

Vivir dignamente hasta el final

Dra. Gloria Saavedra Muñoz

Psicóloga Clínica. Hospital La Magdalena. Cuadra Collet, 32 (Partida Bovalar).12004. Castellón

Dra. Pilar Barreto Martín

Catedrática de Psicología Clínica. Universidad de Valencia. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia

resumen/abstract:

Los cuidados al paciente anciano al final de la vida requieren un abordaje especializado que se adecúe a las características diferenciales de esta población. La atención específica a las necesidades que presenten, así como a las de las personas de su entorno permitirá desterrar las actitudes nihilistas que con frecuencia han impregnado la atención a las personas mayores. En el presente trabajo repasamos aquellos aspectos que pueden facilitar el bienestar del paciente mayor al final de la vida: el soporte emocional, la promoción de salud, la atención al deterioro cognitivo y a las psicopatologías que pueden aparecer, así como el acompañamiento en la agonía y a sus seres queridos.

End of life elderly patient's care require a specialized approach that involves the different characteristics of this population. Specific attention needs, as well as attending the people around will avoid the often nihilistic attitudes that have been held along the care of elders. In this paper we review those aspects that can facilitate greater patient comfort in an end of life context: emotional support, health promotion, care to cognitive impairment and psychopathologies that may occur. Agony accompanying and the support of their loved ones are also important for this proposal.

palabras clave/keywords:

Cuidados paliativos, paciente anciano, counselling, intervención psicológica.

Palliative care, elderly patient, counselling, psychological intervention.

Introducción

Los cuidados paliativos son un sistema de cuidado que utiliza una aproximación multidisciplinar para abordar las cuestiones médicas, psicológicas, sociales y espirituales que surgen en el tratamiento de los pacientes que se encuentran al final de su vida (Rousseau, 1995).

Las diversas definiciones de los cuidados paliativos, incluida la propuesta por la OMS (Doyle, Hanks y MacDonald, 1993; Rousseau, 1995; OMS, 1987) tienen en común varios aspectos: se ocupan de pacientes cuya enfermedad no responde a trata-

mientos curativos; el objetivo primordial es la mejora del bienestar o de la calidad de vida, promoción de confort y, sobre todo, la disminución del sufrimiento; para conseguir ese objetivo se hace hincapié en el control de síntomas físicos y de aspectos psicológicos, sociales y espirituales, considerando por lo tanto, la necesidad de una atención integral; por esta razón se considera necesaria la atención multidisciplinar; los tres protagonistas de la situación paliativa, esto es, aquellos a los que hay que dirigir las intervenciones, son el paciente, sus familiares o personas allegadas y el equipo terapéutico.

El hecho de que el desarrollo de los cuidados paliativos históricamente haya estado en relación con la patología oncológica y de que no se haya atendido a las características diferenciales del paciente anciano empezó a ponerse de relieve en la *I Conferencia Internacional de Cuidados Paliativos en el Anciano*, que tuvo lugar en Canadá en 1988. Los aspectos principales que allí se abordaron fueron recogidos por Ryan, Carson y Zorzitto (1989), destacando entre otros, que en el proceso de morir los aspectos concernientes a las personas mayores son los menos estudiados y comprendidos; que en estos están presentes otras patologías más allá del cáncer y el SIDA (por ejemplo, problemas cardiovasculares, enfermedades respiratorias, cerebrovasculares, renales, neurológicas...); que el aumento de prevalencia de deterioro cognitivo paralelo al aumento de la edad en los pacientes al final de la vida, llevará asociado un aumento de las cuestiones ético-legales que el equipo terapéutico tendrá que plantearse; y por último, que aunque muchas son las características comunes de los cuidados paliativos y la atención geriátrica (paciente y familia como centro del cuidado, objetivo prioritario el aumento y mantenimiento de la calidad de vida, dignidad y autonomía del paciente, importancia del control de síntomas y el alivio de sufrimiento, necesidad de abordaje multidisciplinar...) también existen características diferenciales entre las personas que mueren por cáncer y los pacientes ancianos que están en situación de terminalidad: por ejemplo, la diferente prevalencia sintomática y condicionamiento del manejo sintomático por la mayor presencia de demencia.

Diferentes autores han remarcado la importancia de la aplicación de la filosofía de los cuidados paliativos en la atención a los

pacientes ancianos (Sepúlveda, 1999) habiendo consenso en la literatura respecto a la necesidad de que no sólo los ancianos puedan incorporarse a los programas de cuidados paliativos, sino de que el diseño de los sistemas de cuidados al final de la vida tenga en cuenta las necesidades de los pacientes mayores, puesto que los factores demográficos, los diagnósticos y los recursos de salud utilizados influyen en cómo muere la gente mayor (Sepúlveda, 1999; Ragan, 2003).

Kristjanson, Toye y Dawson (2003) consideran que en las patologías muy frecuentes en edad avanzada -como son las neurodegenerativas-, la prevención y alivio del sufrimiento es posible mediante una temprana identificación, evaluación y tratamiento de síntomas (físicos, sociales y espirituales) y que este tipo de abordaje debe llevarse a cabo desde el diagnóstico de la enfermedad. En enfermedades como la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica o la enfermedad de Parkinson, el dolor y otros síntomas (no sólo físicos), están presentes desde inicio y a menudo no son tratados, aceptándolos como parte inevitable de la enfermedad.

El hecho de que en las definiciones más utilizadas de la situación de terminalidad aparezca la necesidad de un pronóstico vital inferior a seis meses, junto con la dificultad de establecer este pronóstico en pacientes ancianos no oncológicos ha propiciado que las personas mayores no sean atendidas en recursos específicos paliativos. Por sus características diferenciales, el proceso de los cuidados paliativos en ancianos debe empezar con el diagnóstico de la enfermedad para la cual no existe curación (Butler, Burt, Foley, Morris y Morrison, 1996). En el paciente anciano, el control de síntomas y el aumento de la calidad de vida deben ser

el principal objetivo de la terapia (Cleary, 1997), cobrando especial relevancia lo que tradicionalmente se ha defendido desde el movimiento de los cuidados paliativos: los tratamientos paliativos no deben considerarse una alternativa a los tratamientos curativos sino que deben coexistir desde el diagnóstico de la enfermedad. En el curso de la misma, uno u otro predominarán en función de la situación clínica y las características del paciente.

Dentro de la atención integral a las personas ancianas en situación de final de vida, el psicólogo clínico puede (y debe) desempeñar una importante labor no sólo en la intervención sobre los trastornos que comúnmente pueden aparecer (trastornos adaptativos, trastornos depresivos, deterioro cognitivo...) sino también en la atención a los aspectos emocionales del paciente y de la familia. Como señalan Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (2003) todos los profesionales sanitarios tienen la obligación ética de saber facilitar unos mínimos de apoyo emocional, requiriéndose una mayor preparación a medida que la complejidad de las situaciones aumenta, para dar respuesta adecuada a las necesidades planteadas. El psicólogo clínico es especialmente útil tanto para el abordaje de las situaciones más complejas como para la formación del resto del equipo asistencial que trabaja con pacientes en la última etapa de sus vidas en aspectos tales como comunicación y funcionamiento emocional.

Variables que facilitan el bienestar del anciano

Soporte emocional

Ante la muerte se ponen en marcha muchas emociones, tanto para el paciente que

se enfrenta a ella, como para sus personas allegadas y los profesionales que están a su cuidado. El duelo anticipatorio, periodos de ansiedad o miedo y la presencia de disforia son comunes en la fase de final de vida. Aunque no es realista pretender eliminarlas, de cómo se movilicen estas emociones dependerá que se incremente o disminuya el sufrimiento asociado al impacto emocional, y se dificultará o facilitará el proceso de adaptación del enfermo y sus familiares a la situación que tienen que afrontar (Arranz et al, 2003).

Basándonos en el modelo de sufrimiento/estrés que considera éste como un balance entre la percepción de amenaza que tiene el paciente y la percepción de recursos disponibles para el afrontamiento (Chapman y Gravin, 1993; Lazarus y Folkman, 1969), el soporte emocional como elemento facilitador del bienestar de las personas mayores en situación de final de vida irá encaminado a, por una parte, disminuir la amenaza generada por las diferentes situaciones que tienen que afrontar el paciente y su familia, y por otra, a encontrar y facilitar recursos de afrontamiento. Un instrumento fundamental, tanto para la intervención del psicólogo en el ámbito paliativo como para la necesaria provisión de soporte emocional por parte de todo el equipo terapéutico es el counselling.

El counselling es el instrumento de elección en la comunicación del profesional con el enfermo y sus familiares, proporcionando las bases para el manejo de respuestas emocionales (Arranz et al, 2003).

El counselling hace referencia al uso de los principios de comunicación con el fin de desarrollar el autoconocimiento, la aceptación, el crecimiento emocional y los recursos personales, siendo la labor del profesional la de

facilitar la tarea del paciente, respetando sus valores, sus recursos personales y su capacidad de determinación. Se basa fundamentalmente en habilidades sociales, técnicas de autocontrol y estrategias de resolución de problemas, siendo la empatía uno de sus elementos más importantes.

Cómo señalan Arranz et al (2000) consiste en hacer reflexionar a una persona, mediante preguntas para que tome sus propias decisiones. Además, permite (Barreto, Arranz y Molero, 1997): valorar necesidades de información (qué información posee el paciente mayor respecto a su situación clínica, qué quiere saber...); valorar necesidades emocionales (cuáles son las principales preocupaciones, ayudar a definir las y priorizarlas); identificar estrategias de afrontamiento que utiliza (búsqueda activa, pasividad, indefensión, negación) y recursos que posee (estrategias y modos con los que ha afrontado situaciones difíciles con anterioridad); reconocer redes de apoyo (soporte social y familiar); valorar preocupaciones, respuestas emocionales, sensación de control, así como problemática psicopatológica; conocer acontecimientos críticos de la historia personal (por ejemplo, para el nivel de aversividad acumulada conocer la presencia de duelos recientes); promover la expresión emocional; acompañar al paciente y sus familiares; reforzar conductas adaptativas y fomentar estilos de afrontamiento positivo; obtener cambios cognitivos y conductuales más estables que los obtenidos mediante la simple información, ya que es el propio sujeto el que se da respuestas a sí mismo.

Podríamos decir por tanto, que el counselling permite identificar preocupaciones, necesidades y problemas de un modo específico, lo cual es fundamental para

tranquilizar y facilitar los recursos pertinentes. Proporciona información imprescindible para la intervención, y esto, a su vez, posibilita reforzar y facilitar recursos ya existentes y distinguir entre reacciones normales y patológicas. Ofrece información relevante para el manejo de emociones como temor, rabia, ansiedad, depresión, dependencia, negación, etc.

Los pasos que, en términos generales, pueden ayudar en la provisión de soporte emocional al paciente mayor y sus familiares son (Arranz et al, 2003):

- Reconocimiento por parte del profesional de las propias emociones y reconducción en función de los objetivos de adaptación del paciente y su familia a la situación en la que se encuentran. Querriamos reseñar en este punto la importancia de las habilidades de autorregulación puesto que van a permitir lo que es una premisa de la utilización del counselling: la comunicación con objetivos. Esto quiere decir que en las interacciones profesionales nuestra comunicación debe guiarse por los objetivos concretos de la intervención que estemos llevando a cabo y por los objetivos más amplios en los que nos situemos (principalmente proporcionar soporte emocional y favorecer adaptación a la situación en la que se encuentran). Cualquier lector o lectora estará de acuerdo con esto, aunque con toda probabilidad también estará de acuerdo con que, muy a menudo, la comunicación con objetivos se ve dificultada por las emociones (ansiedad, irritabilidad, miedo...), sensaciones (de impotencia, de culpa...) incluso hábitos (modos habituales de interaccionar con pacientes y familiares) que pueden hacer que se

reaccione a lo que pasa más que actuar en base a unos objetivos definidos.

- Entender y contener las reacciones emocionales de los pacientes. Aceptar y respetar sus reacciones emocionales, facilitar su expresión, responder de forma empática... son algunos de los componentes primordiales del soporte emocional. El objetivo último es identificar la emoción que expresa el paciente y explorar qué es lo que la ha suscitado para que sea útil para la solución de problemas y el afrontamiento.
- Ayudar al paciente a entender lo que suscita la emoción y la preocupación que hay a la base. En este sentido es especialmente importante la normalización de las respuestas emocionales y el “acompañamiento empático” de las mismas. En ocasiones, cuando entendemos que a través de la información y la reflexión podemos dar nuevas perspectivas de los problemas o las decisiones que hay que tomar, podemos confrontar las emociones de los pacientes y los significados que le atribuyen. Es de suma importancia que esto se realice desde la empatía y la acogida para que no se reciba como una agresión que mine el vínculo terapéutico.
- Ayudar al paciente mayor a explorar los recursos disponibles para el afrontamiento, a ver cuáles son las estrategias adaptativas que pueden reducir la sensación de amenaza que le genera la situación que está viviendo.
- Identificar y reforzar los apoyos familiares y sociales de su entorno.
- Realizar intervenciones más específicas ante las posibles dificultades que pue-

dan surgir (p.e. estados de ánimo ansiosos o depresivos).

Promoción de salud

La promoción de salud en las personas mayores es adecuada tanto para aquellas que no padecen síntomas de ninguna enfermedad conocida, como para las que padecen algún problema de salud y otros cambios asociados al envejecimiento. Los mismos factores (estilo de vida, ambiente, disponibilidad de servicios de salud...) influyen en la salud física y en las manifestaciones morfológicas y funcionales del envejecimiento, así como en la progresión de las alteraciones existentes (Montoro y Carrolles, 1999).

Los efectos protectores del apoyo social en relación con el riesgo de mortalidad, la salud mental y física, así como para una mejor recuperación de la enfermedad están ampliamente documentados. Del mismo modo, existen datos que relacionan las interacciones sociales críticas y exigentes con efectos negativos para la salud incluyendo entre otros, mayor riesgo de depresión y angina de pecho (Seeman, 2000). También diferentes factores relacionados con la salud y el estilo de vida pueden influir en la probabilidad de padecer demencia (tensión arterial, diabetes, dieta, ejercicio físico, actividad cognitiva y social, estado de ánimo...), así como tener una repercusión clara en el estado de salud global (Middleton y Yaffe, 2009).

En la intervención que se realice con personas mayores al final de la vida también es necesario ocuparse del fomento de comportamientos de salud; de esta manera nos alejaremos del nihilismo terapéutico que en muchas ocasiones se produce en la atención al paciente mayor, disminuyendo

sufrimiento y evitando posibles complicaciones de salud. En este sentido, recogemos las indicaciones propuestas por Montoro y Carrobles (1999) respecto a cómo fomentar el cambio o cómo introducir nuevos hábitos relacionados con la salud:

- Fomentar la motivación del paciente mayor respecto a las prácticas de salud. Como ya expusimos anteriormente el counselling es una herramienta fundamental para la promoción del cambio y para la toma de decisiones. Igualmente nos puede ayudar el poner de relieve los beneficios secundarios de determinadas prácticas más allá de su impacto directo sobre la salud (por ejemplo, pasear no sólo por realizar ejercicio sino también para relacionarse con otras personas).
- Entrenar para el aprendizaje del hábito. La mera transmisión de información no garantiza la realización de determinadas rutinas saludables. Además de la ya señalada importancia de la motivación, el “saber cómo hacer” es imprescindible para la puesta en práctica de actividades. La modificación de conducta nos aporta diferentes técnicas de suma utilidad para el aprendizaje (modelado, imitación, encadenamiento, refuerzo...).
- Utilizar redes de apoyo para mantener el aprendizaje o realizar modificaciones ambientales que reduzcan el esfuerzo necesario para su mantenimiento.
- Prevenir recaídas o abandono y fomentar del mantenimiento a largo plazo. Puede ayudar la revisión de lo trabajado con el paciente mayor, reflexionar con él sobre qué ayuda más, qué le resulta más complicado, repasar qué ha-

cer ante dificultades, programación de seguimientos...

Atención al deterioro cognitivo

La alta prevalencia de deterioro cognitivo en el paciente anciano que se encuentra en el final de la vida está relacionada con diferentes factores. Por un lado la alta incidencia de delirium o cuadro confusional agudo, y por otra parte, la presencia de enfermedades asociadas a la edad que cursan con deterioro cognitivo, como por ejemplo las demencias.

El cuadro confusional agudo, siguiendo los criterios del DSM-IV-TR se caracteriza por la alteración de la conciencia con reducción de la capacidad de focalizar, mantener o cambiar la atención; cambios en funciones cognoscitivas (memoria, desorientación, lenguaje) o perceptivas que no se explica por una demencia previa o en desarrollo; inicio agudo y tendencia a la fluctuación; demostración por historia, exploración física y pruebas de laboratorio de que la alteración es efecto fisiológico directo de enfermedad médica, intoxicación o abstinencia de sustancias o múltiples etiologías. Su incidencia es elevada pues llega a ser de hasta un 26%-44% en los pacientes con cáncer terminal que ingresan en un centro asistencial (Minagawa, 1996). Además, aumenta de forma considerable hasta un 83%-86% en situación de últimos días (según Gagnon et al, 2000), con el deterioro de la condición general del enfermo y es mayor cuanto más terminal es la situación del paciente.

Su detección precoz es de vital importancia tanto por la posibilidad de reversibilidad en muchos casos como por ser un factor independiente de mal pronóstico a corto plazo, dificultar la evaluación de dolor y otros síntomas y causar importante distrés en el pa-

ciente, la familia y los cuidadores (Lawlor, Gagnon, Mancini, Pereira, Hanson, Suarez-Almanzor y Bruera, 2000; Caraceni, Nanni, Maltoni, Piva, Indelli, Arnoldi, Monti, Montanari, Amadori y De Conno, 2000; Bruera, Miller, Kuehn, MacEachern y Hanson, 1992).

La intervención del psicólogo clínico irá encaminada a colaborar en la detección precoz y en el diagnóstico diferencial con otras patologías que cursan con deterioro cognitivo, a la prevención de su aparición incidiendo en sus desencadenantes ambientales y a la intervención no farmacológica (modificación ambiental y conductual, soporte y asesoramiento a familiares y cuidadores en manejo conductual y comunicación...).

En relación con las enfermedades que cursan con deterioro cognitivo y que pueden estar presentes al final de la vida, ya hemos hecho referencia al trabajo de Kristjanson, Toye y Dawson (2003) en el que se señala la importancia de realizar una aproximación paliativa en el tratamiento de las enfermedades neurodegenerativas desde el momento del diagnóstico. Entendemos que el psicólogo clínico tiene un papel fundamental en este tipo de situaciones. Una adecuada valoración neuropsicológica puede ayudar, especialmente al inicio de la enfermedad, a su diagnóstico mediante la descripción de la intensidad, perfil y extensión del deterioro cognitivo. Esto será especialmente útil con pacientes con un niveles cognitivos previos muy altos o muy bajos o con aquellos cuadros con presentación atípica, en los que los test de screening cognitivo nos dan una información menos fiable (Gracey y Morris, 2007). La intervención psicológica irá dirigida a maximizar el funcionamiento del paciente en su entorno

mediante estimulación cognitiva y rutinas de actividades de la vida diaria adecuadas a las necesidades del paciente y su entorno. También es especialmente relevante la información, asesoramiento y soporte a los familiares y allegados.

Atención a las psicopatologías

Las propuestas de intervención psicológica al final de la vida recogidas por la literatura provienen mayoritariamente del campo de la psicooncología (Font, 2003), ámbito en el que también se centran la mayoría de los estudios en relación con las necesidades psicológicas de pacientes y familiares (Holland, 1998; Baum, Thompson y Stollings, 2001; Barreto y Martínez, 2003). Como hemos señalado en trabajos anteriores (Barreto, Saavedra, Díaz, Vázquez y Yi, 2009; Saavedra, 2005; Saavedra y Barreto 2008), entendemos que las intervenciones psicológicas deben necesariamente situarse en el contexto del trabajo interdisciplinar, y atender a las características específicas del paciente anciano con patología diferente a la oncológica, que como señalan diferentes autores (Gómez, 2003; Ruipérez, 2000; Verdú, 2000; Ribera, Castillo, Romero et al, 1998; Barreto y Martínez, 2000; Bayés, 2001) serían, entre otras: presentación atípica de la enfermedad, presencia habitual de pluripatología y polifarmacia, existencia de problemas de salud no declarados por ser considerados normales, actitud específica ante la incapacidad y la muerte, así como colaboración diferente en los tratamientos.

Aunque el lector interesado puede recurrir a numerosas fuentes en relación con tratamientos de demostrada eficacia para la intervención psicológica en las psicopatologías más frecuentes en final de vida (depresión, ansiedad y trastornos adaptativos)

(véase por ejemplo Pérez et al, 2003; Labrador, 2008), nosotras hemos presentado en trabajos anteriores (Saavedra, 2005; Saavedra y Barreto, 2008; Barreto, et al, 2009) un paquete de intervención con el cual hemos demostrado que logramos disminuir la sintomatología de ansiedad y depresión, a la vez que aumentamos la sensación de bienestar global del paciente anciano hospitalizado. En esta propuesta de intervención se incluye, además del counselling como marco general en el que encuadrar nuestras intervenciones, y con los objetivos ya expuestos en este trabajo, las técnicas de reestructuración cognitiva (que facilitaron el abordaje de respuestas ansiosas y depresivas, tanto de las que forman parte del proceso de adaptación del paciente como de aquellas que podrían ser consideradas parte de un trastorno psicológico concreto), técnicas de relajación (haciendo hincapié como diferentes autores sugieren (Breitbart, Jaramillo y Chochinov, 1999; Breitbart, 1994) en la utilización de procedimientos que no implican un esfuerzo físico y pueden provocar malestar a pacientes con gran debilidad y deterioro), el refuerzo diferencial (para ayudarnos a romper la asociación de quejas o llanto excesivo con la recepción de ayuda), el control de estímulos y la programación ambiental (para la disminución de la deprivación estimular y la promoción de entornos terapéuticos no depresógenos), el entrenamiento en solución de problemas tanto personales como interpersonales, la programación de actividades placenteras (que ayudan a disminuir los pensamientos reiterativos y son una fuente de gratificación para el paciente), así como la detención de pensamiento y autoinstrucciones (para entrenar al paciente a manejar su diálogo interno y detener pensamientos reiterativos hacia conclusiones catastrofistas que

se generan automáticamente). Actualmente se están incorporando con éxito algunas de las terapias de tercera generación como el *Mindfulness*, aunque los datos sobre su eficacia aún son preliminares.

Entendemos que la individualización de la intervención en función de las necesidades del paciente y su priorización de las mismas en cada momento temporal es fundamental (Arranz et al, 2003).

Agonía

Aunque el momento concreto en el que morirá el paciente anciano es difícil de predecir, las últimas semanas o días pueden ser especialmente complicados para él y para su entorno. En muchas ocasiones es la parte final de un largo proceso de enfermedad, con recaídas y recuperaciones, que puede hacer que tanto el paciente como sus allegados estén agotados emocionalmente. El objetivo del psicólogo, compartido con el resto del equipo terapéutico en estas situaciones es (Aparicio et al, 2010) ayudar al paciente y a su familia a aumentar la capacidad de afrontamiento ante las situaciones que se pueden presentar: anticipando posibles signos de que el final se acerca, dando información de qué pueden hacer, mostrando disponibilidad, facilitando el contacto con diferentes profesionales y recursos en caso de necesitar ayuda. El respeto al proceso único que están viviendo tanto el paciente anciano como las personas que le rodean se hace aún más importante, pero esto no debe mermar la disponibilidad de soporte y ayuda por parte de los profesionales.

Apoyo a la familia

Aunque los contenidos de la intervención con las familias del paciente anciano exce-

den los objetivos de este trabajo, no queríamos concluir sin reseñar la importancia del cuidado al entorno cercano del paciente tanto por las múltiples repercusiones que el proceso de enfermedad (y los cambios y reestructuraciones que supone en el ámbito familiar) tienen para ellos, como por la interacción con el bienestar del paciente.

Dicha intervención consideramos positivo que incluya, al menos (Arranz et al, 2003): fomentar el sentido de autoeficacia durante el proceso de enfermedad y en los últimos días, lo cual, además de disminuir el malestar emocional tiene una relación clara con la prevención del duelo patológico; favorecer la habilidad para pensar en términos constructivos, mediante, entre otras, las técnicas de solución de problemas y de toma de decisiones; establecimiento de comunicación adecuada para evitar la conspiración de silencio y otras dificultades que ocasionan aislamiento y malestar, tanto para el paciente como para la familia; fomento de la expresión emocional y soporte; detección de posibles patologías y derivación con el fin de garantizar su cuidado; reforzar vínculos de la familia con sistemas de apoyo social; prevención y atención al duelo, incluyendo seguimientos tras el fallecimiento del paciente.

Conclusión final

La atención específica y diferencial a las necesidades de las personas es imprescindible a lo largo de todas las etapas vitales y por tanto también en la etapa final.

El soporte emocional, la promoción de salud que incluya tanto la motivación como el aprendizaje, la atención al deterioro cognitivo y a las posibles psicopatologías, son fundamentales en este sentido.

Ha de enfatizarse también la necesidad de la continuidad de los cuidados a lo largo de todo el proceso de fin de vida, acompañando humana y profesionalmente a la persona hasta el momento de la agonía y durante el mismo.

Finalmente se ha de hacer una consideración especial al papel de la familia como soporte afectivo y logístico básico. El apoyo en los cuidados y el intercambio afectivo resultan cruciales tanto para el bienestar de la persona que finaliza la vida como para el posterior desarrollo adaptativo del proceso de duelo.

Referencias

- Aparicio, B., Baydal, R., Costa, P., Navarro., Saavedra, G. (2010). *Información al paciente: el cuidado de las personas con enfermedad avanzada. Sugerencias y orientaciones*. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P., Bayés, R. (2003) *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Arranz, P., Costa, M., Bayés, R. Cancio, H., Magallón, M., y Hernández F. (2000) *El apoyo emocional en hemofilia* (2ª ed). Madrid: Aventis Behring.
- Baum, A., Thompson, D., Stollings, S., Garofalo, J. P., y Redinbaugh, E. (2001). Psychological and psychiatric practice in oncology populations. En J. Milgrom & G.D. Burrows (Eds). *Psychology and psychiatry: integrating medical practice* (pp. 155-181). New York: John Wiley and Sons.
- Barreto, P., Arranz, P. y Molero, M. (1997). Counselling, instrumento fundamental en la relación de ayuda. En: MC. Martorell MC y R. Gonzalez (eds). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- Barreto, M.P. y Martínez E. (2000). Cuidados paliativos. En R. Fernández (Eds) *Gerontología Social* (pp. 581-596). Madrid: Pirámide.
- Barreto, M.P. y Martínez, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en enfermos terminales. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II* (pp. 243-252). Madrid: Pirámide.
- Barreto P, Saavedra G, Díaz JL, Vázquez N y Yi P. Saavedra G, Díaz JL, Vázquez N y Yi P. (2009) *Intervención Psi-*

- cológica en el Final de la Vida. FOCAD. Colegio Oficial de Psicólogos; ISSN 1989- 3906.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Breitbart, W., Jaramillo, J., Chochinov, H. (1999). Palliative and terminal care. En J.C. Holland (Eds). *Psycho-oncology* (pp. 437-449). New York : Oxford University Press.
- Breitbart, W. (1994). Psycho-oncology: depression, anxiety delirium. *Seminars in oncology*, 24: 754-769.
- Bruera E, Miller MJ, Kuehn N, MacEachern T, Hanson J. (1992). Estimate of survival of patients admitted to a palliative care unit: a prospective study. *Journal of Pain Symptom Manage*, 7 (2): 82-86.
- Butler, R.N., Burt, R., Foley, K.M, Morris J, Morrison RS. (1996) Palliative medicine: providing care when cure is not possible. A roundtable discussion: part 1. *Geriatrics*, 51 (5): 33- 44.
- Caraceni, A., Nanni, O., Maltoni, M., Piva, L., Indelli, M., Arnoldi, E., Monti, M., Montanari, L., Amadori, D., y De Conno, F. (2000). Impact of delirium on the short term prognosis of advanced cancer patients. Italian Multicenter Study Group On Palliative Care. *Cancer*, Sep 1; 89; (5): 1145-1149.
- Chapman CR, Gravin J. (1993). Suffering and its relationship to pain. *J Palliat Care*; 9 (2): 5-13
- Doyle, D., Hanks, G., y MacDonald, N. (1993) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Font, A. (2003) Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández, e I. Amigo (Eds.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II* (pp. 57-92). Madrid: Pirámide.
- Gagnon, P., Allard, P., Mâsse, B., y DeSerres, M. (2000) Delirium in terminal cancer: a prospective study using daily screening, early diagnosis, and continuous monitoring. *Journal of Pain Symptom Manage*, 19(6):412-26.
- Gómez, J. (2003). El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud. Madrid: Instituto Salud pública.
- Gracey, D.,J. y Morris, R.G. (2007). Neuropsychological assessment in dementia. *Psychiatry*, 6 (12) , 498-502.
- Holland, J.C. (1998). *Psycho-oncology*. New York : Oxford University Press.
- Kristjanson, L.J., Toye, C., Dawson, S. (2003). New dimensions in palliative care: a palliative approach to neurodegenerative diseases an final illness in older people. *Medical Journal of Australia*, 179(6): S41-3.
- Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson H, Suarez-Almanzor ME, Bruera E. (2000) Occurrence, causes outcome of delirium in advanced cancer patients; a prospective study. *Arch Intern Med*, 160:786-794
- Labrador, F.J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lazarus RS y Folkman S (1969). Stress, appraisal and coping. Springer Publishing Company, Inc. Nueva York.
- Middleton, L.E. y Yaffe, K (2009) Promising Strategies for the Prevention of Dementia Strategies for the Prevention of Dementia. *Arch Neurol*, 66(10): 1210-1215.
- Minagawa H et al. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study (1996). *Cancer*, 78(5):1131-7
- Montoro, I. y Carrobbles, J.A. (2009). Comportamiento y salud. Promoción de la salud. En I Montoro y M Izal (eds): *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Organización Mundial de la Salud. (1987). *Alivio del dolor en cáncer*. Ginebra: OMS.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. Y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Ragan, S.L., Wittenberg, E. y Hall, H.T., (2003) The communication of palliative care for the elderly cancer patient. *Health Communication*, 15 (2): 219-26.
- Ribera, J.M., Castillo, J.R., Romero, M., Serrano, J.S. (1998) *La terapéutica farmacológica en geriatría*. Madrid: San-do.
- Rousseau, P. (1995) Hospice and palliative care. *Disease-a-month*, 41 (12): 779-842.
- Ruipérez, I. (2000) Escalas de valoración en contexto geriátrico. En R. Fernández (Eds). *Gerontología Social* (pp. 381-399). Madrid: Pirámide.
- Ryan DP, Carson MG y Zorzitto ML (1989). The first international conference on the palliative care of the elderly: an overview. *Journal of Palliative Care*, 5 (4): 39-42.
- Saavedra, G. (2005). *Intervención psicológica en el anciano frágil al final de la vida*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia. Documento sin publicar.
- Saavedra, G. y Barreto MP (2008). Eficacia de la intervención psicológica en el anciano frágil. *Medicina Paliativa*, 15, Suppl 1, 89.
- Seeman, T.E. (2000). Health Promoting Effects of Friends and Family on Health Outcomes in Older Adults. *American Journal fo Health Promotion*, 14 (6), 362-370.
- Sepúlveda, D. y Jiménez, C. (1999) Cuidados paliativos en unidades geriátricas de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 34 (2): 5-12.
- Verdú, L. (2000) Tratamiento farmacológico en el paciente geriátrico. *Boletín Farmacoterapéutico Valenciano*, 6 (1): 25-28.

Fecha de recepción: 14/06/2012
Fecha de aceptación: 30/10/2012