

ANEXOS

ANEXO 1: La situación actual de los CP en Aragón

Atención Primaria

- Equipos de Atención Primaria (EAP): Prestan los cuidados ambulatorios y domiciliarios requeridos en fase de mantenimiento y agudización a través de su cartera de servicios. Actúan también de gestores de casos y deben realizar el seguimiento del paciente cuando éste es trasladado a otro dispositivo.

- Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD): Apoyan al EAP en la prestación de los cuidados domiciliarios requeridos por estos pacientes. Su relación con el EAP correspondiente debe ser fluida y constante, para garantizar los cuidados necesarios, siendo la responsabilidad última del enfermo del médico asignado dentro del EAP.

Dispositivo: 1 ESAD/Sector

Recursos Humanos del ESAD:

1 Médico por equipo: 2 en sectores sanitarios con más de 200 000 habitantes

1 Enfermero por equipo: 2 en sectores sanitarios con más de 200 000 habitantes

1 Auxiliar Administrativo / ESAD

Servicio "061-Aragón"

- Servicio de "061-Aragón": Presta cuidados a través del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) a los pacientes que requieran cuidados paliativos fuera del horario de Atención Continuada de su Centro de Salud en el ámbito territorial del municipio de Zaragoza. También ofrece asesoramiento sanitario a través del Centro Coordinador de Urgencias e interviene en el traslado del paciente cuando estos precisan transporte sanitario.

Atención Especializada

- Los Hospitales Generales realizan su actividad asistencial a través de la cartera de servicios general para las fases graves de agudización del enfermo con enfermedad avanzada o terminal o por proceso concurrente, incluyendo los cuidados paliativos que precisen estos pacientes.

-Hospitales Generales con UCP :

Plan de Cuidados Estandarizado en Cuidados Paliativos del Anciano Terminal: Aspecto Emocional.

Autor: Forgaci A. Tutor: Becerril Ramírez N.

1 UCP Sector Zaragoza II

1 UCP Sector Zaragoza III

- Camas:

Sector Zaragoza II: 10 a 13 camas

Sector Zaragoza III: 6 a 9 camas

-Camas habilitadas en Hospitales Generales sin UCP

Sector Zaragoza I: 5 - 6 camas

Sector Huesca: 3 - 4 camas — Sector Barbastro: 3 - 4 camas

Sector Teruel: 2 - 3 camas

Sector Alcañiz: 2 - 3 camas

Sector Calatayud: 1 - 2 camas

- Los Hospitales de Convalecencia llevan a cabo la atención y cuidados a los pacientes necesitados de cuidados paliativos con internamiento que no supongan una alta complejidad o el empleo de tecnología propia de un hospital general.

Hospital San José de Teruel: 6 camas

Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca: 4 camas

Fuente:

Informe de la situación actual en Cuidados Paliativos. Asociación Española Contra el Cáncer.2014.

Consultado el 3 de mayo 2016, en

https://www.aecc.es/Investigacion/observatoriodelcancer/Estudiosrealizados/Documents/Informe_SituacionActualCuidadosPaliativos.pdf

Plan de Cuidados Estandarizado en Cuidados Paliativos del Anciano Terminal: Aspecto Emocional.

Autor: Forgaci A. Tutor: Becerril Ramírez N.

ANEXO 2: Definiciones de la enfermedad terminal, paciente terminal y CP.

Enfermedad terminal

La enfermedad terminal está definida por la OMS como una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, con escasa capacidad de respuesta al tratamiento curativo, gran impacto emocional y familiar y un pronóstico limitado de vida.

Paciente terminal

Según la OMS, es aquel que padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, falta de respuesta al tratamiento específico, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes, gran impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, con un pronóstico de vida limitado.

Cuidados paliativos

La OMS define el CP 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 y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.”

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define los CP como: “Los cuidados paliativos son la atención integral, individualizada y continuada de personas y sus familiares con una enfermedad avanzada, progresiva o terminal, que tiene síntomas múltiples, multifactoriales, y cambiantes, con alto impacto emocional, social, y espiritual y alta necesidad y demanda de atención. Estas necesidades deben ser atendidas de manera competente con los objetivos de mejora del confort y la calidad de vida, definida por enfermos y familiares, y de acuerdo con sus valores, preferencias y creencias.”

Fuente:

-Guía de cuidados paliativos. SECPAL. 2014. Disponible en www.secpal.com

-Protocolo y guía de intervención psicológica con pacientes terminales: Una aproximación desde los servicios sociales comunitarios del medio rural. Instituto Provincial de Bienestar Social Diputación de Córdoba. Octubre 2009.

Plan de Cuidados Estandarizado en Cuidados Paliativos del Anciano Terminal: Aspecto Emocional.

Autor: Forgaci A. Tutor: Becerril Ramírez N.

ANEXO 3: Leyes y derechos del enfermo terminal

NORMATIVA DE ÁMBITO ESTATAL

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución. En esta ley se da creación al Sistema Nacional de Salud y se contempla la atención a la salud de una manera integral y con altos niveles de calidad.

- La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (B.O.E. 274, 15 de noviembre de 2002). En ella se define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud. Esta ley contempla la atención paliativa a enfermos terminales comprendida, de forma expresa, entre las prestaciones de atención primaria y especializada. En el primero de los casos con el nivel básico de atención que garantiza la continuidad y globalidad de la misma, actuando como gestor de casos y regulador de flujos.

-La ley 5/2003, de 9 de Octubre, de Declaración vital anticipada, sobre el derecho a morir dignamente y sobre la autonomía de los pacientes para poder decidir, en situaciones límite, sobre el destino de su propia vida y sobre los tratamientos de soporte vital que les deben o no ser aplicados.

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Fuente:

- Protocolo y guía de intervención psicológica con pacientes terminales: Una aproximación desde los servicios sociales comunitarios del medio rural. Instituto Provincial de Bienestar Social Diputación de Córdoba. Octubre 2009

- Unidad de Cuidados Paliativos: Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política social. Informes, estudios e investigación 2009. Madrid

Plan de Cuidados Estandarizado en Cuidados Paliativos del Anciano Terminal: Aspecto Emocional.

Autor: Forgaci A. Tutor: Becerril Ramírez N.

Artículos de la Ley de Autonomía del Paciente relativos a la información.

-El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

-Cuando el paciente, según el criterio del profesional que le asiste, carezca de capacidad para entenderla información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

-El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica.

-Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada

Fuente:

- Protocolo y guía de intervención psicológica con pacientes terminales: Una aproximación desde los servicios sociales comunitarios del medio rural. Instituto Provincial de Bienestar Social Diputación de Córdoba. Octubre 2009

- Unidad de Cuidados Paliativos: Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política social. Informes, estudios e investigación 2009. Madrid

Plan de Cuidados Estandarizado en Cuidados Paliativos del Anciano Terminal: Aspecto Emocional.

Autor: Forgaci A. Tutor: Becerril Ramírez N.

ANEXO 4: Los criterios de admisión a la UCP de agudos de Edmonton:

- que sufran una enfermedad avanzada y el enfoque de la asistencia sea hacia el confort, no la curación, y la mejora de la calidad de vida;
- que requiera asistencia activa para aliviar síntomas graves relacionados con necesidades físicas, psicológicas o espirituales;
- que el manejo clínico de los síntomas no haya sido eficaz en otros ámbitos y requiera una asistencia intensiva;
- que la estancia media estimada sea de aproximadamente 2 semanas;
- que tenga más de 18 años de edad;
- que tenga el estatus de no-resucitación
- Otros criterios de inclusión son:
 - últimos días: situación del paciente que presenta marcado declinar funcional, alteración en los signos vitales, previsión de muerte en horas o días e irreversibilidad de la situación
 - elegibilidad de servicio: situación del paciente con pronóstico de vida inferior a 6 meses y que elige el tratamiento paliativo, renunciando al curativo
 - gravedad: en relación con una enfermedad y/o con marcadores de gravedad global (fragilidad importante, deterioro funcional y/o cognitivo, gravedad de síntomas)
 - progresión: implica evolución temporal de la situación del paciente.

Fuente:

-Unidad de Cuidados Paliativos: Estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política social. Informes, estudios e investigación 2009. Madrid.

ANEXO 5: Escalas de valoración

Escala de depresión geriátrica de Yasevage (GDS-VE)

1. ¿En general, está satisfecho con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No

Interpretación: cada ítem en negrita suma un punto

0-5 normal

6-9 depresión leve

>10 depresión establecida

Fuente: Martínez J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam. 2002;12 (10):620-630.

Plan de Cuidados Estandarizado en Cuidados Paliativos del Anciano Terminal: Aspecto Emocional.

Autor: Forgaci A. Tutor: Becerril Ramírez N.

Escala Hamilton para valoración de la depresión (HDRS).

ítem	Valoración
1. Estado de ánimo deprimido (Sensación de tristeza, desesperanza, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Expresa estas sensaciones solamente al ser preguntado 2. Expresa estas sensaciones espontáneamente de manera verbal 3. Expresa estas sensaciones de manera no verbal (p. ej., por medio de la expresión facial, la postura, la tendencia al llanto) 4. Expresa estas sensaciones de manera verbal y no verbal, de forma espontánea
2. Sentimiento de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, siente que ha decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad o culpabilidad por errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o tiene alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Piensa que no vale la pena vivir la vida 2. Desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de quitarse la vida 3. Piensa o amenaza con la manera de suicidarse 4. Intentos de suicidio (cualquier intento de suicidio se clasifica en 4)
4. Insomnio al principio de la noche	0. Ausente. No tiene dificultad para dormirse 1. Se queja de que le cuesta dormirse algunas veces (por ejemplo, tarda más de media hora en dormirse) 2. Se queja de que le cuesta dormirse siempre (todas las noche)
5. Insomnio durante la mitad de la noche	0. Ausente 1. Se queja de que está inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche (si se levanta de la cama por cualquier razón se puntúa en 2, excepto si va al servicio)
6. Insomnio al final de la noche	0. Ausente 1. Se despierta a primera hora de la madrugada pero se vuelve a dormir 2. Es incapaz de volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades	<p>0. No tiene dificultad</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, trabajo o aficiones (directamente expresado por el paciente o indirectamente deducido por su desatención, indecisión y vacilación; siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades)</p> <p>3. Acortamiento del tiempo dedicado a actividades o disminución de la productividad</p> <p>4. Dejó de trabajar por la enfermedad actual</p>
8. Inhibición (Lentitud de pensamiento y de lenguaje; pérdida de la capacidad de concentración, disminución de la actividad motora)	<p>0. Habla y piensa normalmente</p> <p>1. Ligera inhibición durante la entrevista</p> <p>2. Evidente inhibición durante la entrevista</p> <p>3. Entrevista larga y difícil</p> <p>4. Estupor (no habla ni piensa). Entrevista imposible</p>
9. Agitación	<p>0. Ausente</p> <p>1. No puede estar quieto</p> <p>2. Juega con sus manos, cabello, etc.</p> <p>3. Cambia constantemente de posición, no puede estar sentado</p> <p>4. Se frota las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. Ausente</p> <p>1. Tensión subjetiva, irritabilidad</p> <p>2. Preocupación por cosas sin importancia</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la cara y el lenguaje</p> <p>4. Expresa temores espontáneamente sin ser preguntado</p>
11. Ansiedad somática	<p>Signos fisiológicos concomitantes con la ansiedad, tales como:</p> <p>gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos);</p> <p>cardiovasculares (palpitaciones, cefalalgias);</p> <p>respiratorios (hiperventilación, suspiros);</p> <p>frecuencia urinaria;</p> <p>sudoración</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que le insistan. Sensación de pesadez abdominal 2. Dificultad para comer si no se le insiste. Solicita o requiere laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Sensación de pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma somático bien definido se puntúa 2
14. Síntomas genitales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Leve 2. Grave
15. Hipocondría	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Está preocupado por las funciones corporales y por síntomas orgánicos 2. Está muy preocupado porque piensa que tiene una enfermedad orgánica 3. Está convencido de que tiene una enfermedad orgánica. Solicita ayuda, exploraciones, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríaca
16. Conciencia de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> 0. Reconoce que está deprimido y enfermo 1. Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas, como la mala alimentación, el clima, el exceso de trabajo, un virus, la necesidad de descanso, etc. 2. Niega que está enfermo
17. Pérdida de peso (Completar A en la primera evaluación y B en las siguientes)	<ul style="list-style-type: none"> A: 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso conocida y expresada por el paciente B: 0. No hay pérdida de peso o pérdida de peso inferior a 500 g en una semana

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de peso superior a 500 g en la semana anterior 2. Pérdida de peso superior a 1 kg en la semana anterior
18. Variación diurna	<p>A: Anotar si los síntomas empeoran por la mañana o por la tarde. Si no hay variación durante el día marque «ninguna»</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Peor por la mañana 2. Peor por la tarde <p>B: Cuando haya variación, puntúe su intensidad. Marque «ninguna» si no hay variación</p>
19. Despersonalización y desrealización (tales como sensación de irrealidad, ideas nihilistas)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante
20. Síntomas paranoides	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Suspica 2. Ideas de referencia 3. Delirios de referencia y persecución 4. Alucinaciones
21. Síntomas obsesivos y compulsivos	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausentes 1. Leves 2. Graves

Interpretación:

No depresión: 0-7

Depresión leve: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión grave: 19-22

Depresión muy grave: >23

Fuente: Bobes J, Bulbena Vilarrasa A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N, et al. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Med Clin (Barc)2003; 120(18):693-700.

Plan de Cuidados Estandarizado en Cuidados Paliativos del Anciano Terminal: Aspecto Emocional.

Autor: Forgaci A. Tutor: Becerril Ramírez N.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD				
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, cruji de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de	0	1	2	3

estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.				
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3

Interpretación: no existen puntos de corte, a mayor puntuación, mayor intensidad de la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

ANEXO 6: Protocolo para dar malas noticias-EPICEE (entorno, percepción, invitación, comunicar, empatía, estrategia), de (Rodríguez, 2005).

<p>Entorno. Primera etapa: Preparar el contexto físico más adecuado</p>	<p>¿Cómo se encuentra hoy?, ¿Qué tal, cómo se siente?, ¿Se siente hoy lo suficientemente bien para hablar un rato? (se elegirá una de estas preguntas o alguna similar).</p>
<p>Percepción del Paciente. Segunda etapa: Averiguar cuánto sabe el paciente: podemos obtener información del paciente acerca de su impresión sobre su problema, características del paciente y estado emocional en relación a su proceso</p>	<p>¿Qué piensa usted sobre este problema, su dolor en el pecho, su tos, etc.? ¿Qué le han dicho sobre su enfermedad? ¿A qué cree que puede ser debido su problema? ¿Cómo ve usted esto de grave? ¿Y usted por qué cree que le han hecho todas estas pruebas? ¿Y qué es exactamente lo que le tiene preocupado? ¿Está usted preocupado por...? ¿Hay alguna cosa que le preocupe? ¿Qué planes tiene usted con respecto a su futuro?</p>
<p>Invitación. Tercera etapa: Encontrar lo que el paciente quiere saber</p>	<p><i>¿Le gustaría que yo le explicara todos los detalles del diagnóstico? ¿Es usted del tipo de personas que le gustaría conocer todos los detalles del diagnóstico o preferiría sólo conocer el tratamiento a seguir?</i> <i>¿Cuánto le gustaría saber sobre su problema de salud?</i> <i>¿Le gustaría que le explicara todos los detalles sobre su problema o hay alguien más a quien le gustaría que se lo contara?</i></p>
<p>Conocimiento. Cuarta etapa: Compartir la información</p>	<p>A partir de aquí empezaremos a abordar elementos del diagnóstico, tratamiento, pronóstico o apoyo del paciente en</p>

	función de las necesidades.
Empatía. Quinta etapa: Responder a los sentimientos del paciente	<p>Como elementos importantes hay que destacar aquí el papel de los silencios, la empatía no verbal y la escucha y el respeto al paciente.</p> <p>Un sencillo procedimiento que proponen Maguire y Faulkner (1988):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paso 1: <i>Identificar la emoción: “¿Qué sentimientos le provocan estas noticias?”</i> - Paso 2: <i>Etiquetar la emoción: “Así que lo que a ti te pasa es...”</i> - Paso 3: <i>Legitimar/compreensión/normalizar: “es normal tener sentimientos de este tipo”</i> - Paso 4: <i>Respeto: “Debe ser duro para usted...”</i> - Paso 5: <i>Indagar más y más: “¿hay algo más que le preocupe?”</i> - Paso 6: <i>Apoyo: “Veamos qué podemos hacer...”</i>
Evaluación. Sexta etapa: Planificación y seguimiento del proceso	<ul style="list-style-type: none"> -disponibilidad del profesional -atención continua -actitud positiva: preparándose para lo peor cuando exista esta posibilidad y esperando lo mejor, sin falsas esperanzas -pedir al paciente un resumen final y su estado emocional tras la entrevista: ¿Cómo se encuentra?

Fuente:

-Protocolo y guía de intervención psicológica con pacientes terminales: Una aproximación desde los servicios sociales comunitarios del medio rural. Instituto Provincial de Bienestar Social Diputación de Córdoba. Octubre 2009.(83-86)

Plan de Cuidados Estandarizado en Cuidados Paliativos del Anciano Terminal: Aspecto Emocional.

Autor: Forgaci A. Tutor: Becerril Ramírez N.

ANEXO 7: Técnicas de relajación

Respiración diafragmática: esta técnica tiene como función ayudar al paciente a elevar el diafragma incrementando la expansión pulmonar y mejorando la ventilación de las bases pulmonares.

- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Sentar al enfermo con el fin de favorecer una expansión pulmonar óptima.
- ✓ Colocar una mano sobre el tórax del paciente y la otra sobre el abdomen (justo por debajo de las costillas), para notar la elevación y descenso del diafragma.
- ✓ Pedir al enfermo que inspire de forma lenta y profunda por la nariz desplazando el abdomen hacia fuera, a fin de conseguir una distribución óptima del aire en los alvéolos.
- ✓ Animarle a que espire el aire a través de la boca con los labios fruncidos y contrayendo el abdomen.
- ✓ Realizar este ejercicio durante un minuto, dejando descansar al paciente dos minutos antes de repetir el ciclo.

Labios fruncidos: esta técnica tiene como función evitar el colapso de la vía aérea distal y su cierre prematuro, así como disminuir la disnea.

- ✓ Colocar al paciente en posición semifowler.
- ✓ Comprobar la permeabilidad de los orificios nasales antes de iniciar los ejercicios.
- ✓ Solicitar al paciente que respire lentamente y relajado, efectuando la inspiración por la nariz y la espiración lenta por la boca, que ha de durar el doble de la inspiración.
- ✓ Pedirle que realice una inspiración a través de la nariz con la boca cerrada.
- ✓ Colocar los labios como para silbar y pedir que exhale el aire con los labios fruncidos de forma relajada.
- ✓ Repetir el ejercicio durante 2 minutos.
- ✓ Controlar la frecuencia respiratoria antes y después del ejercicio.

Fuente: Documentación de Enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.2014. Disponible en <http://www.madrid.org>