, hago esto" a "nunca hago esto" con puntuación intermedia "a veces". Incluye parámetros de afrontamiento activo, planificación, uso de apoyo emocional, desahogo, etc.

4.3.2 Planificación del proceso

Las herramientas cumplen un objetivo para la intervención, el cual apunta a establecer un proceso técnico a partir de la información sustraída, como se mencionó anteriormente. En este último punto, el terapeuta encuadra el proceso, ligado al número de sesiones, reconocimiento de posibles duelos complicados, pero sobre todo a la diferenciación entre un proceso que requiere asesoramiento acompañado de apoyo emocional, o una intervención psicoterapéutica como tal. Éste proceso a establecer consta de etapas y objetivos planteados por Balarezo (2014), en el punto 3 del capítulo II, y que han sido modificados para su utilidad en el ámbito familiar de los cuidados paliativos, expuestos en la siguiente tabla.

Tabla XIII *Planificación del proceso.*

PLANIFICACIÓN DEL PROCESO	
Formulación dinámica de la situación de pérdida cercana o problemas familiares.	
Formulación dinámica de la Personalidad de los familiares	
Señalamiento de objetivos	Con relación a la cercana pérdida.
	Con relación a la sintomatología o trastorno de los familiares.
	Con relación al conocimiento de su personalidad y generación de cambios.
Señalamiento de Técnicas	Técnicas de asesoramiento a la cercana pérdida.
	Técnicas sintomáticas o hacia los trastorno de los familiares.
	Técnicas de personalidad.

Adaptado de (Balarezo, 2014), M. Emilia Jiménez A.

La formulación dinámica de la situación de pérdida cercana y los problemas que eso conlleva para los familiares, constituye en una interrelación del cuadro del paciente y su condición, con los factores que desencadenan, determinan, predisponen y mantienen la falta de adaptación o sufrimiento en los familiares (Balarezo, 2014). Desde una postura objetiva para la comprensión del problema, se formulan interrogantes tales como: ¿Cuál es el padecimiento fundamental del familiar?, ¿Qué factores se han predispuesto y determinado en su desarrollo personal para que surja dicha reacción? ¿Cuáles son las razones que motivaron el surgimiento del cuadro? ¿Qué factores impiden, impedirán a la restauración de su equilibrio? ¿Qué factores ayudarán a la adaptación de la situación de enfermedad? ¿Cómo actúan los componentes biológicos y psicosociales en la patología? (Balarezo, 2014).

En cuanto a la formulación dinámica de la personalidad, es importante realizar una descripción de la personalidad y sus rasgos en relación a las áreas problemáticas como también de aquellas que guardan características de adecuación en el sujeto, es decir rasgos que puedan favorecer en la intervención. El análisis de las manifestaciones del paciente de índole intelectivas y cognoscitivas, el nivel de integración que posee (adaptación a la situación de pérdida), el grado de flexibilidad, sus capacidades de reacción afectivas y la motivación al tratamiento (asesoramiento o psicoterapia), ayudará a predecir las condiciones en las que se desenvolverá el proceso, sin desviarse del plan del proceso.

Finalmente existen generalidades a considerarse en la precisión de los objetivos como la discusión y acuerdos en cuanto a los objetivos con el familiar, el acercamiento de las expectativas del familiar, la evaluación durante el proceso en cuanto la consecución de los objetivos y metas planteados. La precisión de los objetivos y técnicas como tales, se sugieren en base a los distintos niveles de asesoramiento, síntomas y personalidad, dando lugar a una posible reconstrucción del proceso, como se ha mencionado anteriormente en la etapa tres del proceso, descrita detalladamente en el capítulo II.

4.4 Intervención psicológica de acuerdo a los estilos de personalidad

Como algunos autores lo han planteado anteriormente, sobretodo el doctor Balarezo (2014), en varios de sus escritos, es necesario reconocer al eje de la personalidad como indispensable para la intervención terapéutica, ya que su resultado apunta a una adecuación de técnicas y procesos dirigidos a la particularidad de los sujetos como seres bio-psico-sociales, lo cual se adapta al campo interdisciplinar del ámbito hospitalario para el servicio de los cuidados paliativos. Además, el tema de elaboración de la muerte es imprescindible para este estudio, resulta pertinente para la intervención, identificar mediante los estilos de personalidad, el impacto de la muerte en los familiares de acuerdo no solamente a los estilos de personalidad, sino además a factores relacionales y ambientales dentro de la estructura familiar.

Para los posibles obstáculos ligados a los estilos de personalidad y en relación a la elaboración de la pérdida, se han propuesto objetivos terapéuticos generales, para lidiar con estos. Es importante diferenciar estos objetivos generales, de los objetivos que pueden ser planteados dentro del procedimiento particular como tal, ya que el proceso como tal, estaría relacionado a la intervención desde la psicoterapia dando como resultado la aplicación de distintas técnicas y metas, que se ajustan a las particularidades del sujeto.

Tabla XIV *Objetivos de la intervención psicológica ante los posibles obstáculos a la elaboración de la pérdida de acuerdo a los estilos de personalidad.*

Estilo de personalidad		Obstáculos para la elaboración de la pérdida	Objetivos TERAPEUTICOS
		Tendencia a la racionalización como mecanismo de defensa, obstaculizando la elaboración de la pérdida,	- Analizar desde lo cognitivo el concepto de muerte. - Promover la expresión de los afectos, mediante la evocación de recuerdos en relación al ser querido y

Cognitivas	Anancástica	que requiere significación afectiva.	así crear un puente entre lo cognitivo y afectivo para la significación integral de la pérdida.
Afectivas	Ciclotímica	Dificultad para elaborar cognitivamente la pérdida, ocasionando inestabilidad emocional y posible estancamiento en cuanto a la elaboración, dando lugar a posibles duelos complicados.	- Fomentar la construcción cognitiva de la pérdida a partir de los afectos. - Promover la sugestión en cuanto a la significación de la relación con su ser querido. - Analizar posibles reacciones que denoten descuido personal y desconocimiento de necesidades propias
	Histriónica	Victimización, búsqueda de atención ligada a la manipulación característica de este estilo de personalidad, evadiendo los afectos propios y complicando la construcción cognitiva de la pérdida.	- Estimular el Reconocimiento de propios afectos en relación a la pérdida. - Promover autoconocimiento logrando diferencia en cuanto a la búsqueda de atención y victimización, para impedir la obstaculización de la elaboración de la muerte.
Comportamentales	Impulsiva	Evasión de cogniciones y afectos en relación a la pérdida, generando conductas de riesgo o consumo de sustancias.	- Identificar las dificultades relacionales con el familiar enfermo. - Inducir hacia la desinhibición afectiva. - Prevenir el consumo y posibles conductas de riesgo. - Promover la elaboración cognitiva y afectiva de la pérdida.
Relacionales	Dependiente	- Alto grado de afectación (depresión, ansiedad). - Tendencia a priorizar las necesidades únicamente del enfermo, olvidándose de sí mismo. - Tendencia a pensamientos distorsionados, visión en túnel y focalizaciones negativas.	- Analizar el apego del familiar con el enfermo y viceversa. - Reconocer las características dependientes para fortalecer los recursos emocionales y disminuir el impacto de la pérdida. - Identificar pilares (soporte de otras personas). - Promover la reorganización de pensamientos negativos y focalizaciones para dar lugar a significaciones afectivas y cognitivas.

4.5 Registro y resultados generales de la población de estudio.

En base a la información registrada de cada paciente, su enfermedad, pronóstico y contexto familiar incluidos en la (Tabla XI) del capítulo III, se procedió a correlacionar los resultados de los cuidadores principales y familiares en riesgo identificados a partir de ambos test aplicados (SEAPsI y COPE) descritos adelante con las reflexiones planteadas. La información está registrada junto a los resultados detallados del test de (COPE) en el (Anexo 16) por cada familiar, sosteniendo sus singularidades. A

continuación se presentan las observaciones pertinentes por cada familiar, teniendo en cuenta la relación de éstas con los resultados de ambos test y el contexto de enfermedad.

El familiar (A), Hombre de 36 años identificado como" cuidador principal" del paciente (M.E 001) presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad "anancástica" y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): A pesar de que (A), ha tomado las medidas aparentemente más saludables para afrontar la situación, se marcó una diferenciación entre las estrategias de afrontamiento y la evasión a hacerse cargo de las emociones que la próxima pérdida de su padre le genera, evitando incluso el apoyo emocional. Además se identificó rasgos de "auto-inculpación" que en este caso surgen a causa de un conflicto con el paciente, que resalta los rasgos de personalidad "anancástica" que posee en relación a la falta de flexibilidad.

La familiar (B), Mujer de 30 años identificada también como "cuidadora principal" del paciente (M.E 001) presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad "ciclotímica" y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): La familiar (B), se encuentra en un proceso de aceptación de la situación de enfermedad de su padre, haciendo uso de recursos positivos para la adaptación y afrontamiento como la planificación, la búsqueda de reinterpretación positiva, etc. Sin embargo presenta rasgos de "auto-inculpación", ya que refiere haber llevado un estilo de vida muy sociable, comprometiendo el tiempo que piensa "pudo haber tenido" junto al paciente, por lo que actualmente evita la cercanía social.

La familiar (C), Mujer de 40 años identificada como "familiar en riesgo" del paciente (M.E 001), presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad "dependiente" y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): La familiar (C), necesita apoyo constante de otros miembros de la familia, es quien se hace cargo de su madre Rosa (D), quien presenta ceguera total. Posee una carga del cuidador alta, aunque ésta no esté relacionada con los cuidados de su padre. Se identificaron factores de negación, los cuales además de interferir en la elaboración de la pérdida, generaron "visión en túnel" y perseveración de sentimientos negativos asociados a la depresión.

La familiar (D), Mujer de 71 años identificada como "familiar en riesgo" del paciente (M.E 001), presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad "dependiente" y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): El

apoyo espiritual de la familiar (D), le brinda parte del apoyo que necesita para aceptar la situación, sin embargo no es suficiente. Ya que habría compartido más de 40 años de matrimonio con el paciente, por lo que la adaptación a su ausencia le resulta difícil y dolorosa. Además no realiza ninguna actividad de "auto-distracción", lo cual le permite mantenerse fijada en la inaceptación de la situación.

La familiar (E), Mujer de 52 años identificada como "cuidadora principal" del paciente (M.L 002), presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad "anancástica" y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): La familiar (E), no logra llegar a la aceptación de la situación de enfermedad y futura pérdida, además evita el apoyo emocional y social, lo cual obstaculiza al desahogo de su experiencia de pérdida. Mantiene actividades de auto-distracción y concentración de esfuerzos en cuanto a las estrategias presentes enfocadas en los cuidados del paciente enfermo.

La familiar (G), Mujer de 47 años identificada como "cuidadora principal" del paciente (M.L 002), presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad "dependiente" y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): La familiar (G) depende de las decisiones que su hermana (E) toma, sin embargo muestra su apoyo incondicional a las acciones requeridas. Mantiene sentimientos de culpa en relación a la hospitalización de su madre, ya que por motivos laborales tuvo que viajar a otra ciudad. Recurre al apoyo emocional por parte de su esposo e hijos, busca mantenerse ocupada y promueve pensamientos compensatorios que generan bienestar momentáneo en cuanto a la situación que atraviesa.

El familiar (H), hombre de 67 años identificada como "cuidador principal" del paciente (M.E 003), presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad "anancástica" y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): El familiar (H), vivía junto a la paciente durante los últimos 7 años. A pesar de aparentar un carácter fuerte, la enfermedad de la paciente ha causado un fuerte impacto en él, empujándolo a encontrar mecanismos para sobrellevar la situación en otras personas cercanas. Sin embargo no logra aceptar la situación, aunque se muestra preocupado y colaborador en las necesidades de la paciente y la hospitalización. En cuanto a sus hermanos, el tema de la herencia ha generado controversias, sobre todo con el familiar

(L), ya que no ha colaborado para sobrellevar la enfermedad de la paciente en ningún sentido.

El familiar (L), hombre de 62 años identificado como "familiar en riesgo" del paciente (M.E 003), presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad "inestable" y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): El familiar (L), mantiene una tendencia a no hacerse cargo de la situación en cuanto acciones requeridas, lo que además le genera culpa, ya que la relación con su madre no fue buena, dando lugar a conflictos legales por la herencia. Además utiliza alcohol y medicación como mecanismo de afrontamiento, lo cual lo coloca en una posición de riesgo.

La familiar (F), mujer de 62 años identificada como "cuidadora principal" del paciente (J.M004), presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad "anancástica" y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): La familiar (F), ha logrado sobrellevar la situación, mediante estrategias directivas en cuanto a los cuidados de la paciente, a pesar de no tener apoyo constante por parte de sus hermanos. Su esposo es su principal apoyo.

La familiar (I), mujer de 63 años identificada como "cuidadora principal" del paciente (L.M 005), presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad "ciclotímica" y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): La familiar (I), presenta dificultades en cuanto a la planificación y las acciones requeridas para afrontar la situación de enfermedad del paciente. Existe desconexión en cuanto al pensamiento y la emoción, impidiendo la aceptación de la situación. Mantiene conflictos importantes con su hijo (J), quien no se muestra comprometido en ayudar con los cuidados del paciente.

El familiar (J), hombre de 44 años identificado como "familiar en riesgo" del paciente (L.M 005), presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad "inestable" y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): El familiar (J), a pesar de demostrar mediante su discurso la preocupación por el paciente, se contradice con sus acciones, ya que no cumple con lo planificado. El familiar, demuestra resignación en cuanto a la enfermedad del paciente y se observa tendencias de auto-reproche y culpa a causa de diversos conflictos que se han presentado a lo largo de varios años con el paciente y otros familiares.

El familiar (K), hombre de 58 años identificado como “cuidador principal” del paciente (M.L 006), presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad “ciclotímica” y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): El familiar (K) convivía con la paciente. Mantiene conflictos con sus hermanos debido a la herencia que su madre dejaría, lo cual le genera estrés y culpa. El familiar no acepta la realidad de la situación, manteniendo focalizaciones negativas y por ende dificultad para la adaptación.

La familiar (M), mujer de 43 años identificada como “cuidadora principal” del paciente (A.E 007), presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad “histriónica” y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): La familiar (M), se ha encargado de sus padres toda su vida. Sus tíos y familiares cercanos le brindan apoyo incondicional. A pesar de rodearse de personas y búsqueda de apoyo emocional, tiende a la victimización y a la búsqueda de atención, evitando los sentimientos reales que se presentan como la culpa y la resignación en cuanto a la enfermedad de su madre, ya que es su única familiar directa.

El familiar (N), hombre de 35 años identificado como “cuidador principal” del paciente (E.P 008), presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad “ciclotímica” y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): El familiar (N), mantiene tendencia a fijación negativa de la situación, y la represión de las emociones, además de la culpa que siente por acudir a la hospitalización por ayuda. Recibe apoyo a la distancia de sus hermanos.

El familiar (O), hombre de 57 años identificado como “cuidador principal” del paciente (Z.V 009), presenta las siguientes observaciones de acuerdo a su personalidad “dependiente” y las características de adaptación identificadas en el test de (COPE): El familiar (O), experimenta ansiedad y tristeza, lo cual denota su aceptación parcial de la situación. Siente culpa y mantiene dificultad para desahogarse a pesar de buscar compañía de otros miembros de la familia y apoyo emocional. Le preocupa no tener en que ocupar su tiempo, ya que se dedicó al cuidado de su madre por muchos años.

A partir de los resultados y observaciones descritos en párrafos anteriores, se logró realizar un encuadre establecido del proceso que se llevaría a cabo con cada familiar, además de concluir con algunas observaciones generales en base a los estilos de personalidad, tomando en cuenta su adaptación y compromiso a la situación de

enfermedad y a los requerimientos hospitalarios. Además de manera general se identificaron los mayores obstáculos a los que cada rasgo de personalidad se enfrenta. La siguiente tabla consta de la sistematización de ésta información y observaciones planteadas.

Tabla XV *Reflexiones generales de acuerdo a los estilos de personalidad y el proceso establecido*

Personalidad	Familiar	Proceso establecido	Observaciones generales en base a los estilos de personalidad
Anancástica	A	Asesoramiento y apoyo emocional. 1 vez por semana durante 1 mes.	Es el estilo de personalidad más adaptativo en cuanto a la situación de enfermedad y futura pérdida en el ámbito de los (CP), por lo que el apoyo desde el área de psicología, apunta al asesoramiento y apoyo emocional. Acuden a visitas planificadas y no necesariamente frecuentes El mayor conflicto identificado, es la evasión de la experiencia emocional que la situación demanda. Por otro lado son objetivos y planificadores, por lo tanto logran cumplir con los objetivos planteados para cubrir sus propias necesidades y las del paciente. Los conflictos económicos o legales pueden llegar a desestabilizarlos, ya que acostumbran a la búsqueda de control y contención ante la situación.
	E	Asesoramiento y apoyo emocional. 1 vez por semana durante 2 meses, posteriormente 1 vez cada 15 días durante 2 meses.	
	F	Asesoramiento y apoyo emocional. 1 vez por semana durante 7 meses.	
	H	Psicoterapia. 1 vez por semana durante 4 meses.	
Ciclotímica	B	Asesoramiento y apoyo emocional. 1 vez por semana durante 1 mes.	Es imprescindible reconocer algunos factores de riesgo en este estilo de personalidad, ya que el soporte que pueda o no recibir de otros miembros de la familia tiene influencia en cuanto a la adaptación de la situación. Tienden a reprimir emociones y en ocasiones al aislamiento, la focalización negativa y culpa obstaculizando la aceptación de la pérdida cercana y en ocasiones el uso de estrategias activas o de planificación. El área de psicología plantea al asesoramiento o psicoterapia de acuerdo a las necesidades identificadas. Acuden a visitas frecuentes.
	I	Psicoterapia. 1 vez por semana durante 5 meses.	
	K	Psicoterapia. 1 vez por semana durante 6 meses.	
	N	Asesoramiento y apoyo emocional. 1 vez por semana durante 4 meses. Posteriormente seguimientos una vez cada 15 días durante 5 meses más.	
Histriónica	M	Psicoterapia 1 vez por semana durante 3 meses.	Adecuada adaptación en cuanto a la hospitalización y búsqueda de asesoramiento y apoyo de otros miembros de la familia o profesionales, sin embargo mantiene dificultad para reconocer los propios afectos. Además se observa tendencia a la victimización y búsqueda de atención generando conflictos innecesarios entre otros miembros de la familia o el equipo sanitario.
		Psicoterapia.	

Inestable	J	1 vez por semana durante 5 meses y 2 semanas.	Dificultad para involucrarse en la situación de enfermedad. Es el estilo de personalidad que demuestra menos interés en cuanto a las visitas e incluso citas establecidas. Tendencia a la provocación de conflictos con otros miembros de la familia, sobretodo en el tema económico. Debido a su inestabilidad emocional, cognitiva y comportamental, presentan una tendencia a la culpa, por lo que el área de psicología se enfoca en la psicoterapia.
	L	Psicoterapia. 1 vez por semana durante 14 semanas.	
Dependiente	C	Psicoterapia. 2 veces por semana durante 6 semanas.	Dificultad para tomar las decisiones importantes dentro de la hospitalización, dependiendo de la opinión de otros familiares y el asesoramiento de los profesionales. Mayor dificultad en adaptarse a la situación de enfermedad en relación a los otros estilos de personalidad. Son los que más veces acuden a las visitas de sus familiares y tienden a generar síntomas de ansiedad y depresión, por lo tanto es el estilo de personalidad que más requiere psicoterapia para la situación de enfermedad y futura pérdida.
	D	Psicoterapia. 2 veces por semana durante 6 semanas.	
	G	Psicoterapia. 1 vez por semana durante 3 meses.	
	O	Psicoterapia. 1 vez por semana durante 3 meses.	

CAPITULO V

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Puede decirse que la psicoterapia y asesoramiento integrativo focalizado en la personalidad debe seguir actualizándose en relación a las necesidades sociales que surgen en torno a la salud mental, como es el caso de las experiencias expuestas a lo largo de la investigación en el ámbito hospitalario. El aporte a ésta teoría expuesta, es la articulación de la metodología propia del modelo integrativo focalizado en la personalidad y su adaptación a una necesidad social, que como resultado ha generado conocimiento en los campos de aplicación de la psicología. Las herramientas construidas durante la investigación en base a éste modelo, han logrado la sistematización de los procesos de intervención y por ende sugieren un aporte importante al servicio de cuidados paliativos desde el rol del psicólogo, que como se ha mencionado en algunas ocasiones, durante mucho tiempo ha sido secundario para la labor hospitalaria con los enfermos terminales. No obstante, algunas herramientas como el test de personalidad y el test de estilos de afrontamiento, requieren de una correlación en cuanto a la observación clínica, porque pueden existir indicadores importantes ligados a factores ambientales y en éste caso situacionales que influirán en las respuestas psicológicas de los familiares.

El programa de intervención tiene como fin proporcionar un proceso asertivo en cuanto a las necesidades de los familiares, por lo que en ocasiones el proceso termina con el asesoramiento brindado durante el proceso de hospitalización, y en otras con un proceso de medidas psicoterapéuticas, que se ejecuta durante y posterior a la muerte. Para ésta investigación fue necesario plantear 1 o 2 sesiones con los familiares para una vez que el familiar haya fallecido, incentivar a aquellos en los que se ha identificado la necesidad de recibir un proceso psicoterapéutico, sin embargo, ésta decisión depende enteramente del familiar y a menudo, el proceso culmina cuando el servicio de cuidados paliativos ya no es requerido.

Es importante diferenciar a los miembros de la familia como parte del sistema familiar y los miembros de éste sistema que experimentan la carga del cuidado del paciente. Para

la construcción de ésta investigación, se ha priorizado en los familiares que experimentan con la carga del cuidado del paciente y los familiares vulnerables identificados con características de riesgo desde la perspectiva psicológica y social. Dentro de la operacionalización de la investigación, se distingue entre el paciente, los cuidadores principales y los familiares en riesgo, a partir del encuadre de intervención sustentado en la entrevista y ficha integrativa clínica de los (CP), que está parcialmente dirigida a los cuidadores principales y que se adapta a los familiares en riesgo e incluso al paciente. El propósito de ésta diferenciación es poder brindarles acceso a la psicoterapia o asesoramiento en un encuadre terapéutico similar al del cuidador principal, adaptando los objetivos de intervención a la particularidad de sus demandas.

Los profesionales sanitarios vinculados a la labor de los cuidados paliativos, deberán tomar en cuenta que cada paciente posee características particulares complejas, por lo que su papel como interventores deberá ser desde una actitud abierta al dialogo. Por éste motivo es necesario que la intervención interdisciplinaria cumpla un encuadre de reuniones semanales para que el equipo logre adaptarse a la situación de enfermedad desde las distintas perspectivas profesionales, lo que por consiguiente requiere de una evaluación constante, identificación de nuevas necesidades o el seguimiento de las mismas. Además de un monitoreo de sus roles como profesionales de la salud.

La situación de enfermedad y en éste caso la etapa terminal de ésta, muestra dos escenarios. El primero, de los afectados es decir el paciente y los familiares que se encuentran en un estado de vulnerabilidad en aspectos independientes de cada uno, y el de la institución hospitalaria que brinda el servicio de cuidados paliativos, poniendo al alcance sus habilidades, recursos y potencialidades que buscan disminuir el sufrimiento de quienes acuden al servicio desde una perspectiva humanitaria. Es importante mencionar que la institucionalidad hospitalaria, no es rígida, ya que prioriza la atención a los sujetos como personas, cuidando de su subjetividad en el contexto cultural y comunitario.

La adaptación situacional tanto a la enfermedad del paciente y el medio hospitalario es fundamental para el bienestar de los familiares. Sabemos que existen varios factores que dependen de la adaptación, además de algunos obstáculos descritos en las tabla (XIV) que han sido identificados y atendidos mediante el programa de intervención diseñado desde el enfoque integrativo basado en la personalidad, lo cual responde positivamente

a la cobertura de las necesidades médicas, psicológicas, sociales e incluso legales por parte de los familiares, respondiendo a la hipótesis planteada acerca de la influencia de los (CP) e implícitamente al área de la psicología desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad para el bienestar de los familiares que acceden a este servicio. No obstante los criterios de eficacia del programa de intervención deben provenir especialmente del contexto comunitario ya que son los propios actores desde sus propias perspectivas, desde sus posiciones situacionales los que en definitiva validan las intervenciones.

En cuanto a las recomendaciones cabe distinguir la importancia de mantener ciertos parámetros y características esenciales para la aplicación de éste modelo de intervención desde la perspectiva integrativa focalizada en la personalidad.

- Análisis de las necesidades de los familiares para la toma de decisiones interdisciplinarias y la asignación de los recursos de intervención.
- No obviar los criterios de fundamentación teórica y práctica del modelo integrativo focalizado en la personalidad, en los cuales se asienta el modelo y por los cuales se ha logrado su construcción y aplicación.
- Los objetivos deben ser evaluables y comprensibles tanto para los familiares como para los profesionales sanitarios competentes.
- La intervención debe ser sistemática para lograr cohesión entre los distintos profesionales sanitarios mediante la coordinación y objetividad.
- El plan o protocolo de intervención debe someterse a una evaluación sustentada, antes, durante y después de su aplicación.
- Los instrumentos y herramientas utilizados deben ser fiables a pesar de ser experimentales. Los instrumentos de evaluación deben mantener criterios de calidad para la documentación de información y las características psicológicas, como por ejemplo la personalidad.
- La formación del psicólogo que aplica el modelo de intervención debe ser de calidad, manteniéndose actualizado en cuanto al conocimiento y la práctica clínica, para garantizar la correcta aplicación de éste.
- Se debe fomentar constantemente, la implicación de todos los actores en cuanto a la situación de enfermedad. El equipo interdisciplinario debe tomar en cuenta que la familia además de ser el objetivo de intervención, también es un eje de los

cuidados paliativos en relación al paciente y por ende debe implicarse en el proceso.

- En cuanto al asesoramiento que se provee a la familia como eje de los cuidados paliativos, es importante el emplear técnicas psico-educativas.
- Proporcionar a los familiares una constante actualización del estado del paciente y su proceso de adaptación a través de éste. Esto ayudará a realizar ajustes de los objetivos de asesoramiento o psicoterapia de ser requeridos o necesarios.
- El servicio de cuidados paliativos en la clínica "Nuestra señora de Guadalupe", culmina cuando el paciente fallece, incluyendo el servicio psicológico para los familiares, sin embargo, el psicólogo debe fomentar la continuidad del proceso terapéutico cuando éste se considere necesario. El área administrativa deberá proveer opciones de financiamiento para éste tipo de situaciones.

BIBLIOGRAFÍA

ALBO, V. P. (07 de Octubre de 2011). *Infocop.* Recuperado el 01 de Marzo de 2017, de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3667

Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad.* Quito: UNIGRAF.

Balarezo, L. (2014). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad.* Quito: UNIGRAF.

Barbadilla, A. (s/a). *Ensayos sobre la ciencia de la Genética*. Recuperado el 11 de Marzo de 2017, de http://bioinformatica.uab.es/base/base3.asp?sitio=ensayosgenetica&anar=conceptos&item=genoti

Bayés, P. B. (1990). *El psicólogo ante el enfermo en situación terminal.* Barcelona: Secretariado de publicaciones e intercambio científico.

Benítez del Rosario, C. S. (17 de Noviembre de 2016). Complicaciones psiquiátricas, neurológicas y cutáneas en el paciente con enfermedad en fase terminal. *Atención Primaria*, 85-87.

Besora, G. F. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia.* Bilbao: Descleé de brouwer S.A.

Camerini, J. (2013). *C.A.T.R.E.C internacional*. Recuperado el 07 de Marzo de 2017, de http://www.catrec.org/conceptos_mahoney2013.html

Díaz-Albo, V. P. (07 de Octubre de 2011). *Infocop.* Recuperado el 01 de Marzo de 2017, de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3667

Feixas, G. (1998). *Psicología de los Constructos Personales.* Recuperado el 07 de Marzo de 2017, de http://www.ub.edu/personal/pcp/pcp1.htm

Gutiérrez, J. B. (2010). Psicólogos en Cuidados Paliativos: El Largo Camino de la Extrañeza a la Integración. *Práctica Clínica* , Madrid.

Health, N. I. (Septiembre de 2011). *National Institute of Nursing Research* . Recuperado el 13 de Noviembre de 2016, de https://www.ninr.nih.gov/sites/www.ninr.nih.gov/files/cuidadospaliativos.pdf

Kübler-Ross, E., Kessler D. *"Sobre el duelo y el dolor".* Luciérnaga. Barcelona. 2006

Limonero, J. (12 de Enero de 2013). *cuidadospaliativos.info.* Recuperado el 13 de Noviembre de 2016, de http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=0&sel=445

López, A. (21 de Octubre de 2008). *LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA*. Recuperado el 28 de Marzo de 2017, de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf

Masson, C. (15 de Octubre de 2016). *PSYCIENCIA*. Recuperado el 07 de Abril de 2017, de https://www.psyciencia.com/2016/15/psicooncologia-papel-del-psicologo-en-el-tratamiento-integral-y-situacion-en-latinoamerica/

Morán, C. (2010). *COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE.* España: Universidad de León.

MSC, P. N. (2008). *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica sobre Cuidados Paliativos.* Madrid: Guías de Práctica Clínica en el SNS.

OMC, S. &. (29 de Octubre de 2011). *Guía de sedación paliativa.* Recuperado el 20 de Noviembre de 2016, de https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedaccion_paliativa.pdf

Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa "Delimitación Clínica".* Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.

Pilar Arranz, J. B. (2005). *Intervención emcional en cuidados paliativos: Modelo y protocolos* . Barcelona : Planeta.

Ríos, C. O. (22 de Abril de 2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y Salud*, 153-154.

Rivero, M. (s/d de s/m de s/a). *TEORÍA GENÉTICA DE PIAGET: CONSTRUCTIVISMO COGNITIVO.* Recuperado el 07 de Marzo de 2017, de diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32321/6/Teoria%20de%20Jean%20Piaget.pdf

SECPAL. (2014). *Sociedad Española de Cuidados Paliativos.* Madrid: Paseo de La Habana .

Vidales, R. (4 de Junio de 2012). *Insituto de entrenamiento en pareja y familia*. Recuperado el 07 de Marzo de 2017, de http://iefam.com/blog/introduccion-al-enfoque-sistemico-en-la-terapia-familiar/

Wilson Astudillo Alarcón, C. M. (1995). *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia.* Quito: Editorial Universitaria.

ANEXOS

ANEXO N° 1

Aplicación de los profesionales sanitarios en cuanto a los (CP) del paciente y su familia.

<table>
<tr><td rowspan="2">Área médica</td><td>1) Evaluación y pronóstico de la enfermedad.
2) Prescripción de métodos farmacológicos para el manejo del dolor.
3) Decisiones conjuntas con respecto al manejo del tratamiento.
4) Comunicación del proceso de la enfermedad y el tratamiento.</td><td rowspan="2">Sedación paliativa en la agonía:

La decisión de la sedación estará ligada a los síntomas “refractarios” o aquellos síntomas que no pueden ser controlados adecuadamente ya que comprometerían la conciencia del paciente y producen sufrimiento en la etapa final del paciente terminal.

Consideraciones para el proceso de sedación paliativa en agonía:

- Existencia de un síntoma o sufrimiento físico o psíquico refractario en el final de la vida del enfermo.
- Consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente.
- Los profesionales implicados deben tener una información clara y completa del proceso y efectuar el registro en la historia clínica.</td></tr>
<tr><td>Sedación paliativa:

Reducción de consciencia del paciente para disminuir considerablemente los síntomas que lo atañan, tomando en cuenta los aspectos éticos de cada caso, con su respectivo consentimiento.

- Sedación intermitente: permite un nivel parcial de conciencia (períodos de alerta).
- Sedación continua: disminución permanente o sostenida del nivel de conciencia.
- Sedación superficial: permite que el paciente mantenga comunicación verbal o no verbal.
- Sedación profunda: mantener en completo estado de inconciencia al paciente.</td></tr>
</table>

	Tratamiento farmacológico en la sedación paliativa: - Benzodiacepinas (midazolam). - Neurolépticos (levomepromazina). - Barbitúricos (fenobarbital). Anestésicos (propogfol). - Midazolam, es el fármaco más utilizado para la sedación paliativa, ya que tiene una eficacia del 75% al 100%, dejando a un lado los demás fármacos que no superaron este rango. El grupo de los opioides no son considerados para la sedación paliativa, sin embargo pueden ser empleados para la reducción de algunos síntomas refractarios como el dolor o la disnea (dificultad en la respiración).	
Enfermería	1) Proporcionar comodidad al paciente. 2) Evaluación de la eficiencia del autocuidado ocasionado por la enfermedad y su tratamiento. 3) Evaluación del estado adaptativo del paciente al tratamiento y a las limitaciones. 4) Promover la mayor independencia posible del paciente. 5) Prevenir complicaciones mediante la adecuada comunicación con el paciente.	
Fisioterapia	1) Intervenir en los cuidados físicos relacionados a la prevención de escaras a causa del encamamiento. 2) Ayudar a conservar autonomía al paciente. 3) Rehabilitación física, para el manejo de dolencias musculares o articulares.	
Trabajo social	1) Valoración del entorno familiar y posibles dificultades, tanto relacionales como económicas o legales. 2) Evaluar posibles riesgos entre los miembros de la familia, sobre todo cuando se trata de las figuras principales en el hogar. 3) Ayudar a la familia en la toma de decisiones en relación a la adaptación ante la situación. 4) Ayudar a la familia en los trámites requeridos ante la pérdida del familiar.	
	1) Comunicación con el paciente: Poner en conocimiento del paciente, así éste no pueda comunicarse de la mejor manera y se encuentre afectado por estados confusionales a causa de los síntomas físicos, que todo el equipo sanitario está en servicio de su causa y que el propósito primordial es ayudarles a conseguir su máximo bienestar. 2) El psicólogo deberá apoyar al paciente para la aceptación de la situación actual y posterior de su muerte, ya que generalmente el	Parte de la intervención del psicólogo, es tomar en cuenta los efectos psicológicos producto de la enfermedad y el dolor que causa, por lo que también son tratados, principalmente con fármacos, sin embargo la psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad, aporta alivio para el paciente, ya que lo ayuda a comprender los cambios que atraviesa en reconocimiento de los síntomas que presenta. La ansiedad a causa del dolor físico, provoca cambios importantes en la personalidad

Área psicológica	paciente terminal genera temor al sufrimiento y soledad. 3) El psicólogo además guiará su proceso de duelo, generando una adaptación con bajos índices de ansiedad u otros trastornos psicológicos a causa de la enfermedad y por lo tanto la prevención de adherencias dificultosas al tratamiento. 4) Apoyo emocional a la familia: El psicólogo evalúa integralmente posibles factores de riesgo para duelos complicados o vulnerabilidad de algunos miembros de la familia, aportando mediante su apoyo a la familia, bienestar para el paciente. Además los familiares requieren de directrices para sobrellevar la situación durante y al finalizar la hospitalización a causa del fallecimiento del paciente.	del paciente, generando además depresión, insomnio e incluso ideas suicidas, por lo que es el psicólogo integrativo, quien mediante la evaluación del paciente, reconocerá sus necesidades emocionales y lo ayudará a situarse ante su enfermedad, para que pueda darle un sentido.

ANEXO N° 2

Escalera analgésica y criterios para la intervención farmacológica

Escalera analgésica para el uso farmacológico en el tratamiento del dolor
Es necesario para todos los profesionales de la salud, realizar cualquier intervención en base a la experiencia del dolor del paciente, catalogado de la siguiente manera: 1) Primer escalón: Uso de analgésicos no opioides. Los opioides ayudan al manejo del dolor y control de síntomas emocionales para evitar el aumento de la percepción de intensidad de cualquier síntoma producido por la enfermedad. Frecuentemente dentro de esta categoría se utiliza Parecetamol y AINES (anti inflamatorios no esteroideos). 2) Segundo escalón: Uso de opioides débiles asociados a fármacos del primer escalón. Manejo del dolor producido por metástasis (propagación infecciosa a otros órganos que anteriormente no estaban afectados), como en el caso del cáncer. Se utiliza Codeina y Tramadol. 3) Tercer escalón: Uso de opioides potentes. La morfina es la última y más efectiva alternativa ante el enfermo terminal y el tratamiento del dolor irruptivo. Generalmente su uso es necesario en la fase final del paciente moribundo. Se utiliza Morfina, fentanilo, oxicodona e hidromorfona.
Criterios para el uso de fármacos en el tratamiento
1) Evaluar al paciente para conocer las causas de cada síntoma y su intensidad. La valoración ofrecerá opciones de tratamiento, que pueden o no ser farmacológicas. Los síntomas tienen un impacto físico y emocional que jugaran un papel esencial en las respuestas al tratamiento farmacológico de cada paciente. 2) Elaboración de fichas clínicas para sostener una exploración detallada que proporcione un diagnóstico del mecanismo o causa de cada síntoma y su control. 3) La familia debe conocer sobre esta información ya que aporta a la toma de decisiones en beneficio del paciente. 4) Es necesario mantener un constante reconocimiento de las respuestas del paciente al tratamiento para lograr simplificar las pautas del mismo y conseguir además del respectivo control de síntomas, la reducción del dolor y molestias producidas por la enfermedad. 5) Consideraciones para la prescripción de cualquier tipo de fármaco: - El balance riesgo – beneficio para el paciente. - La solidez de la evidencia que sustenta el uso de cualquier fármaco. - La disponibilidad de vías o fármacos alternativos con sus ventajas y posibles inconvenientes. 6) Las vías de administración dependerán de factores relacionados al fármaco o a las características del estado de la enfermedad del paciente, tomando en cuenta los recursos disponibles y aprobados por el equipo sanitario:

- La vía oral es considerada como principal y la más aceptable en cuanto su administración en los (CP), ya que no resultan invasivas para el paciente, estas pueden ser líquidas o sólidas.
- la vía transdérmica en la cual el fármaco ingresa a través de la piel en la circulación sistémica de los capilares sanguíneos y es absorbida.
- La vía subcutánea (intramuscular o endovenosa) se utiliza cuando la vía oral ya no es una opción para el paciente y no requiere de hospitalización específicamente, ya que se utiliza también como vía de hidratación para los pacientes.

7) Se requiere el uso de fármacos anti secretores como butilescopolamina para los síntomas "estertores premortem", que es uno de los síntomas más frecuentes y específicos del paciente moribundo, el cual genera ruidos a causa de movimientos oscilatorios de las secreciones de las vías respiratorias. Por lo general se presenta en pacientes con dificultades cardiopulmonares, como los edemas pulmonares, infecciones y aspiración

8) La administración de dosis altas de cierto fármaco causan efectos indeseables como sequedad bucal, problemas gastrointestinales e incluso perturbación visual. Estos efectos pueden convertirse en factores limitantes para el propósito primordial en cuanto a la calidad de vida de un paciente, por tanto es necesario acompañar al tratamiento farmacológico con otros programas, como terapia de relajación, musicoterapia, entre otras, que ayudan a mantener el bienestar del enfermo a través de una mejor adherencia al tratamiento y su correcta aplicación podría reducir los efectos adversos.

ANEXO N° 3

Factores de riesgo para la predisposición psiquiátrica.

Factores de riesgo para el trastorno depresivo	Factores de riesgo para el trastorno de ansiedad	Factores de riesgo para la identificación del delirium
Control deficiente del dolor y otros síntomas.	Control deficiente del dolor y otros síntomas.	Deterioro cognitivo de inicio agudo y curso fluctuante con alteración de la atención, y que puede asociar o no a trastornos conductuales, perceptuales y del ciclo vigilia-sueño.
Antecedentes de trastorno afectivo o alcoholismo.	Antecedentes familiares positivos para ansiedad.	Es recomendable apoyar el diagnostico en test de atención o funciones cognitivas.
Estados avanzados del cáncer.	Abuso de alcohol o benzodiacepinas (medicamentos psicotrópicos).	
Cirugía mutilante.	Malas noticias resientes.	
Fármacos.	Personalidad inmadura u obsesiva	
Enfermedades médicas específicas y concurrentes.	Ambiente inestable en la niñez.	
Aislamiento social.	Experiencias tempranas de separación.	
Nivel socioeconómico bajo.	Experiencia estresante de muerte en la familia o amigos	
Problemas conyugales.	Sobreprotección por la familia o el cónyuge.	
Dificultad previa para expresar cólera u hostilidad.	Pobre soporte social.	

Adaptado de (Benítez, 2016), por Emilia Jiménez Alcázar.

ANEXO N° 4

Necesidades de los pacientes en fase terminal.

Necesidades biológicas	Los médicos y enfermeros son los responsables de intervenir en cuanto a estas necesidades prioritarias para el paciente. El control de los ciclos de sueño, la higiene, los síntomas molestos y el dolor, son la principal medida a la atención para lograr la disminución del sufrimiento que la propia enfermedad produce. También es importante que el cuerpo médico verbalice al paciente y sus familiares, las medidas que se están tomando para sostener un ambiente de seguridad y confort.
Necesidades psicológicas	El equipo sanitario puede dar cuenta de estas necesidades, pero es el psicólogo quien abordará al paciente en este sentido ya que el impacto de la enfermedad, ocasiona que el paciente se pregunte sobre el sentido de la vida, el dolor y la muerte, por lo que a su vez genera la necesidad de sentirse protegido, amado y seguro. La enfermedad ocasiona progresivamente dependencia física hacia las personas involucradas, por lo que es esencial brindar un ambiente de confianza, en el cual el paciente pueda ser partícipe de las decisiones para el manejo de la situación ya que a menudo se sienten frustrados e indignos a causa de las características regresivas de la enfermedad. El saber escuchar al paciente, brindará una mirada objetiva en cuanto a estas necesidades, ya que la ira y los cuestionamientos del paciente, pueden ser signo de negación a la situación que atraviesa, por lo que el psicólogo debe ser empático y abierto al trabajar estos temas con el paciente.
Necesidades espirituales	La desesperanza por lo general, ocasiona una muerte angustiante para el paciente, pues no encuentra alivio o respuesta ante su búsqueda de sentido. El equipo sanitario debe facilitar las visitas religiosas, sin embargo debido a los cambios que el paciente sufre sociales y psicológicos, puede surgir una pérdida de interés en sus creencias y el propósito de existencia. La familia y el equipo sanitario deben buscar acercarlo a la esperanza por medio de sus creencias, por lo que la comunicación con el paciente será esencial.

Adaptado de (MSP, 2014 y Arranz, 2005) por M. Emilia Jiménez A.

Necesidad de despedirse	El paciente puede necesitar resolver conflictos para poder despedirse, por lo general esta necesidad surge cuando el paciente se ve afectado cada vez más por sus síntomas, sabiendo que el fin de la vida está cerca. Es importante que los familiares y el equipo puedan dar cuenta de estos conflictos que requieren ser atendidos antes de llegar a la fase en la cual el paciente pierde por completo su capacidad de comunicación, sea ésta a causa de la sedación o la confusión que surge. Generalmente cuando el paciente logra expresar y solucionar sus "asuntos pendientes", ingresa paulatinamente a la fase de inconsciencia sin experimentar estragos traumáticos. Finalmente el paciente puede morir en calma.

ANEXO N° 5

Etiología de los síntomas más comunes en la fase terminal y tratamiento del dolor.

Síntomas	Etiología
1) Anorexia	Se considera una consecuencia psicológica del deseo de morir "dignamente", por lo tanto el paciente rechaza el alimentarse como intento de mantenerse vivo. También es un efecto de la misma enfermedad y el tratamiento farmacológico correspondiente, que produce disminución en el apetito.
2) Boca seca	Se presenta en cualquier momento de la etapa terminal. Entre sus causas más importantes está la reducción de secreción salival, los fármacos, deshidratación producida por otros síntomas como el vómito, heridas en la piel, anorexia. Etc. Como consecuencia pueden producirse heridas en la boca, lengua y labios causando dolor al paciente y reducción en la cantidad de ingesta de alimentos.
3) Confusión	Estados de confusión agudos: Son reversibles, ya que están relacionados a síntomas pasajeros como la vejiga llena, dolor no aliviado, insuficiencia cardiaca o respiratoria, etc. Estados de confusión crónicos: Pueden ser consecuencia de una disminución de las funciones cerebrales. Los pacientes que mantienen estos estados crónicos no presentan oscurecimiento de la conciencia, sin embargo no logran reconocer su entorno, por lo que a menudo hacen preguntas sobre dónde están, repiten constantemente las mismas historias y presentan reacciones emocionales inapropiadas.
4) Estreñimiento	Surge a partir de varios factores, sin embargo el tratamiento farmacológico sería una de las causas más importantes, y está relacionado a síntomas como vómitos, flatulencia, distención abdominal, etc. El dolor que produce éste síntoma podría provocar estados de confusión y ansiedad.
5) Disnea	La sensación incomoda de falta de aire a causa de diversos motivos como la respiración dificultosa, sudoración, etc. La presencia de tumores pulmonares, la pérdida de musculatura y elasticidad pulmonar, anemia e insuficiencia cardiaca son algunas de las causas.
6) Disfagia	Deterioro progresivo de la capacidad para realizar deglución, debido a una descoordinación muscular o una irritación faríngea, que al producir posibles fistulas como consecuencia, impide la ingesta de alimentos en los últimos días de vida.
7) Ansiedad	Es un estado relacionado con la angustia, producido por algunos factores como la muerte cercana, el dolor no aliviado, la propia enfermedad y el proceso que conlleva. Puede confundirse con depresión o hiperventilación, sobretodo en pacientes con cáncer de pulmón.

8) Caquexia	Cuadro de desnutrición y pérdida de peso que puede asociarse a cuadros de astenia (debilidad o fatiga general).

Adaptado de (MSP, 2014 y Astudillo 1995), por M. Emilia Jiménez A.

ANEXO N° 6

Clasificación del dolor según su duración.

Agudo	Producto de daños viscerales, ocasionando dolor nociceptivo con un inicio brusco y de corta duración.
Crónico	Sin importar su intensidad, es un dolor caracterizado por ser persistente por más de un mes.
Irruptivo	Surge a partir de un dolor crónico, el cual es intenso o de intensidad moderada, con un inicio inesperado.

Adaptado de (MSP, 2014 y Astudillo 1995), por M. Emilia Jiménez A.

Clasificación del dolor según su fisiopatología.

Dolor somático	Se produce como consecuencia de estructuras musculo esqueléticas afectadas por la enfermedad, estimulando los receptores del dolor.
Dolor visceral	Se produce como consecuencia de comprensión, distención o infiltración de la cavidad torácica y abdominal. El dolor puede acompañarse de molestias físicas como el vómito, sudoración y mareos.
Dolor neuropático	Se da como consecuencia de lesionas directas a estructuras nerviosas, ya sea por expansión de tumores, tratamientos como la quimioterapia o infecciones del paciente debilitado. Se describe como una sensación de quemazón o presión, dificultando su control mediante el tratamiento farmacológico, sobre todo los analgésicos.
Dolor Mixto	Es un cuadro combinado entre los dolores mencionados anteriormente.

Adaptado de (MSP, 2014 y Astudillo 1995), por M. Emilia Jiménez A.

ANEXO N° 7

Fenómenos comunes e intervenciones recomendables en las familias.

Fenómeno	Descripción	Intervenciones recomendables
Conspiración de silencio	Acuerdo generado por parte de los familiares para ocultar diagnósticos, pronósticos o gravedad de la situación, causando posibles problemas emocionales al paciente, además de inhabilitar al paciente a resolver asuntos importantes antes de morir.	- Confrontar empáticamente, los miedos y preocupaciones por parte de los familiares, validando su necesidad de evitar comunicar para proteger al paciente. - Facilitar la expresión emocional para conocer los motivos de la conspiración. - Tranquilizar. - Anticipar las consecuencias negativas para el paciente o familiar a quien se le oculta información. - Confrontar opiniones y proponer acuerdos desde la empatía.
Claudicación familiar	Incapacidad de los miembros de la familia para responder adecuadamente ante las múltiples demandas y necesidades del paciente, dando lugar al posible abandono del paciente, generándole mucho sufrimiento.	- Explicar proceso de adaptación a la situación. - Validar sus limitaciones para buscar soluciones viables. - Animar a los familiares a reconocer la importancia de mantenerse involucrados durante todo el proceso a pesar de las dificultades. - Ayudar a planificar su tiempo para cumplir los objetivos requeridos.
Duelo	Reacción psicológica ante la pérdida, entendida como un proceso normal cuya evolución progresa hacia la superación. Puede surgir complicación en el duelo relacionado a las distintas formas de afrontamiento de cada familiar.	- Ayudar al familiar a expresar cualquier tipo de sensación o sentimiento que experimente en relación a la pérdida. - Facilitar la introspección en cuanto a la conciencia de su pérdida. - Promover la reorganización del sistema familiar ante la pérdida. - Diferenciar entre síntomas normales y patológicos ante la pérdida.

Adaptado de (Arranz, 2005) por M. Emilia Jiménez A.

ANEXO N° 8

Factores bio-psico-socioculturales.

Adaptado de (Balarezo, 2014), M. Emilia Jiménez

Tipos de personalidad	Rasgos de personalidad	Factores de influencia biológica	Factores de influencia socio-cultural y perspectivas psicológicas	Factores de permanencia de procesos tempranos en los estilos de personalidad	Prevalencia por género
Afectivos	Histriónicos Alegres, seductores, sociables, sugestionables, empeñosos.	Tendencia a la extroversión y amabilidad debido a funciones neuropsicológicas de zonas hipocámpicas, del sistema límbico y substancia reticular. Sistemas vinculados con la serotonina. Necesidad de estimulación externa fuerte para activar el sistema reticular ascendente. Mayor funcionamiento en lóbulo parietal.	Sobre estimulación en etapas tempranas, utilización indiscriminada de recompensas, aprendizaje vicario de alguno de los padres o de ambos, dificultad en la relación de celos fraternos, condiciones psíquicas y físicas atractivas, carencia de figura parental.	Preocupación por los estímulos externos, represión extrema y masiva con escasa vida interna, relaciones sociales y afectivas superficiales.	Femenino
	Ciclotímicos Emotivos, ánimo variable, generosos, sensibles, activos.	Variabilidad emocional, teniendo períodos de introversión. Factores de heredabilidad con correlación a la bipolaridad en un 80%. Existe un nivel de control frontal disminuido y el funcionamiento parietal únicamente en ánimo positivo.	Pérdidas emocionales a edades tempranas, dificultades en el entrenamiento de indefensión, aliento de actitudes sociales extremas.	Tendencia a la expansión del Yo, búsqueda de estimulación externa, estado de ánimo alegre y en el otro extremo recreaciones de experiencias de sufrimiento, actitudes autoacusatorias y reforzamiento de sentimientos de desesperanza.	Femenino

Cognitivos	Paranoides Líderes, desconfiados, suspicaces, dominantes, organizados.	Prevalencia del funcionamiento de las regiones frontales, actividad bioquímica y hormonal, caracterizada por excesiva reactividad del sistema límbico y aceleración en transmisión sináptica. Hiperactividad del sistema dopaminérgico por alteración funcional en los subsistemas.	Valoración excesiva sobre sus capacidades, sometimiento a fuertes antagonismos con las figuras parentales, deseos de cumplimiento exitosos de las tareas, manejos tempranos contradictorios o intransigentes de las figuras paternas, condiciones intelectuales favorecidas.	Mecanismos defensivos para contrarrestar la vinculación, descarga de hostilidad y la reconstrucción de la realidad para que se ajuste a su autoimagen y aspiraciones.	Ambos sexos
	Anancásticos Ordenados, normados, perfeccionistas, rígidos.	Predominio de mecanismos de introversión, regiones frontales cerebral (actividad bioquímica hormonal). Nivel alto glutamato – 5 hidroxitriptafano (5 HTP). Excesiva reactividad del sistema límbico y simpático, aceleración de la transmisión sináptica. Correlación con trastorno de personalidad anancástico.	Exceso de control parental, excesos de castigos, culpabilidad generada por deficiencias, privaciones, carencias, ideas religiosas estrictas, entrenamiento temprano de la responsabilidad.	Rigidez excesiva, culpa, autocrítica, creación de normas y reglas.	Masculino
	Impulsivos Imprudentes, instintivos, irreflexivo, perseverantes, enérgicos.	Extroversión, emocionalidad alta, neuroticismo carencia de procesos inhibitorios frontales, elementos bioquímicos y hormonales alterados con manifestaciones de hiperactividad. Impulsividad nociva a causa de procesos inhibitorios frontales, elementos hormonales y bioquímicos	Notable enriquecimiento y variación de experiencias tempranas, refuerzo positivo por el cumplimiento de expectativas parentales, poca eficacia en la relación competitiva	Contrarrestan los sentimientos de separación con características de inseguridad, liberan tensiones con actividad e impulsividad y comparten su poder físico.	Ambos sexos

Comportamentales		alterados, fallo de coordinación entre redes cerebrales.	con sus hermanos, inconsistencia en el control parental y ausencia de reglas tempranas.		
		Patrones de respuesta neuronal correspondientes a individuos más jóvenes, fallo en la maduración y en el desarrollo del sentido de la propia identidad, desregulación del sistema límbico y de algunos neurotransmisores en especial del sistema colinérgico y serotominérgico.			
	T. Disociales Agresivos, antisociales, sin remordimiento, irresponsables, sin normas.	Predominio de psicoticismo, impulsividad: ataques y agresiones, niveles bajos de serotonina, lesiones de la superficie orbitaria de los lóbulos frontales: deterioro ético y moral.	Autoperpetuación de anticipaciones desconfiadas, comportamiento interpersonal vengativo, controles intra-psíquicos frágiles, falta de empatía, incapacidad para asumir normas y compromisos, vandalismo	Familiares con el mismo u otro trastorno. (Origen genético), mayor incidencia en hombres, vínculo afectivo deficiente (madre), crianza sin normas, limites, control, protección o expresión afectiva, disponibilidad de elementos hedónicos que generarán necesidad de satisfacción con agenciamiento autónomo en edad adulta, maltrato diverso.	Masculino
	Esquizoide Solitarios, fantasiosos, privados, poco sensibles, introspectivos.	Déficit de la sensibilidad dopaminérgico frontal, tendencia a la introversión. Correlación con trastorno esquizofrénico	Pobreza estimulativa en los estadios tempranos de vinculación sensorial relaciones familiares impávidas e impersonales, comunicaciones parentales frías y disgregadas.	Comportamiento impasible, insensible, conciencia perceptiva disminuida, frialdad afectiva, inactividad social.	Masculino

Déficit relacional	Dependiente Obedientes, evitativos, piden consejos, actitud pasiva, evita la soledad.	Rasgos ansiosos genéticos, hipersensibilidad en los receptores serotoninérgicos.	Excesivo apego parental y sobreprotección parental de orden físico y psíquico.	Auto-desprecio, evitación de responsabilidades, comportamientos de adherencia social.	Femenino
	Evitativa Temerosos, evita socializar, vínculos seguros, reservados, recelosos.	Sensibilidad de los receptores serotoninérgicos y tendencia a la introversión.	Rechazo y desprecio familiar, tratos duros, menospreciantes y despreciativos de los padres, rechazo y alineación de los pares y compañeros.	Aislamiento social activo, comportamientos temerosos, hipersensibilidad emocional, interferencia intencional	Ambos sexos
	T. Esquizotípico Extravagantes, referenciales, creencias raras, percepciones inhabituales.	Déficit de actividad dopaminérgica.	Pobre estimulación temprana con expresiones afectivas, desprecios, burlas y rechazos en las primeras etapas del desarrollo.	Mecanismos para contrarrestar la despersonalización y para evitar las imposiciones externas, se desvía la sobre estimulación externa.	Masculino

ANEXO N° 9

Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica: acercamiento de acuerdo a la personalidad.

Personalidad		Problemas básicos	Estrategia	Táctica
Afectiva	Histérica (Histriónica).	Acercamiento emocional, manipulación, seducción, magnificación.	Utilización de fenómenos afectivos.	Distancia emocional, apoyo inicial, estimulación del juicio.
	Ciclotímica.	Expresión afectiva, oscilaciones del estado de ánimo.		Distancia emocional, consideración del estado de ánimo.
Cognitiva	Paranoide.	Desconfianza, impaciencia, suspicacia, disputa por el poder.	Empleo de juicios y razonamiento.	Confianza, respeto a las resistencias, franqueza, lógica.
	Anancástica.	Excesiva escrupulosidad, hipersensibilidad, rigidez.		Organización, puntualidad, permisividad, lógica.
Comportamental	Inestable.	Impulsividad, búsqueda de resultados inmediatos.	Propuestas concretas y directas.	Claridad, objetivos precisos.
	TPD.	Ausencia de ley, mitomanía, agresividad.		Rigidez, normación.
Déficit relacional	Esquizoide.	Frialdad en el contacto.	Manejo tolerante, distante y amistoso.	Respeto a la intimidad.
	Evitativa.	Ansiedad en la relación.		Confianza social, apoyo emocional.
	Dependiente.	Apego excesivo.		Control de la directividad.

Adaptado de (Balarezo, 2014, pág. 151), por M. Emilia Jiménez A.

ANEXO N° 10

Marco relacional: "Paliativos y familia".

Parámetros generales	Consideraciones
Expectativas familiares depositadas en la persona enferma.	Conocer estas orientará y contribuirá en entender el grado de sufrimiento familiar
Cambios habidos en la organización laboral y social.	El equipo debe estar atento a estos posibles cambios para poder ayudar a la familia a pensar en las opciones más adecuadas a las circunstancias.
Dificultades familiares explícitas o manifestadas por la propia familia y también aquellas detectadas por el equipo.	Obstaculizan la atención a la persona enferma y a la propia familia.
Las necesidades implícitas y explícitas.	Estas vendrán determinadas por las dificultades identificadas. De esta forma se valorará la posibilidad de aportar los recursos disponibles para poder solventar estas necesidades. A menudo las dificultades o necesidades pueden ser de tipo organizativo, relacional y/o emocional.
La información que disponen los distintos miembros de la familia.	Se tendrá en cuenta, también, a las personas más vulnerables, como pueden ser las personas ancianas o con deficiencias psíquicas y los niños.
Sus experiencias sanitarias anteriores.	Es importante describir si tienen vivencias previas similares y el resultado de las mismas.
Duelos vividos.	Exponer si existen duelos anteriores elaborados con cierta dificultad. Ello facilitará la comprensión del equipo en caso de que la familia mantenga actitudes desajustadas. Las deficiencias y las malas experiencias que han tenido que sufrir algunas familias muchas veces no pueden ser compensadas ni siquiera por las atenciones del equipo.
Relación de la familia con el equipo.	El estilo de presentación del equipo a la familia ayudará a definir si se trata de una familia que tiene bien identificado al equipo y sus funciones y a observar si tiene una actitud colaboradora o no.
Detección de situaciones de riesgo.	Se hará hincapié en aquellos aspectos manifestados por la familia que nos indiquen un posible riesgo de evolución desfavorable, ya sea por aspectos de la personalidad de algunos de sus miembros, (enfermedades mentales, duelos recientes) o por carencias personales y/o prácticas que pueden desbordar la organización familiar.

Adaptado de (MSP, 2014), por M. Emilia Jiménez A.

ANEXO N° 11

Parámetros de la primera entrevista semi-estructurada.

Parámetros	Preguntas
Estructura familiar (datos informativos).	- ¿Nombres? -¿Cuantos miembros son? -¿Lugar en donde viven? -¿Dónde trabajan? -¿Religión?
Historia y proceso de la enfermedad.	- ¿Primer diagnóstico de enfermedad? -¿Antiguas hospitalizaciones? -¿Cuidados médicos proporcionados?
Percepción de la enfermedad.	-¿Cómo observan al paciente? -¿Desde hace cuánto han notado cambios en el estado de salud del paciente? -¿Cuáles son sus preocupaciones con relación a la enfermedad?
Relación con el paciente.	-¿Cómo se lleva con el paciente? -¿Cómo ha sido el paciente (en su rol) con usted? -¿Ha existido algún conflicto importante en cuanto a su relación con el paciente?
Asignación de responsabilidades en cuanto a los cuidados del paciente.	-¿Quién se ha hecho cargo del paciente en este último tiempo? -¿Han tenido algún plan para los cuidados del paciente? -¿Tienen algún soporte financiero? -¿Cómo han logrado organizarse?
Motivo de ingreso.	-¿Por qué decidieron ingresar al paciente? -¿Cómo observaron al paciente antes del ingreso? -¿El paciente estuvo de acuerdo con el ingreso?

Adaptada de (Alarcón, 1995) y (MSP

ANEXO N° 12

Funciones del Psicólogo Clínico.

<table>
<tr><td rowspan="5">Evaluación</td><td>Identificar/especificar.</td><td rowspan="5">Análisis o intervención psicológica.</td><td>Diagnóstico:
- Clínico.
-Pericial.
-Institucional.</td><td rowspan="5">Métodos:
- Entrevista (paciente y familiar).
- Cuestionarios y escalas.
- Auto-observación.
- Observación.
- Valoraciones (cognitivas, psicofísicas, médicas, emocionales).
- Documentos Históricos.</td></tr>
<tr><td>Cuantificar conductas.</td><td>Pronóstico:
- Predecir la evolución a un problema o la respuesta de intervención.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Problemas, recursos y limitaciones.</td><td>Orientación:
- Consejería.</td></tr>
<tr><td>Selección: Factores de riesgo.</td></tr>
<tr><td>Variables personales y ambientales.</td><td>Valoración de resultados.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Tratamiento</td><td rowspan="3">- Dificultades consolidadas.</td><td rowspan="3">Ligado a la prevención terciaria, es decir el mantenimiento.</td><td colspan="2">Universal: Población general.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Selectiva: Factores de riesgo.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Indicada: Atención temprana de alto riesgo.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Prevención</td><td colspan="2">Prevención primaria.</td><td colspan="2">Evitar surgimiento de diversas problemáticas.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Prevención secundaria.</td><td colspan="2">Identificación del problema en la fase más temprana.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Prevención terciaria.</td><td colspan="2">Prevención de recaídas, evitar complicaciones, mejorar calidad de vida.</td></tr>
<tr><td>Intervención</td><td>- Mejorar capacidades personales para conflictos presentes.
- Ejecución individual/multi disciplinar.</td><td>Distintas posturas: Psicoanálisis, conductual, cognitiva conductual, psicodinámica, sistémica, integrativa, etc.</td><td>Lugares: Centros de salud y salud mental, hospitales, unidades de dolor y cuidados paliativos, etc.</td><td>Metas según los distintos enfoques:
- Resolver conflictos inconscientes.
- Ayudar a la auto-aceptación.
- Integrar sentimientos conflictivos.
- Encontrar significado a la vida
- Modificar creencias negativas.
- Lograr comportamientos adaptativos.</td></tr>
<tr><td>Investigación</td><td>Formulaciones teóricas.</td><td>Procedimientos de evaluación.</td><td>Evaluación de la intervención.</td><td>Reconocimiento de posibles modificaciones.</td></tr>
<tr><td>Enseñanza</td><td>Colaboración interdisciplinar.</td><td>Grupos focalizados.</td><td>Talleres de psicoeducación.</td><td>Instrucciones, práctica y retroalimentación.</td></tr>
<tr><td>Asesoramiento</td><td>Directivo.</td><td>Estructurado.</td><td>Institucional.</td><td>Seguimiento.</td></tr>
<tr><td>Dirección y Gestión</td><td>Organización de recursos.</td><td>Coordinación de actividades.</td><td>Manejo de conflictos entre los miembros.</td><td>El psicólogo ejerce funciones institucionales gestoras.</td></tr>
</table>

Adaptado de (López, 2008, págs. 3-7), M. Emilia Jiménez A.

ANEXO N° 13

Parámetros y preguntas guía de los elementos de la entrevista semi-estructurada, enfocada al cuidador o cuidadores principales.

Parámetros de la ficha clínica	Preguntas guía de la entrevista semi-estructurada
Datos	- Preguntas directas sobre datos informativos. - ¿Es usted religioso o mantiene alguna creencia espiritual? - ¿En qué trabaja y como ha logrado organizar sus responsabilidades con el cuidado de su "familiar"? - Cuénteme los primeros indicios de la enfermedad de su "familiar". - ¿Conoce el pronóstico de su familiar?
Demanda	- ¿Qué lo motivó a agendar una cita con el área de psicología? - ¿Por qué cree usted que lo han llamado a consulta del área de psicología? - ¿Cómo ha sido para usted la evolución de la enfermedad de su ser querido? - ¿En qué aspectos su rutina diaria sufrió cambios a partir de la enfermedad?
	- Cuénteme el proceso de enfermedad de su familiar, desde su diagnóstico hasta su actual ingreso a los CP. -¿Quién o quienes cuidaban de su familiar?
Biografía psicológica de la familia	- ¿Cuál es su relación con el paciente? - ¿Cómo se llevaban? - ¿Quiénes convivían junto al paciente? - ¿Quién era responsable de los gastos? - ¿Cómo es su relación con los demás miembros de la familia? - ¿Quién de los miembros de la familia tiene el carácter más fuerte, el más sensible, etc.?
Afrontamiento ante la situación	- ¿Qué medidas propias ha tomado usted para sobrellevar la situación? - ¿Cómo es su alimentación actualmente? - ¿Cómo son sus ciclos de sueño? - ¿Qué es lo que más se le ha dificultado sobrellevar de la situación actual?
Soporte familiar	- ¿Se ha sentido apoyado/a por los demás miembros de la familia? - ¿Se han dividido responsabilidades entre los miembros?
Características de personalidad	- ¿Considera que ha podido expresar sus emociones o pensamientos, generados por la situación que experimenta? - ¿Le ha sido fácil tomar decisiones con respecto a la situación? - ¿Ha podido organizarse para sobrellevar la situación?
Resultados de reactivos psicológicos	
Descripción cualitativa del problema	
Criterios pronósticos	- ¿Considera usted que necesita apoyo por parte del área de psicología? ¿Estará usted de acuerdo en mantener sesiones regulares? -¿Cuáles serían sus propósitos en este proceso terapéutico?

Conclusiones y recomendaciones	

Adaptado de (Balarezo, 2014), por M. Emilia Jiménez A.

ANEXO N° 14

Ficha integrativa clínica de Cuidados Paliativos dirigida al cuidador o cuidadores principales del paciente.

<table>
<tr><td colspan="7">FICHA CLÍNICA AL CUIDADOR O CUIDADORES PRINCIPALES</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Datos</td><td colspan="3" rowspan="2">Nombres y Apellidos del familiar:</td><td>Edad:</td><td colspan="2">Religión:</td></tr>
<tr><td>Parentesco:</td><td colspan="2">Ocupación:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Nombres y Apellidos del paciente:</td><td colspan="3">Diagnóstico de la enfermedad:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Edad:</td><td>Ocupación:</td><td colspan="3" rowspan="2">Pronóstico de la enfermedad:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Religión:</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Demanda</td><td colspan="2">Profesional:</td><td rowspan="3">Explícita:</td><td colspan="2" rowspan="3">Implícita:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Familiar:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Espontánea:</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Interacción familiar</td><td>Miembros:</td><td>Rol del familiar:</td><td colspan="2">Relación con el paciente:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Otras figuras familiares importantes:</td></tr>
<tr><td>Afrontamiento ante la situación</td><td colspan="3">Grado de afectación:</td><td colspan="2">Síntomas:</td></tr>
<tr><td>Soporte familiar</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>Características de personalidad</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>Resultados de reactivos psicológicos</td><td colspan="2">Seapsi:</td><td colspan="3">Cope:</td></tr>
<tr><td>Descripción cualitativa del problema</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>Criterios pronósticos</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>Conclusiones y recomendaciones</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

Adaptada de (Balarezo, 2014), por M. Emilia Jiménez A.

ANEXO N° 15

Reactivos psicológicos aplicados.

<table>
<tr><td colspan="3">Cuestionario de personalidad (SEAPsI)</td></tr>
<tr><td>Generalidades</td><td>Características</td><td>Observaciones</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Es un instrumento de respuesta selectiva, contiene 10 tipos de personalidades (Afectivas, Cognitivas, Comportamentales y con déficit en la relación), las mismas que contienen 10 ítems de alternativa de selección. Las frases referidas son expresiones afectivas, cognitivas y comportamentales de cada tipo de personalidad.</td><td>Es aplicable a personas de ambos géneros a partir de los 15 años.</td><td rowspan="3">Es importante considerar a esta herramienta como un aparente indicador de los rasgos de personalidad, que deben tener correlación al análisis del terapeuta, ya que el resultado podría ser una proyección de los ideales del paciente y no sus rasgos de personalidad propiamente.</td></tr>
<tr><td>Puede ser aplicada de forma individual y el terapeuta debe leer cada frase. La consigna es: “en el siguiente cuestionario señale si la frase leída corresponde a un comportamiento habitual suyo”.</td></tr>
<tr><td>A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca cada resultado en el recuadro ubicado al final de cada personalidad, posteriormente se transforma a la tabla de calificaciones.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE)</td></tr>
<tr><td>Generalidades</td><td>Características</td><td>Observaciones</td></tr>
<tr><td>Es un inventario de 28 ítems y 12 sub-escalas que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 1 a 3), entre “si, hago esto” a “nunca hago esto” con puntuación intermedia “a veces”.</td><td>El afrontamiento es cualquier esfuerzo para manejar el estrés, son las cosas que las personas hacen para evitar ser dañadas por las adversidades de la vida.</td><td rowspan="3">Es indispensable diferenciar entre rasgos o estilos de afrontamiento (patrones de respuesta repetitivos) y alternativas de afrontamiento (situacionales).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1) Afrontamiento activo.
2) Planificación.
3) Apoyo instrumental.
4) Uso de apoyo emocional.
5) Auto-distracción.
6) Desahogo.
7) Desconexión conductual.
8) Reinterpretación positiva.
9) Negación.
10) Aceptación.
11) Religión.
12. Uso de sustancias.</td><td>Se denominan estrategias de afrontamiento a las acciones de los individuos tendientes a frenar, amortiguar, y si es posible anular, los efectos de las situaciones amenazantes.</td></tr>
<tr><td>Los estilos de afrontamiento constituyen acciones más generales, son tendencias personales
para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento y los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores, por ejemplo, “locus” de control, percepción de control, auto-eficacia, autoestima, sentido del optimismo.</td></tr>
</table>

Adaptado de (Balarezo, 2014 y Morán, 2010), por M. Emilia Jiménez A.

ANEXO N° 16

Información obtenida en base a los estilos de personalidad y afrontamiento.

Paciente	Familiar	Seapsi	Características de adaptación identificadas en la situación de pérdida en relación al test COPE
M.E 001	A Hombre (36años) Cuidador principal	Anancástica	1) Afrontamiento activo: Realizar esfuerzos, mediante acciones directas para reducir el estresor que experimenta. 2) Planificación: Crea estrategias para lograr afrontar el estresor mediante la dirección de los esfuerzos que va a realizar. 3) Apoyo instrumental/social: Se apoya en la búsqueda de ayuda, consejo e información a las personas que son competentes en las acciones a realizar. 4) Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema o situación, e intentar mejorar o crecer a partir de la situación. 5) Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real. 6) Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
			7) Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
	B Mujer (30años) Cuidadora principal	Ciclotímica	1) Afrontamiento activo: Realizar esfuerzos, mediante acciones directas para reducir el estresor que experimenta. 2) Planificación: Crea estrategias para lograr afrontar el estresor mediante la dirección de los esfuerzos que va a realizar. 3) apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión. 4) Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación. 5) Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real. 6) Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
			7) Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
	C Mujer (40 años) Familiar en riesgo	Dependiente	1) Afrontamiento activo: Realizar esfuerzos, mediante acciones directas para reducir el estresor que experimenta. 2) Apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y comprensión. 3) Apoyo social: procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer. 4) Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas. 5) Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
			6) Negación: Negar la realidad del suceso estresante.
	D Mujer (71 años)	Dependiente	1) Afrontamiento activo: Realizar esfuerzos, mediante acciones directas para reducir el estresor que experimenta. 2) Planificación: Crea estrategias para lograr afrontar el estresor mediante la dirección de los esfuerzos que va a realizar. 3) Apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y comprensión. 4) Apoyo social: procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.

	Familiar en riesgo		5) Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas. 6) Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
			7) Negación: Negar la realidad del suceso estresante.
M.L 002	E Mujer (52años) Cuidadora principal	Anancástica	1) Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas. 2) Aceptación: Aceptar parcialmente el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real. 3) Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
			4) Negación: Negar la realidad del suceso estresante.
	G Mujer (47 años) Cuidadora principal	Dependiente	1) Afrontamiento activo: Realizar esfuerzos, mediante acciones directas para reducir el estresor que experimenta. 3) Apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y comprensión. 4) Apoyo social: procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer. 5) Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas. 6) Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación. 7) Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real. 8) Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.
			9) Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
M.E 003	H Hombre (67 años) Cuidador principal	Anancástica	1) Afrontamiento activo: Realizar esfuerzos, mediante acciones directas para reducir el estresor que experimenta. 2) Planificación: Crea estrategias para lograr afrontar el estresor mediante la dirección de los esfuerzos que va a realizar. 3) Apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y comprensión. 4) Apoyo social: procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer. 5) Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas. 6) Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación. 7) Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
			Negación: Negar la realidad del suceso estresante.
	L Hombre		1) Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real. 2) Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.

	(62 años) Familiar en riesgo	Inestable	Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
J.M 004	F Mujer (56 años) Cuidadora principal	Anancástica	1) Afrontamiento activo: Realizar esfuerzos, mediante acciones directas para reducir el estresor que experimenta. 2) Apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y comprensión. 3) Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas. 4) Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real. 5) Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
L.M 005	I Mujer (63 años) Cuidadora principal	Ciclotímica	1) Apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y comprensión. 2) Apoyo social: procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer. 3) Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas. 4) Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación. 5) Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor. 6) Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos
			7) Negación: Negar la realidad del suceso estresante.
	J Hombre (44 años) Familiar en riesgo	Inestable	1) Afrontamiento activo: Realizar esfuerzos, mediante acciones directas para reducir el estresor que experimenta. 2) Apoyo social: procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer. 3) Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real. 4) Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos
			5) Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
M.L 006	K Hombre (58 años) Cuidador principal	Ciclotímica	1) Afrontamiento activo: Realizar esfuerzos, mediante acciones directas para reducir el estresor que experimenta. 2) Planificación: Crea estrategias para lograr afrontar el estresor mediante la dirección de los esfuerzos que va a realizar. 3) Apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y comprensión. 4) Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
			5) Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
			6) Negación: Negar la realidad del suceso estresante.

A.E 007	M Mujer (43 años) Cuidadora principal	Histriónica	1) Afrontamiento activo: Realizar esfuerzos, mediante acciones directas para reducir el estresor que experimenta. 2) Planificación: Crea estrategias para lograr afrontar el estresor mediante la dirección de los esfuerzos que va a realizar. 3) Apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y comprensión. 4) Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación. 5) Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma. 6) Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
			7) Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
E.P 008	N Hombre (35 años) Cuidador principal	Ciclotímica	1) Afrontamiento activo: Realizar esfuerzos, mediante acciones directas para reducir el estresor que experimenta. 2) Planificación: Crea estrategias para lograr afrontar el estresor mediante la dirección de los esfuerzos que va a realizar. 3) Apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y comprensión. 4) Apoyo social: procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.
Z.V 009	O Hombre (57 años) Cuidador principal	Dependiente	1) Afrontamiento activo: Realizar esfuerzos, mediante acciones directas para reducir el estresor que experimenta. 2) Apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y comprensión. 3) Apoyo social: procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer. 4) Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas. 5) Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
			6) Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

ANEXO N° 17

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPsI

Nombre _____ **Fecha** _____

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente	
p	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi	
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	
	Generalmente impongo mi punto de vista	
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas	
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva	
	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar	
c	Mi estado de ánimo es muy variable	
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	
	Por las mañanas siento triste y parecería que todo me saldrá mal	
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno	
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo	
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto	
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco	
h	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía	
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella	
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor	
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable	
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo	
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos	
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta	
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme	
	Me gusta ser reconocido por lo que hago	
	Me agrada que los demás me vean atractivo	
ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás	
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco	
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío	
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás	
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado	
	Mi vida social es reducida	
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación	
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales	
	Tengo dificultades para hablar de mi mismo ante los demás	
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación	
d	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado	

	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo	
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen	
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas	
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados	
	Soy obediente ante mis superiores y jefes	
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros	
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante	
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo	
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones	
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales	
	Prefiero hacer las cosas solo	
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas	
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza	
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente	
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan	
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría	
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas	
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás	
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean	
ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común	
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro	
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás	
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza	
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales	
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones	
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás	
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas	
	Temo que los demás quieran hacerme daño	
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real	
ds	Reniego de las normas sociales y legales	
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales	
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas	
	En la niñez solía causar daños a los animales	
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro	
	Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas	
	Cuando estoy con ira expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias	
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas	
	Soy inestable en mis trabajos aún cuando tenga obligaciones económicas	
	No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás	
i	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira	
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades	
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas	
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo	
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento	
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo	
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer	
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado	
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias	
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones	
	APRECIACIÓN	

ANEXO N° 18

Interpretación SEAPsI

Paciente	Resultado	Estilo de personalidad
A	9	Anancástico
B	10	Ciclotímico
C	8	Dependiente
D	9	Dependiente
E	8	Anancástico
F	9	Anancástico
G	10	Dependiente
H	8	Anancástico
I	9	Ciclotímico
J	7	Inestable
K	10	Ciclotímico
L	8	Inestable
M	9	Histriónico
N	9	Ciclotímico
O	10	Dependiente

ANEXO N° 19

COPE

Paciente:

Familiar:

1. _____ Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. _____ Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. _____ Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. _____ Recurro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. _____ Me digo a mí mismo "esto no es real".
6. _____ Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. _____ Hago bromas sobre ello.
8. _____ Me critico a mí mismo.
9. _____ Consigo apoyo emocional de otros.
10. _____ Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. _____ Renuncio a intentar ocuparme de ello.
12. _____ Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. _____ Me niego a creer que haya sucedido.
14. _____ Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. _____ Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. _____ Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. _____ Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. _____ Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. _____ Me río de la situación.
20. _____ Rezo o medito.
21. _____ Aprendo a vivir con ello.
22. _____ Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. _____ Expreso mis sentimientos negativos.
24. _____ Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. _____ Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. _____ Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. _____ Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. _____ Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.