

**LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA CALIDAD DE
VIDA DE LOS PACIENTES EN CUIDADO PALIATIVO**

Autora: Ana Milena Muñoz Motta

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Especialización en Salud Familiar y Comunitaria

Bogotá D.C.

2022

**LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA CALIDAD DE
VIDA DE LOS PACIENTES EN CUIDADO PALIATIVO**

Ana Milena Muñoz Motta

Directora: Juanita García López

Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Salud familiar y Comunitaria.

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Especialización en Salud Familiar y Comunitaria

Bogotá D.C.

2022



La Universidad EL BOSQUE no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por apoyarme en cada una de las decisiones que he tomado hasta el día de hoy, las cuales me han ayudado a crecer personal y profesionalmente. A la Universidad El Bosque por brindarme la oportunidad de aprender de los mejores seres humanos quienes incentivaron de manera constante nuestro pensamiento crítico. A Pao, Lau, Eli, Olgui e Isa, infinitas gracias por haber coincidido con ustedes en esta etapa de construcción intelectual.

RESUMEN

La atención psicosocial como proceso de intervención significativo en la mejora de los síntomas psicológicos de los pacientes en condición crítica de la enfermedad que se encuentran en cuidado paliativo, permite incrementar el bienestar individual, familiar y colectivo a través del desarrollo psicológico de las personas y de sus vinculaciones con el entorno social. Analizar la problemática en salud de la persona y de su entorno familiar desde una perspectiva integradora, permitirá favorecer el conocimiento en el equipo multidisciplinario en salud para el acompañamiento del paciente y su familia durante el cuidado paliativo y se identificarán propósitos e intencionalidades comunes para escuchar y proponer desde la mirada de la Salud Familiar y Comunitaria la construcción de nuevos propósitos en la calidad de los servicios de la salud en Colombia que como país, acoge las recomendaciones de la OMS frente a las acciones que hacen parte del manejo de la atención del cuidado paliativo.

Palabras Clave:

Intervención psicosocial, bienestar, calidad de vida, cuidado paliativo, sufrimiento, sistema de salud.

THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTION IN THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS IN PALLIATIVE CARE

ABSTRACT

Psychosocial care by way of a meaningful intervention process in improving the psychological symptoms of patients in critical condition of the disease who are in palliative care allows for increasing individual, family, and collective well-being through the psychological development of people and their relation to the social environment. Analyzing people's health problems and their family environment from an integrating perspective will allow the advantage of knowledge in the multidisciplinary health team for the accompaniment of the patients and their families during palliative care. Besides, identify usual purposes and intentions to listen and propose from the perspective of family and community health, aiming for the construction of new objectives in the quality of health services in Colombia, which as a country, accepts the recommendations of the WHO against the actions that are part of the palliative care management.

Key words:

Psychosocial intervention, well-being, quality of life, palliative care, suffering, health system.

LA EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES EN CUIDADO PALIATIVO

La intervención psicosocial tiene como objetivo principal lograr el bienestar de las personas (1), que puede darse de manera subjetiva, psicológica y/o social. Al estar conformado por estas tres dimensiones, se convierte en un proceso multidisciplinar donde se desarrollan técnicas de diversos modelos teóricos y donde se le da importancia a lo subjetivo. Históricamente, el término bienestar se ha relacionado con la salud, así lo describe la OMS al referirse a la salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (2), sin embargo, el bienestar ha ido más allá del cuidado del ser humano para ser vinculado también al ámbito social. Kahneman y otros (1999) proponen cinco niveles y conceptos relevantes para la investigación sobre el bienestar, donde se tienen en cuenta condiciones objetivas y subjetivas del ser humano, nivel de humor persistente, inmediato y estados emocionales transitorios, además de bioquímicos (3). El ajuste o equilibrio del bienestar en el ser humano refleja sus aspiraciones, necesidades, capacidades y requerimientos del entorno donde se vive y permite modificar todas aquellas inconformidades que surgen en su manera dinámica de vivir donde se reducen o minimizan las situaciones riesgo.

De otra parte, las enfermedades no transmisibles son las responsables del 80% de las muertes en el mundo (4). Estas enfermedades matan a 38 millones de personas cada año, 28 millones mueren en los países de ingresos bajos y medios y 16 millones de las muertes tienen que ver con personas menores de 70 años de edad (5). Hoy en día las enfermedades no transmisibles son también la

primera causa de mortalidad en América Latina y el Caribe, ya que provocan dos de cada tres defunciones en la región (6). Por ser enfermedades crónicas, de origen multicausal y de carácter permanente, provocan en las personas que las padecen y en sus familias modificaciones en el estilo de vida y en la dinámica familiar (7).

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede afirmar que padecer una enfermedad implica una carga de sentimientos que arrebató al paciente de su cotidianidad, su contexto y de sus prácticas culturales confinándolo muchas veces en un hospital donde se ve sometido a una serie de intervenciones, medicaciones, procedimientos, exámenes y dietas que le pueden ocasionar a su vez ansiedad, rechazo, hostilidad, resistencia, depresión, entre otras reacciones desde el ámbito de la salud mental. Estos pacientes requieren de una atención integral en salud que les permita, a ellos y a sus familias, la garantía de sostener una calidad de vida ante una enfermedad que es mortal, cuando se declara no tratable. Para algunos autores (8) (9), el sufrimiento es un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo que se caracteriza por la sensación de amenaza a la integridad, un sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza, y por el agotamiento de los recursos personales que permiten enfrentarla.

El padecer de una enfermedad tiene un carácter individual según los rasgos de personalidad, la biografía del paciente, las características de su afección (aguda o crónica), el contexto en el que surge y se desarrolla el problema de salud y las cualidades del proceso de atención. Tradicionalmente, sufrimiento y padecimiento han sido considerados términos sinónimos, por lo tanto, son dos constructos íntimamente conectados entre sí. Para Casell, (10) el sufrimiento se refiere a un estado de pena severa asociada a acontecimientos que el sujeto percibe como una

amenaza a su persona, lo cual que continúa mientras permanezca esa percepción y no se restaure su integridad, esto en muchas ocasiones por mecanismos de afrontamiento, entendiendo afrontamiento como una respuesta defensiva que la persona desarrolla en un contexto o situación particular. Para el paciente, el afrontamiento del padecer puede verse mejor desde una visión alostática la cual hace referencia a la regulación en el tiempo de los procesos fisiológicos corporales complejos, mediante una respuesta sistémica que mantiene la estabilidad fisiológica cuando se confronta la persona con cambios o retos (11). Por otro lado, sufrir es un fenómeno complejo, es por esto que en algunas ocasiones el temor al dolor hace sufrir incluso más que el dolor mismo; entonces, el sufrimiento no es un dolor físico o moral, sino un dolor que condena a la pasividad, donde no se puede hacer nada. En el fondo es una situación de impotencia que pide serenidad de aceptación de lo que no se puede cambiar. La sociedad moderna silencia la pregunta sobre el sufrimiento, concentra sus esfuerzos en la evitación y en la disminución del sufrimiento, de manera directa o indirecta (12).

De igual forma, para Cassell, el sufrimiento es el malestar generado por la amenaza inminente a la integridad de la persona, y en su visión destaca dos características: el sufrimiento posee un tipo de angustia propia ya que es algo que sucede a las personas, no a los cuerpos (13). Consecuentemente, el sufrimiento se asocia a un deterioro en el bienestar y en la calidad de vida. Esta última, ha sido durante años enfoque de estudio encaminado hacia la investigación de salud donde distinguen el bienestar subjetivo y satisfacción por la vida.

Conviene destacar que la atención paliativa (14) o cuidado paliativo es un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familiares que se están enfrentando a problemas asociados a una

enfermedad que ha sido declarada no tratable. Este cuidado consiste en la garantía del alivio del sufrimiento, tratamiento para el dolor y tratamiento de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales, que garantizará calidad de vida de la persona hasta el momento de su muerte.

Uno de los aspectos más importantes y tal vez menos priorizado dentro del cuidado paliativo es la atención psicosocial, definida como el conjunto de intervenciones realizadas por los profesionales de la salud con los enfermos en situación de final de vida y sus familiares. Esta atención psicosocial se compone de intervenciones de apoyo psicológico (14) y/o sociales, dirigidas a mejorar el malestar emocional de los enfermos y a promover la adecuada adaptación a la enfermedad, adecuándose a cada enfermo y a cada momento por el que este pase.

El paciente tiene un conjunto de necesidades físicas y psicosociales por satisfacer, cuya detección temprana puede mejorar su calidad de vida (15), por consiguiente, hay que ayudarlo especialmente a potenciar sus propias capacidades para que pueda modificar lo que sea susceptible de ser cambiado o aceptar lo incambiable. Algunas de aquellas necesidades son: el control de sus síntomas físicos, la seguridad, aceptación, amor, pertinencia, autoestima y autorrealización.

Las redes de apoyo tienen un componente familiar, económico y de estructura organizativa que no siempre es óptimo y que constituyen elementos psicosociales que el profesional debe conocer para poder utilizar de forma eficiente los recursos disponibles para el paciente en esa red. De ahí, la potenciación de la red de apoyo social es un elemento que puede incrementar la resiliencia. El padecer de las enfermedades, también conocido como cuadro interno de la enfermedad, es un componente del diagnóstico clínico propio del paradigma biopsicosocial de la atención médica. El

padecer tiene como centro la respuesta emocional, pero no se limita a ella. Exige conocer al enfermo como persona y su red de apoyo con vistas a facilitarle una respuesta adaptativa beneficiosa a su nueva condición.

El abordaje de los aspectos psicosociales cobra una relevancia especial en relación a otras formas de intervención de los problemas de salud, los cuales se adquieren por diferentes factores que potenciarán el bienestar, aspectos emocionales y comunicacionales de las personas. La Sociedad Europea de Cuidados Paliativos -EAPC- (16), afirma que el abordaje de los aspectos psicológicos es un componente esencial de los cuidados paliativos, así como la necesidad de llegar a un consenso sobre los procedimientos y sobre cómo desarrollar conceptos terapéuticos e intervenciones comunes en este campo, a través de generar evidencia y conocimientos científicos.

Ahora bien, el paciente en estado terminal se ha considerado como aquel paciente quien se encuentra críticamente enfermo, cuya muerte será inevitable en fecha cercana, a pesar de todos los esfuerzos en el alcance para mejorar su salud (14). En estos pacientes, se discuten muchos conceptos e ideas sobre el modo de tratar su calidad de vida, el alivio de su dolor, el apoyo al paciente como a la familia, entre otros aspectos de tipo clínico o definitivo. Es ahí, donde se considera importante que los profesionales de la salud que intervienen y acompañan el proceso reconozcan el motivo por el que debe garantizarse los derechos de las personas: el derecho a vivir hasta su último momento con sus máximos potenciales personales, el derecho a vivir independientemente y en alerta, el derecho a tener alivio de sus sufrimientos, el derecho a tener una adecuada información o rehusar a ella, sobre su enfermedad, el derecho a ser atendido por profesionales que conozcan y sean competentes en el manejo de estas etapas terminales, el derecho

a ser el eje principal de las decisiones a tomar en su etapa final de vida, el derecho a que no se mantenga el sufrimiento indefinidamente para sostener sus funciones vitales, el derecho a hacer el mejor uso de su tiempo, el derecho a que sus familiares sean tenidos en cuenta antes y después de su muerte, el derecho a morir con dignidad, tan comfortable y apacible como sea posible (17).

El cuidado paliativo es un campo académico multiprofesional donde el psicólogo cumple un rol importante en el proceso de acompañamiento del paciente, el de su familia y de los mismos trabajadores de la salud que intervienen en el tratamiento, son ellos quienes minimizan y canalizan el impacto psicológico que la proximidad de la muerte puede generar, potenciando su bienestar, y mejorando los aspectos emocionales y comunicacionales (1). La calidad de vida del paciente es un concepto que integra aspectos subjetivos, objetivos y relativos en torno a la felicidad y al bienestar de la persona integrando dos aspectos importantes: la sensación y percepción (18).

La comunicación efectiva en los casos de los cuidados paliativos es crucial entre el paciente, los familiares y el equipo multidisciplinario, este implica no sólo la transmisión de la información sino también el escuchar activamente, además del compromiso para comprender y compartir las necesidades y emociones del paciente (19). Como se menciona a lo largo del texto, los cuidados paliativos son aquellos cuidados destinados a las personas como enfermedad terminal, donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales son de gran importancia (20), por lo tanto, el acompañamiento familiar es esencial ya que favorece el manejo del sufrimiento emocional en las personas y el impacto hacia la integridad psicológica que experimentan. Si nos dirigimos a las principales premisas de la comunicación para el cambio social (21), no se cuentan con las suficientes garantías de ejercer este proceso ya que no existe

participación comunitaria para la construcción de metodologías de apoyo al enfermo, ignoran el origen de su enfermedad desatando así la inequidad y el irrespeto, desinformación sobre su diagnóstico y sobre todo en las diversas rutas de ayuda y apoyo.

En la filosofía de los centros hospitalarios, los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, sino que son una cuestión de énfasis de acuerdo a la enfermedad. Gradualmente se aplican un mayor número y proporción de medidas paliativas cuando avanza la enfermedad y el paciente deja de responder al tratamiento médico específico y cuando se llega al agotamiento de tratamiento farmacológico para el paciente, el hospital centra sus objetivos terapéuticos a la promoción del confort del enfermo y acompañamiento a la familia (22). El temor a la muerte favorece las tendencias sociales a recluir a los enfermos terminales en hospitales y menoscaba las actitudes de las familias ante el cuidado domiciliario. Detrás de ello está la consideración que el proceso de morir es una situación de sufrimiento psicológico y físico inabordable en el domicilio (23).

Adicionalmente, otro aspecto será el concerniente al contexto económico. El hecho de cuidar a un familiar en el domicilio supone con frecuencia un gasto económico elevado para las familias trabajadoras, que no disponen del tiempo suficiente para hacerse cargo de la persona enferma, a pesar de ser su voluntad y que además precisan de la contratación de personal cualificado que supla el periodo de tiempo de su ausencia. Aunque existen servicios sociales que facilitan soporte domiciliario durante unas horas a determinadas familias, con frecuencia la gestión previa a la asignación de personal asistencial y su dilatación en el tiempo generan el internamiento del

paciente paliativo en centros hospitalarios, cuyo costo está cubierto por la Seguridad Social del propio paciente (24).

En este aspecto, es importante reconocer que la calidad de vida del paciente en condición crítica de la enfermedad debe incluirse en el abordaje del cuidado paliativo y psicosocial para minimizar su malestar y sufrimiento, adquirir recursos para el afrontamiento ante la desesperanza, falta de información sobre su estado, de su autonomía y el apoyo familiar, que se adaptan de manera permanente según su entorno.

Existen muchas líneas de discusión que aportan significativamente a esta área de estudio desde el estado funcional, satisfacción con la vida y el bienestar o estado de salud (25), que a su vez requiere que las personas evalúen los diversos dominios y combinen el peso que le dan a cada uno de estos con un juicio valórico genérico. La intervención psicosocial podría abordar aspectos esenciales de la persona, que le permitirían una mejora significativa después de la primera intervención. En este mismo sentido, quizás la intervención psicosocial es muy específica y aborda aspectos no debatidos hasta el momento por el equipo de cuidados paliativos que ya lo estaba atendiendo. Se podría pensar que la intervención psicosocial actúa de “catalizador” de la adaptación del paciente en situación de enfermedad avanzada. También se observa mejora en la valoración global que hacen los profesionales del proceso de adaptación del enfermo (26).

Al enfermo terminal le es importante conseguir inicialmente un control adecuado de los síntomas y poder expresar algunas de sus necesidades al equipo para intentar satisfacerlas a su debido tiempo, lo que se consigue con el desarrollo de una buena comunicación que permita conocer la

naturaleza del problema que le aflige, participar en su tratamiento y facilitar una respuesta adecuada por parte del equipo multidisciplinar (27) (28).

Existen unas necesidades que el enfermo requiere satisfacer para que en la detección temprana de la enfermedad sostenga calidad de vida. Estas necesidades físicas, psicosociales y espirituales se potencian para que modifique aquellas situaciones susceptibles o trabaje sobre aquellas que no puedan modificarse (26). Las etapas emocionales de adaptación permiten conocer a tiempo las necesidades de acompañamiento del paciente. A su vez, las necesidades de las familias empiezan a aparecer con el avance de la enfermedad del paciente (26).

Es por ello, que la intervención psicosocial realizada por equipos de profesionales del área de cuidado paliativo, aportará la mejora de los síntomas psicológicos que los pacientes que se encuentran atravesando por intervenciones médicas por su condición de salud. Estas necesidades psicosociales ayudarán al paciente a sentirse libre de sus molestias, a sobrellevar su situación y a solventar sus asuntos pendientes de la mejor manera posible. El paciente puede reaccionar emocionalmente con ansiedad ante lo desconocido, ante la posibilidad de quedar inválido, de tener dolor, perder su rol en la familia, entre otras. Puede deprimirse al no ver opciones de solución o verlas confusas o poco probables. Puede tornarse rebelde, racionalizar, subestimar o subvalorar y tener sentimientos de culpa.

Es de resaltar que existen diversos tipos de elementos que son claves para el avance en la generación de evidencia en la atención psicológica paliativa, como los instrumentos de evaluación validados y tratamientos psicológicos que pueden mejorar significativamente las variables

emocionales y espirituales de los pacientes de acuerdo a sus necesidades particulares y que a futuro puedan ser llevados a la práctica en el entorno clínico donde harían parte de una intervención integral.

Si vemos esta necesidad desde la mirada de la salud pública, desde una perspectiva de sistema complejos, entenderíamos que la finalidad o el objetivo de lograr equidad para todos proviene fundamentalmente de la interacción de todas las partes vinculadas quienes llevan una función específica por medio de sus estructuras, y que las falencias identificadas en el quehacer alteran de alguna manera todo el sistema. También que los resultados no esperados como, por ejemplo, invertir recursos en algo que no tuvo impacto, repercute de manera inmediata en los objetivos planteados.

En el campo de la Salud Pública nos es preciso ir aún más allá y crear una forma constructiva y promotora de la medicina cuyo centro de interés siga siendo el individuo, pero considerado como parte integrante de la sociedad o de la comunidad, como miembro de un grupo (29). Si las acciones de equidad se vuelven evidentes por la lucha del desarrollo de la verdadera Salud Pública la población podrá entender que la conexión y el aporte grupal que realizan los trabajadores de la salud con las mismas entidades y servicios podrán aunar experiencias para los problemas sanitarios actuales.

Mencionado esto, la Salud Pública nos demostraría así que es un campo de interacción social que evoluciona cada día, que está en completo dinamismo por la búsqueda de solución a las necesidades exploradas en diversos campos, donde siempre existe la expectativa sobre el querer

lograr algo positivo para aquellas comunidades con alguna necesidad que esperan una transformación y mejoramiento de su entorno.

En Colombia, a través de la resolución 429 de 2016, se promulgó la Política de Atención Integral en Salud, que pretende generar mejores condiciones de salud para la población a través de la regulación de la intervención sectorial e intersectorial (30). Con todas las modificaciones legislativas realizadas hasta la fecha, esta política ha sostenido altibajos en su implementación generando poca resolución de las problemáticas inicialmente identificadas en términos de salud en el país. Aquellos problemas, que han sido reconocidos inicialmente por el Gobierno Nacional se desprenden de la fragmentación y desintegración de la atención, de la baja resolutivez, de la alta carga de enfermedad, fallos del mercado, incentivos negativos entre los agentes y falla regulatoria, entre otros aspectos, lo que ha conllevado a aumentar la inequidad, la corrupción, el maltrato al usuario, un desorden administrativo, un modelo de prestación de servicios de salud morbicéntrico y centrado en los actores, además de deshumanizado, descontextualizado y sin prevalencia de derechos de los pacientes (30).

La construcción de esta Política de Atención Integral en Salud, que además de haber sido participativa, se centró en el goce efectivo del derecho a la salud tanto de la persona como de su familia y la comunidad en diversos entornos para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (31). Desde ese momento, la prestación de servicios de salud desde su gestión y desde su promoción desde el servicio primario brinda una serie de atenciones y activa aquellas rutas de atención donde el paciente y la familia se sienten acogidos por los diversos planes de sensibilización que a su vez

realizan para “prevenir la enfermedad”, y en completa confiabilidad de acceder a un servicio donde su expectativa se dirige hacia la integralidad de los servicios.

La importancia de sensibilizar a los profesionales del sector salud frente a las necesidades de los pacientes no solamente desde el ámbito físico sino mental será un reto para el sector salud y para el país en los próximos años, también trabajar sobre las falencias identificadas permitirá que se trabaje y dignifique el rol de los profesionales de los equipos multidisciplinarios en salud ya que es bien sabido que a nivel mundial existe una enorme discrepancia en la disponibilidad de servicios de cuidados paliativos entre países, siendo la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos donde hay más necesidades no satisfechas (32). Así mismo, desde la perspectiva de la salud familiar y comunitaria, que se puedan abordar las problemáticas de salud física y mental desde los ámbitos personal, familiar y colectivo con calidad, buscando transformar el modelo tradicional de atención en salud de nuestro país para eliminar competencias y lograr acuerdos colectivos que contribuyan a la cooperación.

Con todo esto, contribuir al bienestar, a la garantía del derecho a la salud y a la calidad de vida de las personas integrando dimensiones biopsicosociales, ambientales y espirituales se logrará un aporte significativo ya que abordará de una manera integral el curso vital humano desde el enfoque de la salud familiar y comunitaria, incorporando perspectivas incluyentes y diferenciales, la ética, el juicio crítico y el humanismo. Como se ha mostrado, es pertinente que los profesionales de la salud que intervienen y acompañan el proceso de enfermedad del paciente terminal, reconozcan que garantizarán los derechos de las personas: el derecho a vivir hasta su último momento con sus máximos potenciales personales, el derecho a vivir independientemente y en alerta, el derecho a

tener alivio de sus sufrimientos, el derecho a tener una adecuada información o rehusar de ella sobre su enfermedad, el derecho a ser atendido por profesionales que conozcan y sean competentes en el manejo de estas etapas terminales, el derecho a ser el eje principal de las decisiones a tomar en su etapa final de vida, el derecho a que no se mantenga el sufrimiento indefinidamente para sostener sus funciones vitales, el derecho a hacer el mejor uso de su tiempo, el derecho a que sus familiares sean tenidos en cuenta antes y después de su muerte, el derecho a morir con dignidad, tan confortable y apacible como sea posible (33).

Si bien es cierto el nuevo modelo trata de incorporar e integrar conceptos y estrategias de probada efectividad y algunas otras novedosas, surgen muchas dudas con respecto a su implementación y efectividad para resolver los problemas planteados, pues en su concepción más profunda y filosófica, están enfrentados dos tipos de derechos sobre salud: de una parte, desde la teoría neoliberal utilitarista que considera como fundamentales los derechos civiles y los políticos, que serían los únicos exigibles al estado y no requieren de una norma que los explicita (34). En este sentido la salud no es considerada un derecho fundamental, porque según esta concepción, es un derecho de obligación imperfecta que no implica su exigencia (35). Por otra parte, la salud es un derecho moral de la población como parte del respeto igualitario que merece, pero desde el punto de vista jurídico ha llegado a ser exigible. He aquí la gran contraposición que existe entre lo reafirmado por la corte constitucional de la salud como un derecho fundamental y un Sistema de Salud creado bajo la teoría neoliberal. (35)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Blanco, A. y Valera, S. (2007): Los fundamentos de la intervención psicosocial. En Blanco, A. y Rodríguez Marín, J. (Eds.): Intervención Psicosocial. Madrid: Prentice Hall.
- (2) Herrero Jaén Sara. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene. [Internet]. 2016 Ago [citado 2022 Mayo 19] ; 10(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es.
- (3) González Velásquez, Elsy, Ossa Ramírez, José Fernando, Pamplona González, Julián David , Rebelo Quirama, Luz Estela , Los conceptos de bienestar y satisfacción. Una revisión de tema. Revista Guillermo de Ockham [Internet]. 2005;3(1):27-59. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105316842003>
- (4) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. Ginebra: OMS; 2010. 20 p.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles 2015 (citado el 27 de noviembre de 2015). Página Web.
- (6) Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006. En: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-strat-cncds.pdf> [Consultado el 8 de diciembre de 2021]

- (7) Baeta-Neves MF, Azevedo-Noronha KM, Itsuko-Ciosak S. El significado y las implicaciones para el cuidador al cuidar al individuo con VIH/sida. *Rev Actual Enferm* 2008; 11 (2): 8-14. En: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeriavol110208/Traborgelsignificadoylasimplicacionesparaelcuidado.htm> [Consultado el 8 de noviembre de 2021]
- (8) Cassell EJ. Recognizing suffering. *Hastings Center Report* 1999; 21: 24-8.
- (9) Chapman CR, Gavrin J. Suffering: the contributions of persistent pain. *Lancet* 1999; 353: 2233-7.
- (10) Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* [Internet]. 1982;306(11):639-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
- (11) Lemos Maríantonía. La teoría de la alóstatís como mecanismo explicativo entre los apegos inseguros y la vulnerabilidad a enfermedades crónicas. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2015 Mayo [citado 2022 Mayo 20] ; 31(2): 452-461. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200008&lng=es. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.176361>.
- (12) Chamorro C, Martínez M, Murillo N, Sáenz A. Todas las voces: Curso de cultura y civilización. Lehrbuch + Audio-CD + DVD. Stuttgart, Germany: Klett Sprachen; 2010
- (13) Cassell E. Sufrimiento. En: Walsh D. *Medicina paliativa*. Barcelona: Elsevier; 2010.
- (14) WHO definition of palliative care. Geneva, World Health Organization, 2010 [Acceso 1/10/2021]. Disponible en <http://www.who.int/cancer/palliative/definiton/en>
- (15) León A. *La muerte y el morir*. Caracas: Lagoven, S.A; 1980.

- (16) Arranz, M.P. Bayes R. Aspectos psicológicos del enfermo en situación terminal. En: M. González Barón, et al (editores) Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Editorial Panamericana. Madrid, 1996,1104-1114.
- (17) Lederberg MS, Holland JC. Supportive psychotherapy in cancer care: An essential ingredient of all therapy. En: Watson M, Kissane D, editors. Handbook of psychotherapy in cancer care 2011.p.1-14.
- (18) Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- (19) Sánchez C. El paciente terminal y el VIH positivo. Rev Col Psiq. 1996;25:177-185.
- (20) PreambletotheconstitutionoftheWorldHealthOrganizationasadoptedbytheInternationalConference,NewYork,June19-22,1946;signedonJuly22.1946bytherepresentativesofstatesandenteredintoforceonApril7,1948.OfficialRecordsoftheWorldHealthOrganization;n(2.Geneva,WorldHealthOrganization,1948,p100).
- (21) Franco, M. La comunicación con el paciente terminal y su familia. 2002. PAHO. URL: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care-03.pdf>
- (22) Levin, R. Cuidados paliativos: Principios generales. 2001. PAHO. <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/palliative-care-01.pdf>
- (23) Kluber-Ross, E. Sobre la muerte y los moribundos. Col. Enfermería y sociedad. Ed. Grijalbo. 1989. ISBN: 84-253-2035-6.
- (24) Servei Català de la Salut. Atenció especialitzada. (Internet) 2002. Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/servcat_sociosanitaria_alt.htm.

- (25) Llauradó Sanz Gemma. Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. *Ene.* [Internet]. 2014 Mayo [citado 2021 Nov 12]; 8(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100006&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100006>
- (26) Mateo Ortega D, Gómez-Batiste X, Limonero JT, Martínez-Muñoz M, Buisan M, De Pascual V. Efectividad de la intervención psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final vida. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcon)* [Internet]. 2014;10(2-3). Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/rev_psic.2013.v10.n2-3.43451
- (27) Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica.* 2012 Apr;30(1):61-71.
- (28) Mateo Ortega D, Gómez-Batiste X, Limonero J T, Martínez-Muñoz M, Buisan M, de Pascual V. Efectividad de la intervención psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final vida. *Psicooncología* [Internet]. 25 de noviembre de 2013 [citado 18 de marzo de 2022];10(2-3):299-16. Disponible en: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43451.
- (29) Benitez Rosario M.A. Cuidados Paliativos en Atención Primaria. Apoyo psicosocial. *MEDIFAM*, 1994,4,186-193
- (30) Gov.co. [citado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>
- (31) Moreno-Gómez GA. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud –MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? *Rev médica Risaralda* [Internet]. 2016;22(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22517/25395203.12711>

- (32) Roca i Casas J. Ledesma A. Espauella J. Cuidados Paliativos en Atención Primaria de Salud. FMC Formación Médica Continuada 1994;1:2,88-103.
- (33) WHO definition of palliative care. Geneva, World Health Organization, 2010 [Acceso 1/10/2021]. Disponible en <http://www.who.int/cancer/palliative/definicion/en>
- (34) Gov.co. [citado el 25 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>
- (35) Calvache José A., Gil Fabián, de Vries Esther. ¿Cuántas personas requieren cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas en un país de ingresos medios? Análisis de datos de mortalidad. Rev. colomb. anestesiología. [Internet]. 2020 Dec [cited 2022 June 3] ; 48(4): e201. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-33472020000400201&lng=en. Epub Nov 20, 2020. <https://doi.org/10.1097/cj9.0000000000000159>.