

TRABAJO DE FIN DE GRADO ENFERMERÍA

2013



UTILIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS IMPOTENCIA Y DESESPERANZA EN CUIDADOS PALIATIVOS

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

ALUMNA:

NUBIA TORRES VICTORIA

TUTORA:

DRA. AZUCENA PEDRAZ MARCOS

COTUTORAS:

Profesora ASUNCIÓN GARCÍA GONZÁLEZ

Profesora DOLORES RUBIALES PAREDES

GRACIAS A LA VIDA

ÍNDICE:

| | Página | |
|------------------------------------|--------|---------|
| 1. Resumen..... | 4 | |
| 2. Introducción..... | 5 | |
| 3. Justificación..... | 20 | |
| 4. Objetivos..... | 20 | |
| 5. Metodología..... | 20 | |
| 6. Resultados..... | 21 | |
| 7. Análisis y discusión..... | 24 | |
| 8. Conclusiones..... | 27 | |
| 9. Bibliografía..... | 29 | |
| 10. Índice de tablas: Tabla 1..... | 6 | |
| | 2..... | 19 |
| | 3..... | 22 y 23 |

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende conocer el uso de los diagnósticos enfermeros impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

OBJETIVO.

Conocer el uso de los diagnósticos enfermeros desesperanza e impotencia en cuidados paliativos.

METODOLOGÍA

A través de una revisión bibliográfica, se presenta un estudio de ambos diagnósticos en el que se incluye: definición de conceptos, relación con otros procesos vitales y su abordaje como diagnóstico enfermero. Se realiza una búsqueda en diferentes bases de datos, localizándose un total de 28 artículos y trabajos de investigación de los que se escogen 9 para analizar.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos indican que desesperanza e impotencia son dos diagnósticos que se confunden con frecuencia, aunque tienen notables diferencias que permiten un abordaje específico de cada uno de ellos. El conocimiento y aplicación de ambos es de suma importancia para la profesión enfermera, ya que contribuyen a mejorar las medidas de confort, la calidad asistencial de los pacientes terminales. Falta investigación desde la perspectiva enfermera.

PALABRAS CLAVES:

Desesperanza, Impotencia, Diagnósticos enfermeros, Cuidados Paliativos.

I N T R O D U C C I Ó N

La impotencia y la desesperanza son sentimientos negativos¹ que aparecen como consecuencia de situaciones desbordantes. Para que su aparición en los pacientes pueda ser prevenida por los profesionales de enfermería, tenemos que tener claro algunos conceptos establecidos como son los diagnósticos enfermeros. Estos dos diagnósticos son muy comunes en los pacientes terminales.

Según datos de La Sociedad Española de Cuidados Paliativos² (tercera encuesta realizada en el año 2000, la más reciente publicada) se estima que se atienden en España cada año 27.643 enfermos diferentes en programas de Cuidados Paliativos. Considerando sólo los pacientes oncológicos que fallecen cada año, se puede estimar que la cobertura global de los Cuidados Paliativos para España es de, al menos el 26%.

La impotencia y la desesperanza son dos fenómenos psicológicos conectados entre sí desde 1953 por el psicólogo Bibring³ y son recogidos como diagnósticos de enfermería por la NANDA en los años 1982 y 1986 respectivamente.⁴

Conocer la utilización de los diagnósticos impotencia y desesperanza en cuidados paliativos, dada las características de los pacientes, (mayor vulnerabilidad por la presencia explícita de la muerte, pérdida progresiva de facultades, síntomas debilitantes, incertidumbre, etc.)¹ es el objetivo general de esta revisión bibliográfica, para intervenir adecuadamente procurando mejorar la calidad (entiéndase bienestar psicológico, manejo del dolor y medidas de soporte de los últimos meses de vida del paciente terminal en todas sus etapas. (Tabla 1)

TABLA 1. ETAPAS DEL ENFERMO EN FASE TERMINAL.

| ETAPA | EXPECTATIVA DE SUPERVIVENCIA |
|------------|------------------------------|
| TERMINAL | SEMANAS O MESES |
| PREAGÓNICO | DÍAS O SEMANAS |
| AGÓNICO | HORAS O DÍAS |

Realizar un diagnóstico de enfermería y un plan de cuidados es un proceso complejo⁵ en el que intervienen habilidades de un razonamiento diagnóstico y de un pensamiento crítico y constituye la metodología enfermera.

El pensamiento crítico⁶ y el razonamiento diagnóstico permiten dar cuenta de la multiplicidad de factores que entran en juego a la hora de abordar situaciones y de formular un diagnóstico enfermero.

La enfermería basada en la evidencia explica cómo formular un diagnóstico utilizando los resultados de la evaluación del paciente. Para valorar utilizamos el formato proporcionado por el entorno clínico en el que se incluye: síntomas, estado clínico y diagnósticos médicos o psiquiátricos conocidos. Al tener ubicados los síntomas junto a las vivencias que produce en la persona y en su familia, el padecimiento de las desviaciones de salud, podremos formular los diagnósticos y establecer las intervenciones previstas o prescritas por la NANDA, comparando las características definitorias y los factores de riesgo con los datos del paciente. Planificar las intervenciones es el paso siguiente, para eso se utilizan las taxonomías, el NOC (Nursing Outcomes Classification) de resultados previstos y el NIC (Nursing Interventions Classification), de intervenciones de enfermería que se encuentran definidas para finalizar con la administración de los cuidados de enfermería según el plan de cuidados elaborado que comprende todas las etapas descritas. La evaluación es el siguiente paso, si los resultados no se han alcanzado puede ser adecuado reevaluar al paciente y determinar si se realizaron los diagnósticos de enfermería adecuadamente.

Al final del proceso se deben registrar todos y cada uno de los pasos previos utilizando el formato proporcionado en el entorno clínico.

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

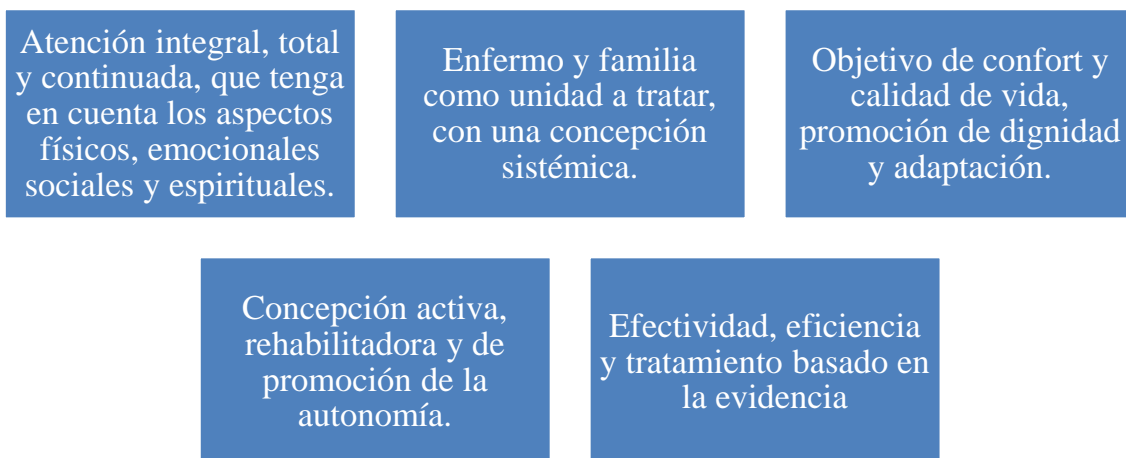
Los cuidados paliativos - Historia y evolución

Los cuidados paliativos se basan en una concepción global activa y continuada, que comprende la atención de los aspectos físicos, psíquicos, sociales y espirituales de la personas en estado terminal, siendo los objetivos principales el bienestar, la promoción de la dignidad y autonomía de cada enfermo y su familia.¹

La cercanía de la muerte causa un gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico; por esta razón el equipo interdisciplinar debe estar muy bien formado y capacitado para tratar una situación compleja, que se va a ir modificando a lo largo del proceso de la enfermedad terminal y que puede llegar a complicarse dependiendo del manejo terapéutico psicosocial que reciba tanto el paciente como su entorno más cercano o su familia. La utilización de una metodología científica en la práctica profesional enfermera da respuesta a estas necesidades y garantiza la calidad y continuidad de los cuidados.

A partir de los años 90 los servicios y programas de cuidados paliativos se han instaurado en los países desarrollados y existen referentes en todos los ámbitos de los Sistemas de Salud. Se consideran una sólida y consolidada área de conocimiento, motivo de estudio e investigación en las facultades de medicina, enfermería, psicología y en general todas las ramas del saber de los componentes de un equipo interdisciplinar¹

CINCO PRINCIPIOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS¹



Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

DIEZ INSTRUMENTOS NECESARIOS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.¹

1. Evaluación de necesidades (historia clínica)
2. Plan terapéutico (tratamiento farmacológico)
3. Control de síntomas (dolor, vómitos, pérdida de peso, anorexia, debilidad...)
4. Soporte emocional (tratamiento no farmacológico)
5. Información y comunicación (nunca decir mentiras pero no imponer verdades, comunicación gradual y respetuosa).
6. Respeto por los valores del paciente
7. Cambio de la organización interna (trabajo en equipo)
8. Cambio de la organización de los recursos
9. Evaluación y monitorización de resultados
10. Mejora continuada de la calidad

La filosofía de los Cuidados Paliativos se inicia a finales del siglo XX, siendo su principal exponente Cicely Saunders; **Error! Marcador no definido.**, quien comenzó a desarrollar en Inglaterra conceptos y técnicas para el alivio del dolor y el cuidado integral de los moribundos. Saunders fundó el Saint Christopher Hospice en Londres el año 1967, dando inicio real a la práctica de los Cuidados Paliativos que pronto se propagó por los países de América del Norte, por Europa y que hacia finales de los años 80 llegó a algunos países de Latinoamérica.

Tomando como punto de partida la definición de cuidados paliativos de la Organización Mundial de la Salud (1990); **Error! Marcador no definido.** es posible considerar éstos como *“el cuidado activo e integral del paciente cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo, a través de la asistencia prestada por un equipo interdisciplinario que pueda responder a las distintas áreas de la vida de la persona. Su objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida del paciente y su familia, con especial énfasis en proporcionar a cada enfermo los recursos que puedan favorecer el proceso hacia una muerte en paz mediante apoyo emocional, el control de síntomas tratables o persistentes”*.

Cicely Saunders fue una ferviente defensora de la muerte con dignidad, oponiéndose a la eutanasia y argumentando que la muerte puede ser una experiencia positiva a la que todo el mundo tiene derecho. Su convicción fue: *“Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro*

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

alcance, no sólo para que muera en paz, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad.” **¡Error! Marcador no definido.**

Cicely Saunder contribuyó a cambiar la visión que hasta entonces se tenía de los pacientes en estado terminal e introdujo toda una filosofía tendiente a proporcionar confort y bienestar a quienes se acercan al final de sus vidas. Este fue su gran aporte.

El desarrollo de los Cuidados Paliativos en España no fue algo homogéneo en todo el territorio nacional, sino que aquellas comunidades autónomas que consiguieron antes las competencias en sanidad (como Cataluña) pudieron dar una mayor cobertura y tener unos programas en cuidados paliativos más desarrollados en sus comienzos. A pesar de esto, la necesidad de implantar estos programas de salud hizo que en Febrero 1998 se estableciera un convenio con la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), con el que se consiguió dotar numerosos hospitales con unidades móviles de atención domiciliaria, además de prestar atención en los propios hospitales mediante la colaboración de voluntarios.²

En mayo de 2005 la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, aprobó una Proposición No de Ley sobre cuidados paliativos,⁷ por la que se insta al Gobierno a impulsar la evaluación de la situación de los cuidados paliativos en España y la aplicación del Plan Nacional de Cuidados Paliativos, así como la implantación de las medidas contenidas en dicho Plan y su revisión. Igualmente, deberá fomentarse la creación de Unidades de Cuidados Paliativos por parte las Comunidades Autónomas, e incluir contenidos sobre esta materia en la formación universitaria de los profesionales sanitarios.

Desesperanza e impotencia - Aproximaciones a ambos conceptos

Según la Real Academia Española de la Lengua, **¡Error! Marcador no definido.** en la vigésima segunda edición de su diccionario de 2011, define:

DESESPERANZA - Quedarse sin esperanza, quitar la esperanza, la cual se define como un estado de ánimo en el cual se nos presenta como posible lo que deseamos.

IMPOTENCIA- Falta de poder, incapacidad de poder para hacer algo.

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

Desesperanza e impotencia se pueden generar como consecuencia de numerosos procesos vitales y patologías muy frecuentes dentro del ambiente sanitario. Ello lo corroboran en su obra Beichmar; **Error! Marcador no definido.** quien considera que aquellas situaciones en las que la realidad resulta apabullante juegan un papel decisivo en la creación del sentimiento de desesperanza e impotencia. Estas situaciones son muy diversas: enfermedades crónicas e invalidantes, situaciones traumáticas, condiciones de abandono o desarraigo, dolor físico o psíquico, pérdida de autonomía del paciente en sus cuidados, etc. Todas ellas se incorporan como sentimiento de fondo que hace sentir a la persona que nada de lo que haga puede ser suficiente para hacer frente a la realidad, vivida por el sujeto como apabullante.

Pero también pueden no ser el resultado de ciertos procesos, sino actuar como desencadenantes de otro tipo de situaciones patológicas. Ambos juegan un papel determinante en el desarrollo posterior de trastornos depresivos. Debemos volver a citar a Bibring³ quien estableció que *“la impotencia y la desesperanza para la realización de un deseo significativo son el núcleo común de todo estado depresivo y que ambos estados de ánimo pueden darse antes del propio estado depresivo”*. Es decir que le preceden. Junto al sentimiento de falta de esperanza respecto a la satisfacción del deseo se halla la representación que la persona tiene de sí misma de hallarse sin poder, impotente/indefenso para modificar como son las cosas: él/ella no puede impedir seguir deseando ni lograr satisfacer el deseo. Bibring resaltó el papel central que desempeña el sentimiento de impotencia/indefensión en la constitución del fenómeno depresivo. Impotencia/indefensión pueden ser también sentidas en situaciones en que el sujeto se halle atrapado por sentimientos de terror, es decir, presa de la ansiedad. Esta es la razón por la cual en psicoanálisis se ha diferenciado entre ansiedad, como anticipación de un peligro -hay impotencia e indefensión, pero respecto a algo por venir-, y la depresión como la reacción a la pérdida ya ocurrida de un objeto amado, sea éste la representación de una persona, o de uno mismo como yo ideal, o de una abstracción que es adorada (por ejemplo tener salud).

La impotencia y la desesperanza fueron reconocidas como factores pre-disponentes del comportamiento suicida como se refleja en varios estudios, destacando el realizado por Beck et al.; **Error! Marcador no definido.** en el año 1985, donde el 91% de los pacientes que se suicidaron mostraban estos sentimientos en su estado de ánimo. Existen varios marcos conceptuales que buscan explicar las bases cognitivas de dicho

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

trastornos, siendo el modelo de Beck (1967) uno de los más reconocidos hasta el momento. En dicho modelo el trastorno depresivo es explicado en función de la activación de una serie de esquemas, entendidos como estructuras de las cuales se percibe la realidad. Estos esquemas depresógenos están constituidos por la triada cognitiva consistente en:

1. Una visión negativa de sí misma
2. Una visión negativa del mundo
3. Una visión negativa del futuro o desesperanza.

De acuerdo con la teoría de Beck (1967) y proceso de ideación y el riesgo suicida, es propio de los individuos que exhiben estilos inferenciales negativos acerca de su futuro, o sea individuos que perciben su futuro con desesperanza. Las características principales de esta actitud negativa refieren a lo que el autor llama aplanamiento emocional, entendido como la tendencia a establecer una similitud o una continuidad entre el presente y el futuro, y a la presencia de un auto-concepto negativo.

A partir de esta conceptualización del constructo, Beck y sus colaboradores construyen la Escala de la Desesperanza (Beck Hopelessness Scale, BHS, muy usada en psiquiatría), cuyo objetivo principal es evaluar las expectativas que los pacientes tienen de que ocurran acontecimientos negativos, como también la imposibilidad percibida por los mismos de realizar acciones para evitar que estos acontecimientos ocurran. Esta escala está abalada por muchos estudios como técnica de screening, cribado o de detección precoz de expectativas desesperanzadas.

Impotencia y desesperanza. Diagnósticos de enfermería.

Es muy importante conocer estos dos diagnósticos, tenerlos muy en cuenta a la hora de realizar la valoración de enfermería en un paciente terminal. ¿Cómo podemos detectarlos? ¿Cuáles son sus principales diferencias entre ambos? ¿Puede el personal de enfermería actuar para tratar estos sentimientos y así prevenir sus consecuencias? Procedemos a definirlos y caracterizarlos según NANDA.

Conocer a la persona que buscamos apoyar, dentro de nuestra profesión nos ayudará a comprender sus necesidades en salud. “conocer al paciente” se ha convertido en una frase hecha dentro de la enfermería contemporánea, pero entender el estado de la

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

persona en términos de salud, creencias, valores y actitudes junto con los determinantes estructurales de salud e influencias externas, formarán un punto de partida para la valoración de las necesidades de salud.

a) Desesperanza (Las referencias son textuales de la fuente bibliográfica)

La taxonomía NANDA⁵ define el diagnóstico DESESPERANZA como el estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.

Las características definitorias señaladas para este diagnóstico son:

Pasividad. Disminución de la verbalización; disminución de las emociones: claves verbales (contenido desesperanzado, “no puedo”, suspiros); cerrar los ojos; anorexia; disminución de la respuesta a los estímulos; aumento o disminución del sueño; falta de iniciativa; falta de implicación en sus cuidados o aceptación pasiva; encogerse de hombros en respuesta a la persona que le habla; volverse hacia el lado contrario de la persona que habla; manifestar sentirse perdido, incapaz de sobreponerse, abandonado.

Y los factores relacionados más frecuentes serían:

Abandono; prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento; pérdida de la fe en los valores trascendentales; estrés de larga duración; declive o deterioro del estado fisiológico y/o trastorno psicológico, negativa a realizar una revisión de la vida, percepción de demandas que sobrepasan a los recursos personales.

Los resultados que propone la clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification) para éste diagnóstico están relacionados con:

La calidad de vida; el equilibrio emocional, la esperanza, el estado nutricional, la ingestión alimentaria de líquidos, el sueño, y la toma de decisiones.

Y entre los resultados del usuario se señalan:

- Verbalizar sentimientos. Participar en el cuidado.
- Realizar manifestaciones positivas (P.ej. puedo o intentaré)
- Establecer objetivos
- Realizar contacto visual, se centrara en el interlocutor
- Mantendrá un apetito apropiado para su edad y salud física

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

- Dormirá durante un período apropiado para su edad y salud física
- Expresará interés por los demás
- Iniciará actividades.

Y las intervenciones enfermeras que propone la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification) están encaminadas a:

Dar esperanza.

Intervenciones enfermeras y razonamiento.

- Vigilar y documentar el potencial para el suicidio. (derivar al paciente a un tratamiento apropiado si se identifica potencial para el suicidio.)
- Explorar la definición que hace el paciente de esperanza.
- Ayudar a identificar las fuentes de esperanza.
- Ayudar a identificar las razones para seguir viviendo.
- Proporcionar retroalimentación realista.
- Valorar el dolor y responder con medidas apropiadas para aliviarlo, el miedo al dolor y la incapacidad para afrontarlo son factores de riesgo significativos para la desesperanza.
- Ayudar a la solución de problemas y toma de decisiones. La terapia cognitivo-conductual es una intervención útil cuando se trabajan asuntos relativos a la esperanza, las estrategias que abordaban el significado de esperanza en los individuos con cáncer avanzado favorecieron el bienestar psicosocial (Lin, 2003)
- Alentar la toma de decisiones en las actividades diarias
- Dar tiempo para iniciar las interacciones, acercarse de forma comprensiva y carente de juicios
- Alentar a participar en actividades de grupo.
- Enseñar estrategias alternativas para el afrontamiento. La calidad de vida se ve mejorada en mujeres afectadas por el síndrome coronario cuando incorporan ejercicios y terapia de relajación a sus conductas de afrontamiento.
- Comunicar claramente lo que supondrá la trayectoria de la enfermedad y/o el curso de tratamiento. Es preciso esforzarse para eliminar cuanta más incertidumbre posible.

- Usar el humor adecuadamente. El humor constituye una intervención eficaz para la desesperanza (Duggleby 2001) El uso de intervenciones humorísticas específicas en las unidades de rehabilitación hospitalaria produjo un resultado positivo en la promoción del ajuste psicosocial y la curación. (Scholl, 2003).
- Implicar a la familia y allegados en el plan de cuidados, el apoyo social es una variable significativa relacionada con la esperanza.
- Aconsejar a la familia y demás allegados que expresen interés, esperanza y amor por el paciente. Las relaciones en las que se muestra interés tienen una influencia positiva en la presencia de esperanza. Se necesita el apoyo de la familia. (Kuo 2002).
- Valorar la presencia de signos y síntomas de depresión. La desesperanza como uno de los síntomas de la depresión se ha señalado como indicativa de elevadas posibilidades de suicidio (Szanto, 2003).
- Emplear el contacto físico para demostrar interés y siguiendo las normas culturales adecuadamente y con la autorización del paciente y aconsejar a la familia que haga lo mismo. Las mujeres con fibromialgia experimentaron resultados positivos con el contacto físico a modo de intervención. (Denison 2004).
- Facilitar el acceso a recursos para apoyar la espiritualidad positiva. Las creencias espirituales que se practican dentro de un marco positivo facilitarán la esperanza. Las mujeres afectadas de cáncer que participan en actividades y grupos religiosos manifestaron una adaptación más positiva. (Ferrel, 2003).
- Valorar la presencia de signos y síntomas clínicos de depresión.
- Usar recuerdos y terapias de revisión vital para identificar antiguas habilidades de afrontamiento. (Wang, 2004).
- Expresar esperanza al usuario y proporcionarle respuestas positivas siempre que sea apropiado. La comunicación de la enfermera para el cuidado del paciente facilita el movimiento en dirección hacia la esperanza. La relación terapéutica tiene un efecto positivo en el alivio de la desesperanza. (Collins, 2003)
- Identificar las fuentes de espiritualidad de los usuarios actuales y anteriores. Ayudarle a explorar su vida e identificar las experiencias notables. La espiritualidad constituyó un factor significativo en la calidad de vida de mujeres con cáncer de ovario (Ferrell, 2003).

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

- Administrar la medicación según se ha ordenado y evaluar las posibles interacciones farmacológicas que se puedan producir y/o exacerbación de los síntomas observados.
- Colocar al paciente junto a una ventana, llevarle al exterior o aconsejarle actividades como la jardinería (si es capaz de practicarla). Los cambios ambientales favorecen la esperanza (Cutcliffe y Grant, 2001).
- Proporcionar formas estéticas de expresión como danza, música, literatura y cuadros, en un estudio de la población sueca de entre 65 y 89 años, las experiencias éticas se relacionaron con la sensación de intemporalidad y espacialidad, sirviendo como fuentes de gratificación (Wikstrom, 2004).
- Si fuera posible hacer que el paciente realice ejercicios diarios regulares adaptados a sus habilidades. Se ha demostrado que el ejercicio tiene un efecto beneficioso ante la depresión.

B) Impotencia (Referencias textuales de la fuente bibliográfica)

Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.

Las características definitorias están organizadas según niveles en:

Bajas

- Expresiones de incertidumbre sobre los niveles fluctuantes de energía: pasividad.

Moderadas.

- Falta de participación en los cuidados o toma de decisiones cuando se da la oportunidad de hacerlo; resentimiento, cólera, culpa, rechazo a manifestar los verdaderos sentimientos, pasividad, dependencia de otros que puede resultar en irritabilidad, temor a la alineación por parte de los cuidadores, expresiones de insatisfacción y frustración por la incapacidad para realizar las tareas o actividades previas; expresiones de duda respecto al desempeño del rol; falta de control de los progresos; falta de defensa de las prácticas de autocuidado cuando son cuestionadas; incapacidad para buscar información respecto a sus cuidados.

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

Graves.

- Expresiones verbales de carecer de control: sobre su autocuidado; influencia sobre la situación; influencia sobre el resultado; apatía; depresión por el deterioro físico que ocurre a pesar del seguimiento del tratamiento.

Y los factores relacionados serían:

Entorno de cuidados de la salud; interacción interpersonal; estilo de vida desesperanzado; tratamiento relacionado con una enfermedad.

Los resultados que propone la clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification), para este diagnóstico están relacionados con:

El autocontrol de la depresión; las creencias sobre la salud; la capacidad percibida para actuar, la percepción de control, la percepción de recursos; o la participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria.

Y entre los resultados del usuario se señalan los siguientes:

- Expresará sus sentimientos de impotencia y otros sentimientos relacionados con la misma (p.ej., enfado, tristeza, desesperanza)
- Identificará los factores incontrolables
- Participará en la planificación e implementación del cuidado; tomará decisiones relativas al cuidado y al tratamiento cuando sea posible
- Formulará preguntas sobre el cuidado y el tratamiento
- Expresará verbalmente esperanza sobre el futuro y sensación de participación en la planificación e implementación del cuidado.

Las intervenciones enfermeras que propone la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification) están encaminadas a:

- Establecimiento de objetivos comunes; facilitar la autorresponsabilidad; potenciación de la autoestima; reestructuración cognitiva; y las relaciones complejas en el hospital
- Observar la presencia de factores que contribuyen a la impotencia (p.ej., inmovilidad, hospitalización, pronóstico desfavorable, carencia de sistema de apoyo, falta de información sobre la situación, rutina inflexible, enfermedad

crónica). La identificación correcta del problema real o percibido es esencial para proporcionar medidas de apoyo adecuadas.

- Mantenerse alerta ante la conducta del paciente que intenta asumir el poder, incluso si parece una confrontación. Ayudar al paciente a canalizar sus conductas de manera efectiva.
- Valorar la presencia de Manejo Inefectivo del régimen terapéutico o incumplimiento del tratamiento. El seguimiento ineficaz del régimen terapéutico o el incumplimiento puede ser una afirmación de la necesidad de control (Gibson y Kenrick. 1998).
- Valorar signos y síntomas de depresión por desesperanza y prestar especial atención a la disponibilidad de apoyo social. La depresión por desesperanza se caracteriza por el estilo cognitivo negativo. Cuando ocurren eventos negativos en la vida puede aparecer depresión por impotencia, en especial cuando el apoyo social es bajo (Johnson et al 2001; Joiner et al, 2001).
- Establecer una relación terapéutica con el usuario pasando con él tiempo frente a frente, asignándole a un mismo cuidador, cumpliendo lo dicho (por ej., si le dices volveré dentro de una hora), proporcionando aliento y teniendo empatía.
- Permitir al usuario compartir sus sentimientos, evaluar la influencia que estos sentimientos puedan tener sobre la toma de decisiones y acciones del mismo. Ayudarle a centrarse en los elementos objetivos de su situación y no en aspectos emocionalmente amenazantes de la experiencia.
- Apoyar los esfuerzos que hace el paciente para recobrar el control, aprendiendo todo lo posible sobre su enfermedad.
- Alentar al paciente a compartir creencias, pensamientos y expectativas sobre su enfermedad. La teoría de la autorregulación asume que los usuarios empleen percepciones, interpretaciones y expectativas sobre la experiencia de la enfermedad para regular sus respuestas y (Johnson, 1999).
- Mantener los artículos que usa y necesita el paciente como orinales, pañuelos de papel, teléfono, mando a distancia de la televisión, a su alcance. El bienestar puede resultar mucho más afectado por elecciones relativas a las actividades de la vida diaria como comer, dormir y el arreglo personal que por las relativas a eventos de mayor envergadura. Un paciente es capaz de participar en su propio cuidado si tiene acceso a los dispositivos necesarios. La participación en el cuidado proporciona sensación de control.

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

La impotencia se describe a sí mismo como un factor de riesgo, como el riesgo de percibir una falta de control sobre la situación o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa.

Entre los factores relacionados en relación con este riesgo, se señalan los siguientes:

- Fisiológicos,

Enfermedad aguda o crónica (hospitalización, intubación, ventilador, aspiración, lesión aguda o proceso patológico progresivo y debilitante (p.ej., lesión medular, esclerosis múltiple); envejecimiento (p.ej. Disminución de la fuerza física, reducción de la movilidad); agonía

- Psicosociales,

Falta de conocimientos sobre la enfermedad o el sistema de cuidados de la salud; dependencia en la vida cotidiana, con patrones de afrontamiento inadecuados; falta de integralidad (p.ej., ausencia de poder); reducción de la autoestima; imagen corporal pobre o deteriorada. (Cuadro comparativo); **Error! Marcador no definido.**

TABLA 2 – CUADRO COMPARATIVO DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS
DESESPERANZA E IMPOTENCIA (Elaboración propia).

| DESESPERANZA | IMPOTENCIA |
|--|---|
| Percepción subjetiva y mantenida de la persona de ausencia de alternativas para la consecución de sus metas, sintiéndose incapaz de movilizar su energía en su propio beneficio. | Situación en la que la persona percibe una pérdida de control de acontecimientos actuales o inmediatos, por la incapacidad para influir significativamente en el resultado de los mismos mediante sus propias acciones. |
| La persona no percibe posibilidades de mejora y expresan la imposibilidad de que nadie pueda ayudarles. | La persona percibe la existencia de posibilidades de actuación pero sin posibilidades. |
| Paciente que no percibe alternativas de su situación. | Paciente que cree que sus acciones no repercutirán sobre el resultado. |
| Actitud pasiva. | Actitud colérica e irritable. |
| Más enfocado al futuro, no existen razones para creer en dicho futuro. | Enfocada a acontecimientos recientes o inmediatos. |
| La “Desesperanza” está relacionada con el duelo y la depresión, por lo que puede ser un factor de riesgo para el suicidio. | Los sentimientos de “Impotencia” repetidos o prolongados puede provocar “Desesperanza”. |
| Paciente con poca verbalización, con aumento de la comunicación no verbal en clave pesimista. | Paciente con verbalización de expresiones de insatisfacción, frustración, etc. Pero con resistencia a mostrar los verdaderos sentimientos. |
| Paciente con poca respuesta a estímulos y disminución de las emociones | Presencia de cólera e irritabilidad en el sujeto. |
| Es muy importante diferenciar estos diagnósticos. En la “Desesperanza” la persona no percibe soluciones a su problema, ni alternativas para conseguir lo que desea, mientras que en la “Impotencia” puede conocer alternativas, pero es incapaz de ponerlas en marcha porque cree que está más allá de su control o que carece de los recursos necesarios. | |
| Los sentimientos de Impotencia repetidos o prolongados, pueden provocar Desesperanza | |

JUSTIFICACIÓN

La necesidad de conocer, comprender y analizar todos los aspectos que genera una situación difícil, porque puede llegar a complicarse aún más, esto unido a la escasez de investigación de la impotencia y desesperanza vistos como diagnósticos enfermeros justifica revisar lo que se ha hecho hasta el momento para llevar a cabo más estudios al respecto. La cercanía de la muerte es una situación que en sí genera gran impacto en enfermos y cuidadores y es necesario saber actuar para que todo esto no degenere en una situación que resulte inmanejable.

OBJETIVO

Conocer el uso de los diagnósticos impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

- ❖ Analizar las definiciones de los conceptos desesperanza e impotencia en el contexto de los cuidados paliativos.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura científica para conocer el uso de los diagnósticos impotencia y desesperanza en cuidados paliativos, encontrándose con el inconveniente de que no hay estudios realizados por enfermería que aborden estos dos sentimientos como diagnósticos sino más bien desde el punto de vista de la psiquiatría y la psicología.

Se encontraron 28 documentos, introduciendo las siguientes palabras claves en las bases de datos electrónicas consultadas:

Desesperanza

Impotencia

Diagnósticos enfermeros

Cuidados Paliativos.

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

Y sus correspondientes términos en inglés:

Hopelessness

Powerlessness

Nursing diagnoses

Palliative Care.

Las Bases de datos consultadas fueron:

Pubmed,

Psychoinfo,

Cuiden,

Google académico.

- ❖ La investigación en este tema es comparativamente escasa, por lo que se ha evitado el uso de filtros en la obtención de artículos. Se seleccionaron 9 artículos y estudios publicados que procederemos a desglosar organizándolos de manera temática.
- ❖ Otra bibliografía de apoyo consultada.

Se consultó principalmente Los diagnósticos enfermero NANDA clasificación internacional en su edición del 2012, libros de historia y organización de los cuidados paliativos, libro sobre el pensamiento crítico y el juicio clínico en enfermería, libro sobre el control de síntomas en pacientes terminales, libro de planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales, publicado por la AECPAL, (Asociación Española de Enfermeras en Cuidados Paliativos). Y por último el libro de los diagnósticos normalizados publicado por FUDEN (Fundación para el desarrollo de la Enfermería).

RESULTADOS

Como se mencionaba antes se observa que los estudios realizados son desde la perspectiva psicológica y enfocada a la impotencia y la desesperanza como la puerta de entrada a la depresión en los pacientes terminales.

TABLA 3 – ARTÍCULOS SELECCIONADOS EN EL PRESENTE TRABAJO
SOBRE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS IMPOTENCIA Y DESESPERANZA

| TÍTULO DEL ARTÍCULO Y AUTORES | SE HA ENCONTRADO: | PUBLICACIÓN Y AÑO |
|--|--|---|
| Percepción de la enfermedad, el ajuste a la enfermedad, depresión en una población paliativa. Autor: Price A, et al | Que conocer el riesgo de depresión antecedida por sentimientos de impotencia y desesperanza en CP. ayuda a personalizar la gestión de la enfermedad por los sanitarios. | Journal of Pain Symptom Management. 2012 |
| Desmoralización: la introducción del concepto y su importancia para los cuidados paliativos. Autores: Barbosa M, Moutinho S, Gonçalves E. | Se presentan pruebas de cómo se relaciona el concepto de desmoralización con el dg. clasificación, tratamiento y la relación de la desmoralización con la unidad de CP. | Revista Médica Portuguesa 2011 |
| La ansiedad en los pacientes con cáncer terminal. Autores: Kolva E, et al | Este estudio examina la ansiedad en pacientes en fase terminal que reciben tratamiento ambulatorio en relación con pac. hospitalizados. Se concluye que la ansiedad puede afectar negativamente a la recuperación de los procedimientos y disminuir el tiempo de supervivencia en pac. paliativos. | Artículo publicado en Journal of Pain Symptom Management. 2011 |
| La desesperanza en pacientes con cáncer terminal. Autores: Rosenfeld et al | Estudios basados en entrevistas semiestructuradas. Demuestran que se puede medir el grado de desesperanza de los pacientes y que esto es útil para los ajustes de los cuidados paliativos. Se necesita más investigación | Revista Psychological assessment. 2011 |

| | | |
|---|---|--|
| <p>La esperanza como estrategia de afrontamiento, factor de mejora de la calidad de vida en pacientes terminales.</p> <p>Autores: Mok E, Lam W.M, Chan K.S.</p> | <p>Estudio cualitativo que a base de entrevistas exploró el significado de la “esperanza” en pacientes con cáncer avanzado y también desde el punto de vista de los profesionales que su visión contribuye a la esperanza de los pacientes.</p> | <p>Journal of Palliative Medicine.</p> <p>2009</p> |
|---|---|--|

En Pubmed.

| | | |
|--|---|--|
| <p>Morir, experiencias de impotencia e indefensión de los pacientes con cáncer.</p> <p>Autores: Sand L, Strang P, Milberg A.</p> | <p>Las sensación de impotencia y desesperanza están estrechamente vinculadas con los pac. terminales. Este estudio hace cuantificaciones y analiza los factores desencadenantes: muerte inminente, síntomas, incertidumbre, pérdida de control y autonomía, etc. Los resultados se discuten en relación con la teoría de la psicología.</p> | <p>Journal: Suportive Care in Cancer.</p> <p>2008</p> |
| <p>Relación entre calidad de vida y niveles de desesperanza y depresión en cuidados paliativos.</p> <p>Autores: Mistakidou K, et al.</p> | <p>Estudio comparativo que concluye que la calidad de vida de una población de 102 pacientes con cáncer avanzado está determinada por el grado de desesperanza y las características demográficas y clínicas de los pacientes.</p> | <p>Revista : Depression and Anxiety. The official journal of ADAA.</p> <p>2008</p> |
| <p>Escala de Desesperanza. – A. Beck.</p> <p>Autores: Mikulic I. et al</p> | <p>Este estudio demuestra estadísticamente la validez de la escala de Beck como herramienta diagnóstica de la desesperanza que nos predice la depresión.</p> | <p>Revista Anuario de investigaciones.</p> <p>2008</p> |
| <p>Escala de desmoralización, informe de su desarrollo y validación.</p> <p>Autores: Kissane D,W. et al.</p> | <p>Desarrollo del concepto de desmoralización. El análisis factorial identificó 5 dimensiones: disforia, desaliento, desesperanza, impotencia y sensación de fracaso.</p> | <p>Revista Palliative Care</p> <p>2004</p> |

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Antecedentes de la depresión

Price A, **Error! Marcador no definido.** et al concluyen en su estudio llevado a cabo en enero 2012 que la valoración de la percepción de la enfermedad en los cuidados paliativos es probable que nos ofrezca importante información acerca del riesgo de depresión antecedida por la desesperanza y la impotencia propias de la situación y que esto ayudaría a personalizar los manejos de la enfermedad del paciente en su fase más avanzada. Introducir la esperanza como estrategia de afrontamiento, como un factor de mejora de la calidad de vida en los pacientes terminales fue el resultado de la exploración que llevaron a cabo un grupo de psicólogos liderado por Mok E¹⁵ el año 2009.

Sobre la conclusión a la que llegan este grupo de investigadores de la salud, vale la pena resaltar que se destaca un componente muy importante de analizar, como es el hecho de poder diseñar una estrategia de atención para cada caso particular. Si bien, es posible encontrar elementos constantes en casos similares, nunca estaremos frente a una situación que se repita sin variaciones. Las relaciones afectivas, la composición familiar, la historia personal y clínica, el tipo de enfermedad, entre otros muchos factores (que mencionábamos antes), hacen que la realidad de cada paciente se constituya en un caso irreplicable. Si las y los enfermeros entendemos esto, tendremos mayores posibilidades de encontrar mejores propuestas de abordaje en cada caso particular.

Evitar la desmoralización

Un experto oncólogo, Barbosa¹⁶ (2011) refería en su estudio “la desmoralización del paciente se refiere a un fallo persistente de lidiar con el estrés” como se define por Jerome Frank hace 30 años. Sentimientos de desesperanza, aislamiento, pérdida de sentido y angustia existencial son las principales características de la definición de desmoralización que precede a la desesperanza y la impotencia que frecuentemente se asocia a una enfermedad crónica, terminal. El temor a la pérdida de la dignidad y la percepción de ser una carga para los demás puede evolucionar a un deseo permanente de morir. Los autores de este estudio revisaron la literatura relacionada con este concepto y presentaron las pruebas relacionadas con el diagnóstico, clasificación,

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

tratamiento y la relación de la desmoralización que lleva a la desesperanza e impotencia en la unidad de cuidados paliativos.

Un artículo firmado por Kissane D. W¹⁷ publicado en la Revista Palliative Care en 2004, pone de manifiesto como la desmoralización es una expresión de la angustia existencial. Concluye el peso factorial que tienen para la desmoralización de los pacientes la pérdida de sentido o desesperanza, desaliento, impotencia y sensación de fracaso. Ésta idea es corroborada por San L., Strangg P. y Milberg A¹⁸ cuyos resultados de su estudio hace cuantificaciones y analiza los factores desencadenantes: muerte inminente, síntomas, incertidumbre, pérdida de control y autonomía, etc. Los resultados se discuten en relación con la teoría de la psicología.

Sobre esto último conviene señalar que, estos autores ponen en el centro de su investigación un tema relevante para la enfermería y sobre todo para los profesionales que trabajan en cuidados paliativos, como es el hecho de no perder de vista que el resguardo de la dignidad humana es una de las condiciones que hemos de cuidar en todas las personas sin importar su situación o característica particular, individual por singular que ésta parezca, es decir independientemente de la cercanía de la muerte.

Mencionaremos el estudio realizado por Kolva E et al¹⁹ que examina a pacientes terminales diagnosticados con cáncer (total 194 pacientes con ansiedad) y su relación con la depresión. Entre los pacientes participantes que recibieron cuidados paliativos y los pacientes que recibieron solamente atención domiciliaria, se probaron las características que distinguen a los pacientes ansiosos de los pacientes menos ansiosos. Los resultados de éste estudio coinciden con los de otros estudios similares de la presente búsqueda bibliográfica, encontrándose que la severidad de los síntomas no difirió entre los dos entornos de tratamiento, sin embargo los participantes que recibieron cuidados paliativos reportaron niveles significativamente menos altos de depresión y menos deseo de una muerte apresurada.

La importancia de los cuidados paliativos

Rosenfeld B, et al²⁰ concluyen en su estudio del 2011 que la desesperanza se ha convertido en una construcción cada vez más importante en la investigación de los cuidados paliativos. Así mismo, este tipo de investigaciones vienen informando sobre cómo la esperanza considerada como una estrategia de afrontamiento, como un factor

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

que mejora la calidad de vida de los pacientes, es un aspecto relevante que requiere de investigaciones más a profundidad ya que podría revelarnos una serie de posibilidades y nuevas formas de abordar este tema a los profesionales de la salud.

La desesperanza es medible y estadísticamente se ha demostrado la validez de su escala de medición como herramienta diagnóstica, lo analiza Mikulic I. et al²¹ en un estudio publicado en 2008 de gran importancia sobretodo en psiquiatría para predecir cuadros de depresión.

Quizá una de las conclusiones más interesantes de este estudio es que la esperanza de los profesionales de la salud “contribuye” a la esperanza, en la medida en que se convierte en una oportunidad para reflexionar sobre sus valores, creencias y experiencias y de esa manera, fortalecer su capacidad de fomentar la esperanza de los pacientes. Es por demás normal que nos enfrentemos a las dificultades emocionales de los enfermos así como las emociones negativas tanto de los pacientes como de sus familias. La mayoría de los entrevistados en un estudio similar expresaron sentimientos de esperanza sobre el manejo y tratamiento del dolor. (Mistakidou K., et al.)²²

Es común la expresión popular de que nadie puede dar de lo que no tiene. Haciendo uso de esta manifestación, conviene señalar que la esperanza en poder lograr mantener condiciones dignas de vida y de muerte durante el tiempo que dure la enfermedad, es una creencia, un valor, una convicción que debe acompañar a los profesionales de enfermería para así trasmitirlo a los pacientes en el final de sus vidas.

La mayoría de las conclusiones encontradas en los diferentes artículos publicados para examinar las preocupaciones al final de la vida coinciden en analizar la importancia de las variables psicosociales, preocupaciones, sus temores los cuales deben ser claramente expuestos, aún cuando el enfoque clínico sigue siendo el tratamiento de los síntomas, principalmente el dolor.

Los profesionales que se toman tiempo para hablar con los pacientes sobre sus valores personales, relaciones, sentimientos de esperanza, significado y propósito de sus vidas, sus metas y su red social de apoyo pueden ayudarles a tener una muerte en paz.

CONCLUSIONES

La desesperanza y la impotencia son sentimientos negativos que juegan un papel primordial como puerta de entrada de la depresión y al deseo terminar con la vida por cuenta propia sobre todo en los pacientes terminales. La depresión es considerada como un grave problema de salud mental con graves consecuencias para la calidad de vida y la toma de decisiones. Por eso consideramos de vital importancia realizar ésta revisión bibliográfica con el ánimo de tener la capacidad profesional para prever un estado negativo de desesperanza e impotencia, la pérdida de control y autonomía, la ignorancia, el aislamiento y la incertidumbre que como se mencionaba en párrafos anteriores demostrado por numerosos estudios similares llevados a cabo en unidades de cuidados paliativos y también los artículos seleccionados en este trabajo así lo corroboran, dichos ánimos desembocan en estados depresivos, perdiendo los pacientes el sentido, el significado y el propósito de la vida o de la muerte digna. Estos sentimientos unidos a aspectos como la soledad existencial, incapacidad de controlar la situación, la no participación del entorno familiar o la red de amigos pueden llevar al deseo de acelerar la muerte.

No existe investigación realizada desde la perspectiva enfermera sobre estas dos etiquetas diagnósticas.

La impotencia y la desesperanza se utilizan poco como diagnósticos en los cuidados paliativos y se abordan más como factores predisponentes a la depresión.

Los trabajos leídos nos hacen afirmar que, el estado psicológico de una persona no sólo es importante en un estado saludable, sino que también tiene una influencia clave en un proceso curativo o para el tema que nos ocupa en un proceso de desenlace final. Es decir, hay que estar emocionalmente equilibrado, no sólo para poder vivir sanamente, sino también y sobre todo, para poder enfrentar la muerte con la dignidad inherente a la condición humana.

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

Por otro lado, comprender mejor los fenómenos comportamentales del paciente relacionados con la proximidad de la muerte, como la impotencia y la desesperanza, contribuyen a la prevención de la aparición de complicaciones de ahí su importancia.

Hace falta más investigación a este respecto desde el punto de vista de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez B. X., Porta J., Tuca A., Stejernsward J. Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos. Madrid: Ediciones Arán; 2005.
2. Centeno C. C, et al. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Cuidados Paliativos en España año 2000. Madrid 2004. Consultado Mayo 2012. Disponible en www.secpal.com
3. Avila, A. Psicodinámica de la depresión. Anales de psicología. 1990. 37-58.
4. Heather H. T, editor. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
5. Ackley B.J., Ladwig G.B. Manual de Diagnósticos de enfermería. 7ª ed. Madrid: Elsevier España S.A; 2007.
6. Alfaro R.L., Pensamiento Crítico y Juicio Clínico en enfermería. 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
7. Shirley D.B., Cicely Saunders: Fundadora del Movimiento Hospice de Cuidados Paliativos. Books.google académico.es. Disponible en World Wide Web. (Consultado Abril 2013).
8. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Fecha de acceso Mayo 2013 Disponible en: <http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catps=0&cat=252.->
9. Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid. Enfermería Temario oposiciones convocatoria 2005. Madrid. Editorial MAC, S.L; 2005.
10. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española 22da. Ed. (en línea) 2001, Fecha de acceso abril 2013. Disponible en <http://buscon.rae.es/diael/>
11. Bleichmar, H. Algunos subtipos de depresión, sus interrelaciones y consecuencias para el tratamiento psicoanalítico. Revista internacional de psicoanálisis. Marzo 2003;14., Disponible en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000245&>. Consultado en Abril 2013.

12. Beck A., Brown G., Berchick R., Sewart B y Steer R. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*. 1990; 147 (2): 190 – 195.
13. Arribas A.A., et al. Diagnósticos enfermeros normalizados. Ed. 2012 Madrid: FUDEN. 2012.
14. Price A, Goodwin L, Rayner L, Shaw E, Hansford P, Sykes N, Monroe B, Higginson I, Hotopf M, Lee W. Illness perceptions, adjustment to illness, and depression in a palliative care population. *J Pain Symptom Manage*. 2012 May; 43(5):819-32.
15. Mok E, Lau KP, Lam WM, Chan LN, Ng J, Chan KS. Health-Care professionals perspective on hope in the palliative care setting. *J Palliat Med*. 2010 Jul;13(7):877-83. doi: 10.1089/jpm.2009.0393. PubMed
16. Barbosa M, Moutinho S, Gonçalves E. Demoralization: introducing the concepto and its importance for palliative care. *Acta Med Port*. 2011 Dec; 24 Suppl 4:779-82.
17. Kissane DW, Wein S, Love A, Lee XQ, Kee PL, Clarke DM. The Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation. *J Palliat Care*. 2004 Winter;20(4):269-76. PubMed .
18. Sand L, Strang P, Milberg A. Dying cancer patients' experiences of powerlessness and helplessness. *Support Care Cancer*. 2008 Jul;16(7):853-62. Epub 2007 Nov 20.
19. Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, Breitbart W, Brescia R. Anxiety in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Nov;42(5):691-701. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.01.013. Epub 2011 May 12. PubMed PMID: 21565460; *Support Care Cancer*. 2008 Jul;16(7):863
20. Rosenfeld B, Pessin H, Lewis C, Abbey J, Olden M, Sachs E, Amakawa L, Kolva E, Brescia R, Breitbart W. Assessing hopelessness in terminally ill cancer patients: development of the Hopelessness Assessment in Illness Questionnaire. *Psychol Assess*. 2011 Jun;23(2):325-36.
21. Mikulic I.M., Casullo G. L., Crespi M. C., Marconi A. Escala de Desesperanza BHS (A. Beck 1974): Estudio de las Propiedades Psicométricas y Baremización de la Adaptación Argentina. *Anuario de Investigaciones*. 2008. Disponible en Word

Wide

Utilización de los diagnósticos enfermeros: impotencia y desesperanza en cuidados paliativos.

Web://[www.psi.uba.ar/institucional.php?var=investigaciones/revistas/anuario/anteriores/anuario 16/trabajo.php&id=439](http://www.psi.uba.ar/institucional.php?var=investigaciones/revistas/anuario/anteriores/anuario%2016/trabajo.php&id=439). Consultado Mayo 2013.

22. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Pathiaki M, Patiraki E, Galanos A, Vlahos L. Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. Arch Psychiatr Nurs. 2007 Jun; 21(3):150-61.

AGRADECIMIENTOS.

La alumna agradece a la Doctora Azucena Pedr z Marcos y a las Profesoras Asunción García González y Dolores Rubiales Paredes sus valiosos comentarios y revisión, sin los cuales este trabajo no hubiese sido el mismo.