

La aplicación del humor como intervención enfermera en el manejo de una enfermedad oncológica terminal: a propósito de un caso

Miriam Leñero Cirujano

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
myryam_13005@hotmail.com

Tutora

María Paloma Gómez Díaz

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
paloma@farm.ucm.es

Resumen: Las necesidades emocionales son uno de los aspectos más importantes que presentan los pacientes oncológicos en situación terminal. Por ello, se propone el humor como intervención enfermera en los planes de cuidados, cuyo objetivo terapéutico coincide con el establecido por los cuidados paliativos: mejorar la calidad de vida de los pacientes. El humor se convierte en una estrategia fundamental en el cuidado enfermero produciendo beneficios físicos, psicológicos y sociales. Este trabajo analizará: cómo se puede valorar, con qué diagnósticos de enfermería se puede asociar, cómo se puede planificar y qué resultados se pueden esperar. Se expondrá un caso clínico real donde se pondrá de manifiesto la importancia de la intervención enfermera del humor en el bienestar de una paciente con una enfermedad oncológica en fase terminal. Este trabajo pretende despertar el interés de los profesionales sanitarios por el empleo terapéutico del humor, así como las futuras investigaciones científicas al respecto.

Palabras claves: Humor–Uso terapéutico. Enfermos terminales–Cuidados paliativos.

Abstract: Emotional needs are one of the most important aspects that cancer patients in terminal situation have. For that, we propose the humor as a nursing intervention in care plans. The goal of this intervention is the same as the palliative care: improving the quality of life of patients. The humor becomes a key strategy in the nursing care and it produces a lot of physical, psychological and social benefits. We will analyze the humor: how to assess it, which nursing diagnoses can be associated with it, how to plan it and which outcomes can be expected. It will be exposed a real case of a patient with end-stage cancer disease where the humor nursing intervention has a great

importance in her welfare. The aim of this paper is to arouse the interest of health professionals in the use of humor as well as the future scientific research on this area.

Keywords: Humor. Cancer, palliative care.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad en la que se produce la proliferación incontrolada de un grupo de células que se multiplican de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. Esta enfermedad, a parte de su componente físico, también lleva asociado un componente psíquico, social y emocional, lo que hace que sea considerada un importante problema de salud pública^(1,2). Actualmente constituye una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, situándose esta cifra en un 55%⁽³⁾ e incluso se prevé que siga aumentando en los próximos años⁽⁴⁾. En España fallecen al año unas 380.000 personas⁽⁵⁾, de las cuales un 25% son a causa de esta enfermedad⁽⁶⁾. A su vez, un 50-60% del total de todas las muertes en España, se estima que lo hacen tras recorrer una etapa de situación terminal⁽⁵⁾. Esta circunstancia provoca que cada vez sea mayor el número de personas que se ven afectadas por una enfermedad terminal, constituyendo todo un reto para los profesionales de la salud^(4,5,6). La mayoría de estos pacientes en esta situación preferirían ser cuidados y llegado el momento, fallecer en sus domicilios⁽⁷⁾, sin embargo, los datos del estudio realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 2009, muestran que un 56,9% de los pacientes en estado terminal eran atendidos en el hospital en sus últimos días frente a un 33% que lo eran en sus domicilios y un 4,9%, en los centros especializados⁽⁸⁾.

Para que una enfermedad sea considerada de carácter terminal se tienen que cumplir una serie de criterios en el paciente⁽⁶⁾:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Los cuidados específicos que se destinan a este tipo de pacientes se denominan Cuidados Paliativos, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 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, psicológicos y

espirituales”⁽⁵⁾. Se iniciaron en los años 60 en el Reino Unido; y no fue hasta principio de los años 80 cuando se implantaron en España⁽⁹⁾.

La atención del paciente oncológico en fase terminal ha sido la razón de ser de los Cuidados Paliativos; no obstante, también se incluyen en sus programas otras patologías no neoplásicas⁽⁵⁾. En resumen, estos cuidados no buscan en el paciente el “vivir más”, sino que persiguen algo más importante como es el “vivir mejor”. En el ámbito sanitario es muy difícil aceptar la irreversibilidad de la enfermedad en el paciente, pues contradice el objetivo primordial de la medicina que es el “proteger la salud y la vida”. Esto muchas veces supone creer erróneamente en un fracaso por parte del equipo sanitario, orientando los cuidados a curar y no tanto a aliviar⁽¹⁰⁾. De ahí deriva la complejidad de estos cuidados, del hecho de atender, desde una perspectiva holística, a las necesidades físicas, psíquicas, emocionales, sociales y/o espirituales del paciente y de su entorno familiar; con el fin de aliviar el sufrimiento, mejorar el afrontamiento y la adaptación a la enfermedad, promover la dignidad, la autonomía y el bienestar y promocionar la calidad de vida^(2,8). No hay que olvidar que “el cáncer no es una enfermedad del individuo, es una enfermedad de toda la familia”⁽³⁾.

El enfrentarse a un diagnóstico de cáncer supone un fuerte impacto en la vida privada, emocional, social y profesional de la persona y de su entorno familiar, que se ve incrementado si se le añade la situación de terminalidad. Esta situación se traduce en el paciente, como una ruptura con toda su vida anterior en la que se crean sentimientos de negación, ira, incertidumbre, ansiedad, frustración, tristeza, preocupación y/o sufrimiento que irán apareciendo en las distintas etapas de la enfermedad^(1,3,10). El hecho de encontrarse en una fase terminal supone un difícil afrontamiento que se ve potenciado negativamente por el miedo de “convivir con la muerte”⁽¹⁰⁾. Aparecen en el paciente signos y síntomas multifactoriales y cambiantes que afectan a su esfera espiritual, social, emocional y física que merman su calidad de vida y suponen una alta necesidad y demanda de atención^(3,7). El profesional de enfermería juega un papel fundamental en la atención de estos pacientes, ya que es el profesional que más tiempo permanece con ellos y que más vínculos terapéuticos establece⁽¹⁾. Por lo tanto, la enfermería debe estar preparada para hacer frente a las nuevas demandas a través de la atención paliativa integral que tenga en cuenta tanto la vertiente física, emocional como social de la persona. Precisamente, en un informe del Ministerio de Sanidad y Consumo redactado en 2007 “Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud” se destaca como punto crítico en el cuidado del paciente en situación terminal la necesidad de un abordaje biopsicosocial así como el apoyo emocional tanto al paciente como a la familia. Además añade la necesidad de la formación de los profesionales de la salud en los aspectos emocionales⁽⁵⁾.

Según un reciente estudio basado en una revisión bibliográfica sobre las percepciones de los pacientes oncológicos, se valoraba en una buena enfermera el optimismo, el positivismo, la sonrisa y el sentido del humor entre otros aspectos que desarrollaban durante sus cuidados; que se traducían en una mejora de la relación

enfermera-paciente y del bienestar de los mismos⁽¹⁾. Ante estas actitudes positivas los pacientes se sienten más seguros, relajados y positivos en el afrontamiento de su enfermedad y en la adaptación del tratamiento oncológico. Mientras que las actitudes pesimistas o estresantes procedentes de los profesionales sanitarios transfieren en los pacientes y en su entorno ansiedad, tensión y estrés^(1,11,12). De hecho, con un trato más cercano por parte de los profesionales de la salud hacia los pacientes, se evitarían el 80% de las quejas⁽¹³⁾. Siguiendo esta línea, Carbelo y sus colaboradores, hacen ver en varios de sus estudios^(14,15,16) la necesidad de incorporar actitudes positivas en el trabajo diario enfermero, destacando al humor como una intervención esencial en el cuidado de los pacientes en situación terminal, representando muchas veces, una de las mayores necesidades de estos enfermos. Tanta es la envergadura del humor y de las actitudes positivas en general en esta situación, que según afirma Carbelo en una entrevista, la evolución de enfermedades como el cáncer mejora cuando se cuida el ánimo⁽¹³⁾. De hecho, hay situaciones en las que los sufrimientos que se experimentan no son consecuencia directa de los problemas, sino de la manera de afrontarlos⁽¹⁷⁾.

Actualmente se está enmarcando al humor como una herramienta excelente, accesible, efectiva, no invasiva y barata en la atención paliativa para el bienestar tanto físico como anímico del enfermo y de sus familiares^(12,18). Este último aspecto es muy importante si se tiene en cuenta que el 90% del gasto sanitario en cáncer se destina a los últimos 6 meses de vida y el 46% del coste se concentra en los últimos 60 días⁽⁹⁾. Su importancia reside en los diversos beneficios para la salud que le atribuyen los estudios científicos desarrollados hasta ahora (Anexo I). Se ha comprobado que el humor es capaz de reducir el estrés y la ansiedad^(11,12,18,19,20,21,22,23,24), de mejorar el afrontamiento ante las situaciones difíciles^(2, 11, 12, 22, 23) y de facilitar la comunicación y las relaciones sociales^(11,12,21,22,23,25,26,27). E incluso, se ha visto en el humor una forma efectiva para comunicar las inquietudes acerca de la muerte⁽²⁷⁾. Otros beneficios que se están estudiando sobre el humor, es su poder analgésico, que parece ser que o bien la segregación de endorfinas que produce la sensación de bienestar que origina el humor o la distracción cognitiva que causa, mejora la percepción del dolor en estos pacientes^(21,22,23,25,28,29). También se está investigando el papel inmunológico que podría ejercer al aumentar los niveles de determinados marcadores inmunológicos^(20,22,30,31,32,33,34). Por ello, se podría afirmar que las personas que desarrollan su sentido del humor deben poseer un sistema inmunológico más fuerte que las que no lo desarrollan. El campo de la Psiconeuroinmunología se encarga precisamente de estudiar cómo influyen las emociones en el sistema inmunitario y su repercusión sobre la salud^(30,31). En definitiva, todos estos efectos repercuten en una mejora de la percepción de la salud del individuo que se traduce en una mejora de su calidad de vida^(15,20,21,22,25,28,35,36,37). Además supondría una estrategia efectiva para combatir el estrés y la ansiedad que se crea tanto en el paciente y sus familiares como en el propio profesional de enfermería^(15,17,30,33,38,39,40,41). Actitudes como la empatía, el optimismo o la simpatía en el profesional sanitario actuarían como herramientas de promoción de bienestar y salud, reforzando dicha estrategia⁽²⁷⁾. Los estudios realizados hasta ahora cuentan con ciertas limitaciones en cuanto a la metodología, la duración del estudio y tamaño muestral^(21,22). De ahí la insistencia de la comunidad científica en

la necesidad de profundizar en este ámbito con estudios de más envergadura y con mayor rigor científico de los que existen actualmente⁽¹⁶⁾. No obstante, cada vez son más las pruebas y estudios que indican que las emociones positivas, incluido el humor, influyen positivamente en la salud^(13,19).

El paciente ante una enfermedad irreversible en la que su condición de terminalidad le hace sentir que su vida tiene “fecha de caducidad”, el humor como intervención enfermera, podría ayudar a aceptar los límites de su nueva situación, a tomar nuevamente las riendas de su vida, a aprender a vivir con su enfermedad, y lo más importante, a permitirle que viva dignamente^(2,11,27). Pues tal y como indica el Dr. Sanz-Ortiz, jefe del Servicio de Oncología Médica y Cuidados Paliativos del Hospital Universitario de Valdecilla “el sentido del humor es una capacidad cultural de la especie humana que hace que la vida no sólo sea soportable, sino además rica, placentera y deseable”⁽¹²⁾ y que además “permite soportar y aceptar sentimientos de otra forma inaceptables” Freedman, Kaplan y Sadock (1997).

Hasta ahora se ha hablado del humor como intervención enfermera, pero ¿qué se entiende por humor? La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)⁽⁴²⁾ lo define como la acción de “facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo al efecto de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar la enseñanza o enfrentarse a sentimientos dolorosos”. Por su parte, la Asociación de Humor Aplicado y Terapéutico (Association for Applied and Therapeutic Humor) (AATH) define como humor terapéutico a “cualquier intervención que promueve la salud y el bienestar estimulando un descubrimiento, expresión o aprecio lúdico del absurdo o incongruencia de las situaciones vitales. Tal intervención puede mejorar la salud o utilizarse como un tratamiento complementario de la enfermedad para propiciar la salud o afrontamiento, ya sea a nivel físico, emocional, cognitivo, social o espiritual”⁽²³⁾.

El concepto de la palabra “humor” es complejo de delimitar, ya que abarca un amplio abanico de dimensiones tanto cognitivas (cómo interpretar lo que nos rodea), afectivas (capacidad para ser optimistas), comportamentales (cómo lo manifestamos) y sociales (cómo nos ayuda a relacionarnos), otorgándole dichas esferas, un carácter multidimensional. Muchos han sido los autores que han estudiado el humor a lo largo de la historia con la intención de conceptualizar dicho fenómeno. Y aún, hoy en día, no existe un modelo que se ajuste completamente al concepto del humor. Sin embargo, en la actualidad se tienen en cuenta algunas teorías tradicionales para justificar su contexto multifacético como las teorías de la incongruencia, de la superioridad y de la liberación de la tensión donde las aportaciones de dos teóricos del siglo XX, Bergson y Freud tuvieron mucha importancia en su desarrollo^(30,43).

Etimológicamente, la palabra humor procede del latín “humoris” que significa “líquido o humedad”. Esta palabra designó en la antigua Grecia cada una de las cuatro sustancias que formaban parte del cuerpo humano: sangre, flema o pituita, bilis amarilla (cólera), bilis negra (melancolía); sustancias que se correspondían los cuatro

elementos: tierra, agua, aire y fuego. Estos humores debían de permanecer en equilibrio, si esto no se producía, aparecía la enfermedad. Esta fue la primera aproximación a la conceptualización del humor, la Teoría de los Humores que fue esbozada por Aristóteles (383-322 a.C), clasificada por Hipócrates (400-377 a.C) y proclamada finalmente por Galeno (131-200), que añadió un humor más, el “pneuma”⁽⁴³⁾.

Tanto el humor como la risa, ya eran conocidos por sus propiedades terapéuticas en las culturas antiguas como Grecia, India, África y América del Sur, considerándolos como mecanismos esenciales en la mejora del bienestar físico, psicológico y social. No sucedía lo mismo en nuestra cultura occidental, en la que la risa y el humor no eran bienes tan apreciados como en otras muchas culturas^(12,35). Sin embargo, la publicación del artículo *Anatomy of an illness (as a perceived by the patient)* (“Anatomía de una enfermedad”) en el *New England Journal of Medicine* en el año 1976 por Normand Cousins, supuso un punto clave en este ámbito. En este artículo, Normand Cousins describía los efectos positivos que causaba en su espondilitis anquilosante el visionado de películas cómicas: afirmaba que con tan sólo 10 minutos de risas a carcajadas sentía un alivio del dolor durante dos horas, además de experimentar un sueño reparador. Estas afirmaciones suscitaron el interés de la comunidad científica y médica por el estudio de la risa y el humor con propósito de incorporarlos en el cuidado diario para tratar de conseguir objetivos terapéuticos. Doherty Hunter "Patch" Adams, médico norteamericano más conocido como el “Doctor de la Risa” fue otro importante referente en este tema. En 1998 se hizo mundialmente conocido por la película que lleva su nombre, “Patch Adams” protagonizada por Robin Williams. Su principal objetivo era divulgar el concepto y el uso terapéutico del humor y la risa^(11,12,19,25,28).

Desde la década de los 90 hasta hoy en día, ha ido incrementado notablemente el interés científico, médico y social por este tipo de terapias positivas, así lo indican los diversos estudios y manuales publicados hasta ahora que avalan lo que la sabiduría popular intuía desde hace tiempo: la influencia positiva en la salud del humor y la risa^(19,23,24,25,28,30,35,36,43). En la actualidad son muchas las organizaciones no gubernamentales que defienden este valor terapéutico^(11,43). A modo de ejemplo, en España destacan la Fundación Theodora (www.theodora.org), Payasos sin fronteras (www.clowns.org) y la Fundación General de la Universidad de Alcalá de Henares y su iniciativa Humor-Aula que promueve la investigación en este campo (www.fgua.es); y a nivel internacional destaca el Instituto Gensunhdeheit (www.patchadams.org) fundado por Patch Adams en 1971 y la Asociación de Humor Aplicado y Terapéutico (www.aath.org).

El humor se ha relacionado con otras emociones y actitudes que inciden positivamente en el bienestar de las personas como es la alegría, el optimismo, la amabilidad, la simpatía o la risa. En ocasiones se confunde el humor con la risa, concibiéndolos como un mismo fenómeno; cuando en realidad se tratan de fenómenos diferentes: el humor es un estímulo con efectos cognitivos que puede ocurrir sin risa; y la risa es una respuesta fisiológica al humor o a cualquier otro

estímulo y que presenta efectos físicos y psíquicos. Por lo que, el humor puede cursar sin risa, y la risa no tiene por qué tener su origen en el humor^(21,23,43,44). En su conjunto, estas emociones y actitudes son estudiadas por la Psicología Positiva, una reciente ciencia de la salud que busca, mediante la metodología científica, potenciar los recursos positivos que todos poseemos ante situaciones difíciles o agobiantes de la vida en vista a alcanzar una mejora del bienestar y de la calidad de vida. Seligman contempla al sentido del humor como una de las fortalezas humanas que proporcionan mayor bienestar⁽³⁰⁾.

En la actualidad, todas las emociones y actitudes positivas en las que se incluye el humor, se engloban dentro de llamadas terapias complementarias o alternativas⁽²⁸⁾, definidas como el conjunto de intervenciones y técnicas con perspectiva holística de la persona que buscan el equilibrio entre la mente y el cuerpo aportando beneficios en la salud^(11,44). La Organización Mundial de la Salud (OMS) apoya la utilización de estas terapias siempre y cuando no ocasionen daños en el paciente y además, sean validadas científicamente⁽⁴⁵⁾. En el primer informe redactado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en el año 2011 de la situación actual de las terapias naturales⁽⁴⁶⁾, no aparece contemplado el humor como terapia. Sin embargo, sí que se considera a la risoterapia como terapia natural. En este documento también se señala la poca evidencia científica disponible actualmente sobre estas terapias, sin embargo, indican que no se debe considerar esto como sinónimo de ineficacia. A pesar de todo ello, cada vez son más las personas que recurren a ellas⁽¹¹⁾. De hecho, según una encuesta dirigida a los enfermos de cáncer en Estados Unidos, más del 87% de los encuestados utilizaban al menos una terapia natural complementaria a su tratamiento médico; siendo el humor la segunda intervención más utilizada, situándose en un 50%. Además, un 13% adicional indicó que considerarían el uso del humor como herramienta en su bienestar⁽³²⁾.

El humor, como toda intervención enfermera, requiere de una valoración, planificación y evaluación continua que debe estar integrado dentro de los planes de cuidados, por lo tanto no debe considerarse como una intervención aislada. De hecho, se tiene que adaptar siempre a las necesidades y características de cada paciente, evaluando su receptividad y su reacción al humor, es decir, debe tratarse de un tratamiento individualizado^(13,23,35). De igual manera, se tiene que valorar cual es el momento idóneo para su empleo, ya que dependiendo de la persona, las circunstancias o de nuestra habilidad personal puede hacer que en un momento dado, la intervención sea considerada idónea o por el contrario, inoportuna. Para evitar una errónea interpretación, la utilización del humor no será oportuna en las situaciones de agonía y de gran ansiedad, en la comunicación de un diagnóstico, o en el cuidado pacientes psiquiátricos^(9,11,35). Hay que tener en cuenta que para que el humor sea considerado como una intervención terapéutica nunca deberá tener contenido agresivo, excluyente, racial ni sexista^(11,34). Por lo tanto, para que el humor tenga el éxito que se espera de él, se hace necesaria y fundamental una buena formación del profesional sanitario en este ámbito para poder determinar cuándo es oportuna la intervención del humor, cómo utilizarla y qué recursos emplear^(9,11,17,30,35,40,43). Cada

vez son más los profesionales que emplean el humor en sus intervenciones consiguiendo resultados exitosos, sin embargo, otros temen que el humor se interprete con frivolidad, lo que hace que se limite su uso como arma terapéutica. De hecho, siempre se ha considerado que la credibilidad del profesional está asociada más a la seriedad que al buen humor^(17,21,30).

Se ha insistido en la importancia del humor como intervención enfermera en los pacientes en situación terminal, no obstante cualquier profesional sanitario debería valorar el empleo del humor con fines terapéuticos en los pacientes. Si bien es cierto, la enfermería goza de una situación privilegiada con respecto a los profesionales médicos, pues es el profesional que más tiempo pasa con ellos. Esto supone un conocimiento profundo de la persona, de sus preocupaciones y sufrimientos, de las circunstancias que lo rodean y de su ambiente cultural, elementos importantes para la valoración del uso del humor como intervención⁽³³⁾.

OBJETIVO Y JUSTIFICACIÓN

Este trabajo pretende despertar el interés por el uso del humor terapéutico como intervención enfermera en los pacientes con enfermedades en fase terminal, entendiéndolo como una competencia de enfermería en el arte del cuidar. De igual manera se busca fomentar y motivar futuras investigaciones en este ámbito. A continuación, se desarrollará cómo el humor puede integrarse en los planes de cuidados de enfermería, en especial en los enfermos oncológicos que se encuentran en la etapa final de su enfermedad, donde una de las necesidades fundamentales existentes en esta fase son las emocionales. Con la promoción de esta intervención se busca mejorar tanto la calidad asistencial como la calidad de vida del paciente y de sus familiares. Aunque el tema central sea el humor terapéutico, también se tendrán en cuenta otras emociones y expresiones positivas ligadas al humor, consideradas como instrumentos terapéuticos y de mejora de la calidad de vida como puede ser el positivismo, el optimismo, la sonrisa o la risa.

A lo largo de este trabajo, se propondrán algunas estrategias de elaboración propia que se podrían emplear en la práctica diaria enfermera con el fin de promover el humor como intervención. Al final del mismo, se expondrá un caso clínico de una mujer de 78 años que se encontraba en esta situación de terminalidad, donde se podrá comprobar cómo el humor puede influir positivamente en la calidad de vida de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como Ebsco, Cinalh, Enfispo y Medline (Pubmed y ProQuest). También se utilizó el buscador “Catálogo Cisne” de la biblioteca de la facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. Las palabras claves introducidas fueron humor, risa, cuidados paliativos y proceso de enfermería. Se analizaron los artículos publicados desde el año 2001 hasta la actualidad tanto en castellano como en inglés. Para la realización del proceso de atención de enfermería se emplearon la taxonomía II de la North American Nurse Diagnosis Association (NANDA), la clasificación de los criterios de resultados (NOC) y la clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC).

EL HUMOR COMO INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

El humor como intervención enfermera aparece reflejado en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)⁽⁴²⁾ como la acción de “facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo al efecto de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar la enseñanza o enfrentarse a sentimientos dolorosos”.

En la NIC se engloban, de manera normalizada, todas las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería en su quehacer diario; entendiéndose como intervención “cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente”. Estas intervenciones están organizadas en 7 campos y 30 clases, donde cada una posee un número que facilita su clasificación e informatización. Concretamente, el humor está identificado con el número 3R-5320, lo que significa que se encuentra dentro del campo 3 llamado conductual, donde se engloban todos los cuidados orientados a satisfacer las necesidades psicosociales y de adaptación a las situaciones de la vida. Y subclasificado en la clase R, denominada “ayuda para hacer frente a situaciones difíciles”, clase en la que se incluyen, según indica la NIC “intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento”.

En la quinta edición de la NIC⁽⁴²⁾, se destaca un apartado donde se resaltan algunas de las intervenciones principales que realizan los profesionales de enfermería según la especialidad que se trate. El humor se considera una de las intervenciones centrales en la enfermería correlacional, enfermería escolar, enfermería de control del dolor, enfermería holística y enfermería parroquial. Sin embargo, resulta curioso resaltar que la enfermería oncológica no recoge al humor como intervención frecuente en el cuidado del paciente; cuando se está demostrando su efectividad en el bienestar y en la calidad de vida de estos enfermos. Aun así, si se proponen intervenciones como

augmentar el afrontamiento, disminuir la ansiedad, fomentar la implicación familiar, manejar el dolor o apoyar al cuidador principal; intervenciones que se podrían conseguir con la aplicación del humor.

El tiempo estimado necesario para la aplicación del humor según la NIC, es de menos de 15 minutos, pues se considera que dosis pequeñas de humor son más efectivas que dosis en mayor cantidad, ya que en este último caso, el humor podría causar en el paciente dudas y pérdida de confianza en el profesional sanitario. También se recomienda que esta intervención no esté sujeta a pauta horaria^(9,35), pues de lo contrario se haría del humor una rutina y se perdería el elemento sorpresa que muchas veces, lo produce.

En cuanto al nivel de formación que se requiere para su uso, la NIC exige el requisito de ayudante de enfermería. Sin embargo, como se ha comentado previamente, se hace necesaria la formación en la aplicación del humor a todos los profesionales que estén al cuidado del paciente, premisa necesaria para que esta intervención sea efectiva y oportuna.

Como en toda intervención, el empleo del humor tiene que seguir unos pasos metodológicos para garantizar que tenga el éxito que se espera conseguir en el paciente:

- Valorar la necesidad en el paciente
- Establecer los objetivos que se quiere conseguir
- Planificar la intervención
- Seleccionar actividades y desarrollar estrategias para su empleo
- Estudiar el momento idóneo de aplicación
- Analizar los resultados

Todos estos puntos se desarrollarán en los siguientes apartados.

¿CÓMO VALORAR LA NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN “HUMOR” EN LA ENTREVISTA DE ENFERMERÍA EN UNA SITUACIÓN DE TERMINALIDAD?

El humor, al igual que todas demás actitudes positivas, deben ser datos que se incluyan en la valoración enfermera de manera cotidiana, pues como se ha demostrado, juegan un papel muy importante en la percepción de la enfermedad en el paciente.

Para valorar la necesidad del humor como intervención, se tendrá que realizar una valoración enfermera previa que integre todos los aspectos que influyan en el paciente: sus circunstancias, su entorno, su estado de salud, su capacidad de afrontamiento, sus valores, su sentido del humor, etc., es decir, todo aquello que

podría interferir en la intervención y que por ello, habrá que tenerlo en cuenta. Es primordial partir de una relación cordial y de confianza con el paciente y sus familiares para que dicha intervención resulte efectiva. En el paciente en situación terminal, esta valoración debe ser aún más exhaustiva si cabe, pues se debe actuar con precaución y no asumir de antemano que el humor, a pesar de sus múltiples beneficios, vaya a ser siempre bien recibido y adecuado. En estas circunstancias, el humor puede tratarse de un arma de doble filo: por un lado, ser una valiosa herramienta para afrontar la situación, incrementar las ganas de vivir o disminuir la ansiedad en estos pacientes; o bien, ser un mecanismo inhibitor del proceso terapéutico y que sea interpretado como una forma de ataque o de ofensiva en el paciente. Este riesgo de malinterpretación del humor se ve potenciado en el ambiente hospitalario donde conviven diferentes estadios de la misma enfermedad, en el que para algunos, el humor puede ser una intervención beneficiosa y para otros no tanto, por ejemplo, en pacientes en estado de agonía. De ahí la importancia de una buena formación previa en este terreno para poder realizar una buena valoración, planificación, ejecución y evaluación del humor.

Para facilitar al profesional enfermero la recogida de datos sobre los aspectos relevantes del humor dentro la valoración, se pueden proponer diferentes preguntas asociadas a los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. (Tabla 1).

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON	PREGUNTAS PROPUESTAS
PERCEPCIÓN-MANEJO DE SALUD	¿Conoce los múltiples beneficios que tiene el buen humor y la risa? ¿Suele estar de buen humor a lo largo del día? ¿Utiliza alguna terapia positiva que repercuta en su bienestar? ¿Cómo influye su enfermedad en su estado de ánimo? ¿Con qué actitud vive sus problemas y ansiedades?
ACTIVIDAD-EJERCICIO	¿Tiende a realizar actividades divertidas que le hagan sentir bien? ¿Comparte esas actividades con su familia o amigos? ¿Conoce programas en su comunidad de terapias positivas? ¿Cuánto tiempo le dedica a la risa y al buen humor?
REPOSO-SUEÑO	¿Qué estrategias utiliza para dormir y descansar mejor? ¿Suele pensar cosas agradables y positivas antes de irse a dormir? ¿Estar de buen humor le ayuda a dormir?

<p>COGNITIVO- PERCEPTUAL</p>	<p>¿Busca algún método de distracción que le ayude a apartar la atención del dolor o a aliviar el malestar? ¿Utiliza el humor y la risa como analgésico ocasionalmente? Cuando está contento o distraído, ¿su percepción del dolor cambia?</p>
<p>AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO</p>	<p>¿El sentido del humor es una de sus principales fortalezas o debilidades? ¿Se considera una persona positiva, alegre y divertida o todo lo contrario? ¿Hay situaciones que le impidan tener buen sentido del humor? ¿Expresa con facilidad los sentimientos tanto positivos como negativos?</p>
<p>ROL-RELACIONES</p>	<p>¿Cuándo está con su familia o amigos tiende a reírse más y a mostrar su sentido del humor? ¿Sus relaciones sociales le admiran por su buen humor? ¿Intenta rodearse de gente optimista, alegre y con sentido del humor?</p>
<p>AFRONTAMIENTO- TOLERANCIA AL ESTRÉS</p>	<p>¿Qué técnicas efectivas conoce para combatir el estrés? ¿Ha visto en la risa y en el humor como una vía de alivio a su situación? ¿Ha habido algún cambio importante en su vida que le haya hecho disminuir su sentido del humor? ¿Tiende a buscar cosas divertidas cuando tiene problemas?</p>
<p>VALORES-CREENCIAS</p>	<p>¿Qué valor tiene la risa y el humor en su vida? ¿Ve al humor como un medio para alcanzar su objetivo? ¿Considera que el humor y la risa es importante en su situación? ¿Lo considera oportuno?</p>

Tabla 1. Relación de preguntas propuestas según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon para la valoración enfermera del humor. Tabla de elaboración propia.

Como instrumentos para medir el humor, en la actualidad destacan una gran variedad de escalas que pueden aportar datos importantes a la valoración enfermera. Algunas de las más relevantes son⁽⁴³⁾:

- Escala de adaptación al humor (CHS) (Coping Humor Scale) de Martin y Lefcourt. Se trata de un cuestionario breve que valora la forma en la que se utiliza el humor para afrontar una situación estresante (Anexo II).

- Cuestionario de respuesta humorística situacional (shrq) (situational humor reponse questionnaire) de martin y lefcourt. este cuestionario es una ampliación del anterior donde se mide la frecuencia con la que una persona ríe y se divierte en diferentes situaciones de la vida. se proponen diferentes situaciones hipotéticas en las que el sujeto deberá seleccionar cuál sería su respuesta si se encontrase en dicha situación (Anexo III). esta escala, al igual que la anterior, se emplea para valorar cómo se afronta el estrés utilizando como mecanismo el humor.
- Escala multidimensional del sentido del humor (mhsh) (multidimensional humor sense scale) de thorson y powell. en esta escala se valora el humor del sujeto desde diferentes puntos de vista. de las varias adaptaciones que se han hecho de esta escala, destaca la española, realizada por carbelo y colaboradores (Anexo IV).
- Cuestionario de Estilos de Humor (HSQ) (Humor Styles Questionnaire) de Martin. Valora los usos del humor que el sujeto realiza en su vida diaria (Anexo V). este cuestionario junto con el anterior son los más utilizados.

Al igual que ocurre con su conceptualización, la medida del humor mediante las escalas y los cuestionarios aún sigue siendo un reto para los investigadores. Ya que, aunque existan hoy en día numerosos métodos de valoración del humor, algunos citados anteriormente, tienen el inconveniente de presentar, muchos de ellos, problemas metodológicos en su desarrollo y en su uso. Gran parte se debe a la baja fiabilidad de algunos de los cuestionarios y por las diferentes interpretaciones que se derivan del concepto del humor⁽³²⁾. Sin embargo, cabe destacar que en la actualidad son muchos los trabajos de investigación que intentan desarrollar nuevas escalas o adaptaciones de las ya existentes, para adoptar una medida del humor con bases metodológicas sólidas y fiables^(30,47).

LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN SITUACIÓN TERMINAL: OBJETIVOS QUE SE PERSIGUEN CON LA APLICACIÓN DEL HUMOR

La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)⁽⁴⁸⁾ define el diagnóstico enfermero como el juicio clínico que la enfermería identifica, valida y trata independientemente en una persona, familia o comunidad en relación a problemas de salud reales o potenciales. El déficit de los autocuidados, el deterioro de la movilidad física, el insomnio, el afrontamiento inefectivo, el temor, la ansiedad ante la muerte, la desesperanza o el dolor crónico son algunos de los diagnósticos más comunes que presentan los pacientes en situación terminal⁽⁴⁹⁾.

Según un estudio reciente⁽⁷⁾, los dominios de la seguridad y de la protección del paciente, del afrontamiento y de la tolerancia al estrés, de la actividad y del reposo, y

por último, del confort son los más afectados (Figura 1). Siendo el dolor agudo el diagnóstico enfermero más frecuente, seguido de otros como el deterioro del patrón del sueño o la ansiedad, que constituyen los problemas más comunes que se pueden identificar en la valoración de enfermería del paciente en situación terminal (Figura 2).

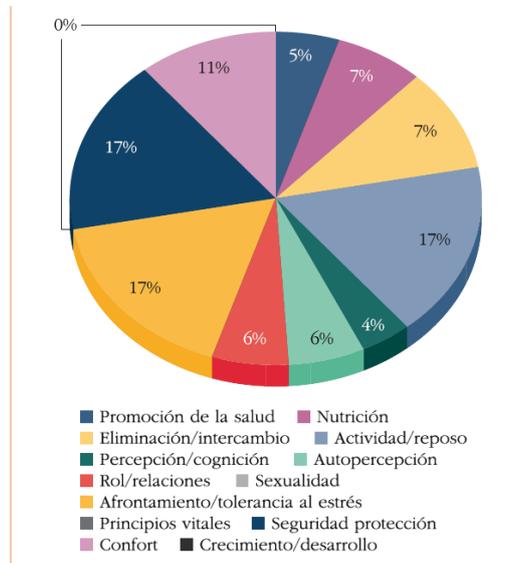


Figura 1. Distribución de los problemas enfermeros presentes en los pacientes en situación terminal según los dominios de la Taxonomía II de NANDA⁽⁷⁾.

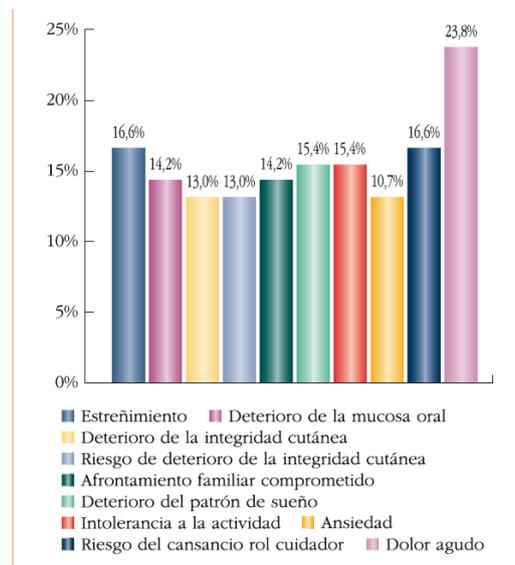


Figura 2. Diagnósticos enfermeros más prevalentes identificados en los pacientes en situación terminal⁽⁷⁾.

En este estudio también se tuvo en cuenta los problemas existentes en los cuidadores de estos pacientes, siendo los diagnósticos más prevalentes el afrontamiento familiar comprometido y el riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

Considerando los problemas y necesidades identificadas en los pacientes oncológicos en fase terminal y en sus familiares, ¿cómo se podría integrar la intervención del humor en los cuidados enfermeros? Bulechek y colaboradores mediante los vínculos entre los diagnósticos enfermeros y los criterios de resultados⁽⁵⁰⁾, proponen al humor como intervención a desarrollar en determinadas situaciones para conseguir los resultados que se plantean en el paciente. Cabe destacar que en todos los casos, el humor se propone como intervención sugerida, nunca como intervención principal. Para valorar el éxito de cualquier intervención de enfermería se utilizan como criterio de evaluación los resultados del paciente, en la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) se engloban todos ellos. Un criterio de resultados se define como “el estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo como respuesta a una o más intervenciones de enfermería”⁽⁵⁰⁾.

Los diagnósticos enfermeros y los criterios de resultados que se asocian al humor como intervención opcional enfermera se recogen en la siguiente tabla (Tabla 2):

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	CRITERIOS DE RESULTADOS
AFLICCION CRÓNICA	Equilibrio emocional: adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.
AFRONTAMIENTO DEFENSIVO	Habilidades de interacción social: conductas personales que fomentan relaciones eficaces. Resistencia familiar: adaptación positiva y función del sistema familiar después de una adversidad o crisis significativa.
ANSIEDAD	Afrontamiento de problemas: acciones personales para controlar los factores estresantes que pone a prueba los recursos del individuo. Autocontrol de la ansiedad: acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.
CONFUSIÓN CRÓNICA	Orientación cognitiva: capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud.

DEFICIT ACTIVIDADES RECREATIVAS	<p>Implicación social: interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones.</p> <p>Participación en actividades de ocio: uso de actividades relajantes, interesantes y de ocio para fomentar el bienestar.</p>
DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL	<p>Habilidades de interacción social: conductas personales que fomentan relaciones eficaces.</p>
DISCONFORT	<p>Estado de comodidad: psicoespiritual: tranquilidad psicoespiritual relacionada con autoconcepto, bienestar emocional, fuente de inspiración, y significad objetivo de la propia vida.</p>
DISPOSICION PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO	<p>Nivel de estrés: gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.</p>
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA	<p>Esperanza: optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.</p>
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LAS RELACIONES	<p>Desarrollo: adulto de mediana edad: progresión cognitiva, psicosocial y moral de los 40 a los 64 años de edad.</p> <p>Desarrollo: adulto mayor: progresión cognitiva, psicosocial y moral a partir de los 65 o más años de edad.</p>
DOLOR AGUDO	<p>Nivel de malestar: gravedad del malestar físico o mental observado o descrito.</p>
DOLOR CRÓNICO	<p>Dolor: respuesta psicológica adversa: gravedad de las respuestas cognitivas y emocionales adversas observadas o referidas al dolor físico.</p>
GESTION INEFICAZ DEL REGIMEN TERAPEUTICO FAMILIAR	<p>Resistencia familiar: adaptación positiva y función del sistema familiar después de una adversidad o crisis significativa.</p>
RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO	<p>Desarrollo: adulto de mediana edad: progresión cognitiva, psicosocial y moral de los 40 a los 64 años de edad.</p>

Tabla 2. Relación de los diagnósticos enfermeros y de los criterios de resultados que se asocian a la intervención enfermera del humor. Tabla de elaboración propia tras una revisión exhaustiva de las interrelaciones de NANDA, NOC y NIC.

Diagnósticos como la aflicción crónica, la ansiedad, el afrontamiento defensivo, el dolor crónico o el deterioro de la interacción social en los cuales se ofrece la oportunidad de utilizar el humor como intervención enfermera, son identificados comúnmente en el paciente en situación terminal. Sin embargo, en otros como desesperanza, insomnio, afrontamiento inefectivo o disposición para mejorar el afrontamiento familiar no se refleja la intervención del humor, cuando se ha comprobado en la literatura científica que éste podría mejorar todos estos aspectos^(2, 11,12,18,19,20,21,22,23,24). Por ejemplo, en el caso del diagnóstico afrontamiento inefectivo, uno de sus criterios de resultados es el afrontamiento de problemas, donde se proponen diferentes actividades como disminución de la ansiedad, ayuda para el control del enfado, aumentar el afrontamiento, mejorar el sueño o distracción. Sin embargo, el humor no aparece como intervención, aunque se podría considerar una forma de distracción. En todo caso, el humor, tal y como señala la literatura científica, es capaz de reducir la ansiedad, mejorar el sueño, controlar emociones y ayudar a enfrentarse a los problemas, por lo tanto, todas las intervenciones que se sugieren para el afrontamiento de los problemas, se podrían reducir con tan sólo una intervención: el humor. Otro ejemplo en el que no se incluye el humor como intervención, pero que sí que se podría considerar, es en el diagnóstico del cansancio del rol del cuidador o el riesgo del cansancio del rol del cuidador. En el criterio de resultados del bienestar del cuidador principal se proponen intervenciones como apoyo emocional o aumentar el afrontamiento, que como se ha comentado anteriormente, son beneficios que se podrían conseguir con el humor. No hay que olvidar que la salud emocional del cuidador repercute en su salud física y psicológica, sobre todo en aquel que se encarga de los cuidados de los pacientes en situación terminal en el que hay un intenso choque emocional. Por ello, un cuidado donde cabe el hueco para el humor relaja tensiones, ayuda a afrontar los problemas y consigue aumentar el bienestar tanto físico como psicológico y social del cuidador principal.

Teniendo en cuenta lo expuesto previamente, el humor debería replantearse como intervención enfermera principal o sugerida en la planificación de varios diagnósticos enfermeros que no incluyen actualmente el humor como intervención. Para ello, es necesario individualizar cada plan de cuidados en el paciente.

ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS PARA LA INTERVENCIÓN DEL HUMOR

La NIC⁽⁴²⁾ propone para cada intervención una serie de actividades, con el objetivo de que la enfermera seleccione las que más se ajusten a los resultados que se quieran conseguir en el paciente. E incluso, se permite añadir nuevas actividades o realizar modificaciones en las ya existentes, siempre que sean coherentes con la intervención en concreto, lo que pone de manifiesto la importancia de un plan de cuidados de enfermería individualizado.

Para la intervención del humor, la NIC propone las siguientes actividades que se desarrollarán en función de los aspectos más importantes en el paciente oncológico en situación terminal que se han expuesto a lo largo de todo este trabajo. Como se ha desarrollado previamente, uno de los pilares básicos que hay que tener en cuenta para que una intervención sea considerada necesaria, oportuna y para que además se garantice su éxito, es el momento de la valoración. Sobre todo, como se ha indicado, si se trata de los pacientes que se encuentran en la recta final de su enfermedad, ya que hay que recordar que nunca hay que dar por hecho que el humor sea siempre beneficioso en el paciente. Por ello, unas de las actividades más importantes que propone la NIC es “determinar los tipos de humor apreciados por el paciente”, que podrá ser valorado mediante las escalas y las preguntas desarrolladas en los apartados anteriores; y “determinar la respuesta típica del paciente al humor (risa o sonrisas)”. Tal y como se ha explicado, el humor se asocia con otras muchas emociones positivas, siendo una de las más frecuentes la risa, actuando como un elemento potenciador de los efectos del mismo, por esta razón también será conveniente “discutir las ventajas de la risa con el paciente”.

El humor puede contemplar varios formatos, es decir, puede darse un humor verbal al contar chistes, anécdotas o realizar cumplidos; auditivo, si se emplean imitaciones, ruidos o audios; visual, si se utilizan cortos, películas o payasos; o bien figurativo, si se usan materiales como viñetas, cómics, libros cómicos, revistas entre otros⁽⁴³⁾. En definitiva, existe una amplia gama de recursos que se pueden emplear en los pacientes para promover el humor, como por ejemplo “fomentar tonterías y guasas”, “fomentar la visualización con humor (pintar una figura autoritaria imponente vestida en ropa interior)” o “señalar la incongruencia de una situación con humor”. Muchas veces las situaciones incongruentes, aquellas que se salen de la norma, son las que al provocar sorpresa y asombro, despiertan el humor, haciendo posible sonreír o reír⁽³⁰⁾. En la atención enfermera, habrá que “disponer de una selección de juegos, dibujos, bromas, vídeos, cintas, libros, etc., humorísticos” con el fin de emplearlos en estos pacientes y posteriormente, “seleccionar materiales humorísticos que creen una reacción alegre en el individuo”. Uno de los materiales humorísticos que más se ha empleado en estudios e investigaciones sobre la risa y el humor son los vídeos cómicos, debido a la facilidad que poseen para provocar emociones positivas. Por otra parte, los chistes o las bromas son vistas, según Freud, como una “válvula de escape” en estos pacientes para liberar los sentimientos y pensamientos que no se llegan a expresar directamente⁽³⁰⁾. Un ejemplo clarificador de esto último, son las palabras de un hombre que estaba a punto de entrar a quirófano para ser intervenido de un adenocarcinoma de colon: “mi mujer estará feliz mientras estoy en el quirófano, ahora podrá tener el mando de la tele para ver lo que quiera, etc.”. En este caso, el paciente recurre al humor como medio para expresar los sentimientos que oculta y que no es capaz de expresar con las palabras precisas. Así pues, para este paciente es más fácil acudir al humor que afirmar directamente que tiene miedo, temor o preocupación.

La receptividad en el paciente es un elemento muy importante a tener en cuenta en cualquier intervención si se quieren conseguir resultados óptimos. En el empleo del

humor en estos pacientes, hay que examinar cuidadosamente la receptividad a dicha intervención, asegurándose que sentimientos tan comunes en estos enfermos como el miedo, la ansiedad o el dolor no superan los umbrales permitidos. Si fuera así, la intervención podría resultar inapropiada o incluso dolorosa para el paciente⁽⁴³⁾. Para evitar esta situación, hay que “observar la respuesta del paciente y suspender la estrategia de humor, si no es efectiva”. Al igual que hay que crear un entorno propicio para su efectividad por lo que habrá que “retirar barreras ambientales que impidan o disminuyan la estrategia de humor, si no es efectiva”. Ya se ha resaltado que el humor puede llegar a ser una excelente herramienta para mejorar la comunicación con este tipo de pacientes, entablar una relación terapéutica enfermera efectiva, así como afianzar la confianza por parte del enfermo y de sus familiares al profesional sanitario. Pues en estos pacientes, la comunicación supone en muchas ocasiones un reto para el profesional⁽⁴⁹⁾, de modo que el humor actuaría como un mecanismo de socialización. Sin embargo, también corre el riesgo de convertirse en un factor de desconfianza si se emplea en exceso y no se valora su receptividad. Por ello, es importante “determinar la hora del día en la que el paciente es más receptivo”, si bien es verdad que se recomienda no seguir una pauta horaria ni repetir siempre el mismo recurso. Lo ideal es comenzar con pequeñas dosis de humor y ver cómo reacciona, siempre intentando “evitar áreas de contenidos sensibles para el paciente”.

El profesional sanitario debe asegurarse que el humor es compartido. Hay veces que se emplea como factor de alivio del estrés entre los compañeros del trabajo en presencia del paciente, esta actitud se considera beneficiosa para mejorar las relaciones interpersonales entre compañeros, pero no actuaría como una terapia focalizada en el paciente, de hecho puede resultar molesto e inoportuno. Por ello, se debe incluir siempre en esta intervención al paciente, que es el objetivo principal, proporcionándole oportunidades para expresar su humor, al que el profesional deberá de “responder de forma positiva a los intentos humorísticos del paciente, siempre y cuando, no sea de carácter ofensivo, agresivo u hostil”. Para que esta intervención sea efectiva, se tendrá que “mostrar una actitud apreciativa sobre el humor” ante el paciente, mostrándose receptivo a su humor y fomentando la escucha activa como medio terapéutico para que se sienta más humano e integrado en el proceso terapéutico de su enfermedad^(34,43).

La NIC también propone la actividad de “evitar el uso con un paciente con trastornos cognoscitivos”, ya que como se ha comentado, el uso del humor presenta ciertas limitaciones. Por lo tanto, la elección de cada actividad dependerá de cada paciente en concreto y de sus circunstancias.

ESTRATEGIAS PARA DESARROLLAR EL HUMOR TERAPÉUTICO Y SU ENFOQUE EN EL ENFERMO EN SITUACION TERMINAL

El profesional enfermero debe promover estrategias adecuadas que fomenten el humor en estos pacientes y en sus familiares. En estas situaciones el humor actuará como mecanismo de defensa ante el afrontamiento de la enfermedad. Se deberán planificar de acuerdo al estado de salud que presente el paciente, así como adaptarlas al lugar físico donde se encuentre. De esta manera, las estrategias serán diferentes si el paciente recibe atención hospitalizada, primaria o domiciliaria. Tras valorar la necesidad de la intervención y determinar las actividades a seguir, la enfermera debe pactar con el paciente un contrato terapéutico, en el que se le deberá de hacer partícipe en el proceso de su enfermedad, haciendo que se sienta útil en el manejo de su bienestar, fomentando la motivación y la satisfacción de las actividades que se lleven a cabo. Es fundamental partir de una relación terapéutica profesional-paciente basada en la confianza antes de llevar a cabo la terapia del humor. Un aspecto importante que no hay que olvidar es la atención familiar, por lo que también se tendrán que incluir a los familiares en los planes de cuidados.

A continuación se propondrán algunas de las estrategias basadas en el humor terapéutico que se podrían llevar a cabo en el manejo de una enfermedad oncológica terminal. Una de las actividades más sencillas que se podría indicar al paciente como forma de distracción es la creación de un álbum donde se incluyan anécdotas o historias divertidas, chistes que más le hayan hecho reír, recortes de revistas cómicas, etc. Con esto se conseguirá que el paciente traiga a la memoria recuerdos de cosas agradables que influirán en su bienestar. Esta estrategia se puede recomendar tanto desde la atención primaria como desde la atención hospitalaria. Si se indica en esta última, es aconsejable establecer en la unidad un espacio dedicado a este tipo de material cómico como libros, videos, audios o revistas para que el paciente pueda hacer uso de ellos. Además, como se ha expuesto en el apartado anterior, esto último se considera una actividad propuesta por la NIC.

Para intentar evitar la frialdad, la monotonía y la rutina del hospital, sería interesante incorporar talleres y programas de actividades del humor periódicamente en el ambiente hospitalario. Actualmente se llevan a cabo estos programas en los niños hospitalizados^(14,29) obteniendo resultados exitosos. Por lo tanto, si el humor funciona en pediatría, ¿por qué no puede hacerlo en los más mayores? Simplemente se trataría de emplear un humor más “adulto”, en vez de contar con magos o payasos, más indicados para niños, se podría contar con monologuistas, humoristas o famosos cómicos que amenizasen la aburrida rutina del hospital para estos pacientes. También podrían colocarse en sitios estratégicos de la unidad paneles y tableros donde los pacientes pudieran adjuntar anécdotas, historias, dibujos o fotos que consideren graciosas. E incluso en dicho panel se podrían colocar carteles informativos de las actividades o talleres del humor que se prevén realizar próximamente. Estos paneles

podrían convertirse en un punto de encuentro de la risa y del humor en estos pacientes. Es importante evitar cualquier material que pueda resultar ofensivo.

Otra estrategia a considerar sería establecer cada cierto tiempo un día dedicado al humor, cuyo objetivo sería fomentar el sentido del humor tanto por parte del profesional como por parte del paciente. De hecho, algunos hospitales ya han incorporado esta estrategia⁽³⁾. Dicho día sería la oportunidad ideal para enseñar pero también para aprender el sentido del humor. Para ello, se podría entregar a los pacientes accesorios de risa o de broma, fomentar los recursos del humor entre pacientes-familiares-profesionales y adornar la planta para la ocasión. Lógicamente siempre habrá que valorar cuál es el momento idóneo para su realización, ya que en el caso de las unidades de cuidados paliativos conviven enfermos de diferente nivel de gravedad, pudiendo resultar ofensiva esta intervención para aquellos pacientes y familiares que se enfrentan a un estado de agonía.

La organización periódica de reuniones o jornadas entre pacientes con la misma situación donde el humor y la risa sean el tema central de la terapia, pueden resultar efectivas para compartir las diferentes emociones y sentimientos vividos dentro de una misma enfermedad. Estas reuniones servirán de ayuda para olvidar por un momento sus preocupaciones y sus ansiedades, pasar un rato agradable y poder disfrutar de los beneficios del humor anteriormente descritos. Como se ha insistido previamente, es fundamental favorecer la participación de los familiares en las distintas actividades que se lleven a cabo en el paciente. E incluso se pueden organizar reuniones con los familiares con el objetivo de explicarles la importancia del humor en el estado de salud del paciente y cómo los cuidadores se pueden beneficiar también de sus efectos. Para ello, se les podría entregar guías, previamente elaboradas con datos de evidencia científica, donde se propongan ideas para promover el ambiente optimista y alegre en casa, que pueden personalizar con sus familiares. De hecho, muchas veces éstos se sienten mal porque no saben qué hacer para intentar aliviar el sufrimiento de sus seres queridos que están enfermos. En esta situación el humor se concibe como una herramienta efectiva del cuidador para poder contribuir en el bienestar de su familiar y a la vez, éste se sentirá útil en el cuidado del enfermo.

Todas estas estrategias centradas en el humor permiten tratar temas tan dolorosos y tristes como puede ser el afrontamiento de un cáncer terminal que de otro modo no se tratarían tan abiertamente. A pesar de que todas estas medidas estén enfocadas al paciente oncológico en situación terminal, también se pueden aplicar en cualquier otra unidad (residencia de ancianos, medicina interna, cuidados intensivos y otras), siempre valorando previamente si es idónea su aplicación.

En cuanto a los profesionales de la salud, una de las más efectivas estrategias en la utilización del humor es el entrenamiento en el mismo, es decir, la formación. Es fundamental que todos los profesionales muestren interés por profundizar aún más en este ámbito, intentando formarse a través de cursos, posgrados, talleres o conferencias. Con esto, no se trata de que los profesionales se conviertan en

humoristas, sino que lo que se intenta promover es el humor como estrategia para mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren un cáncer y que además está etiquetado como terminal. Se trata de cambiar el ambiente frío y triste de los hospitales y de darle una estancia agradable al paciente y sus familiares.

EL HUMOR COMO INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

El proceso enfermero se entiende como la forma en que las enfermeras organizan los cuidados de las personas, las familias y las comunidades. Dicho proceso consta de cinco partes fundamentales: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación⁽⁴⁸⁾.

Los planes de cuidados enfocados a las necesidades emocionales en el manejo de los pacientes con una enfermedad terminal, pueden suponer una herramienta muy útil para los profesionales de enfermería; sobre todo si se tiene en cuenta la intensa carga emocional que el cáncer provoca tanto en el paciente como en sus familiares, y más aún, si éste se encuentra en fase terminal. En tal situación, el humor se considera un importante mecanismo liberador de dichas emociones que permite al paciente disfrutar de un mayor bienestar en todo el proceso de su enfermedad, repercutiendo positivamente en el estado de salud emocional de sus cuidadores y/o familiares.

Para corroborar todo lo que se ha expuesto en este trabajo previamente, se presenta a continuación un caso clínico de una mujer que padecía un cáncer en situación terminal, donde el humor fue una de las intervenciones centrales en el proceso de atención de enfermería, y con la cual, se consiguieron importantes resultados. La entrevista de enfermería se llevó a cabo el 1 de julio de 2012 en el domicilio particular de la paciente, donde se realizó una valoración exhaustiva y completa de su estado de salud (Anexo VI). Se exploró tanto su vertiente física, social, emocional como espiritual, poniendo de manifiesto la concepción holística de la persona que tanto se ha insistido previamente. Para dicha valoración se emplearon los patrones de Marjory Gordon en un intento de organizar y sistematizar los datos recogidos, para posteriormente detectar los diagnósticos enfermeros en la paciente y determinar los objetivos terapéuticos a conseguir. No obstante, en este apartado tan sólo se desarrollarán los aspectos relacionados con la intervención del humor. Cabe destacar que se parte de una relación profesional-paciente basada en la confianza, elemento indispensable para la utilización del humor.

Valoración enfermera

Mercedes, paciente de 78 años fue diagnosticada en noviembre del año 2010 de una neoplasia de colon derecho. En diciembre del mismo año fue intervenida de una hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-cólica mecánica. Cuatro meses más

tarde fue incluida en el programa de Cuidados Paliativos de Toledo por un empeoramiento de su situación de salud. En el momento de la valoración, su diagnóstico médico era adenocarcinoma de colon en estadio IV con afectación metastásica hepática y pulmonar.

PATRÓN 1: MANEJO-PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Mercedes es una mujer de 78 años de edad, jubilada y viuda desde hace 17 años. El día que fue diagnosticada de un cáncer de colon en el año 2010, la percepción de su estado de salud cambió completamente, pues, según comenta, este hecho supuso una ruptura de todos sus planes presentes y futuros: “Me aterra pensar en el mañana, porque no sé si seguiré aquí, etc.”. A pesar de la crudeza de sus palabras, expresa su deseo por luchar ante su situación y por mantener las ganas de vivir hasta el último momento. De hecho, intenta buscar actividades que la ayuden a sentirse bien, pero refiere que muchas veces no encuentra el bienestar que desearía tener en sus últimos momentos de vida. Siempre ha gozado de un buen estado de salud, manteniendo hábitos saludables en la alimentación y en el ejercicio. Considera que la salud es un valor muy importante del que actualmente carece. Sin embargo, comenta que no suele quejarse demasiado, pues considera que no se encuentra tan mal como ella pensaba dada la gravedad de su situación. La paciente transmite la necesidad de poder vivir dignamente y pone de manifiesto la importancia del humor en su enfermedad “Me siento como una lata de sardinas, ya tengo “fecha de caducidad”, pero seguro que la lata aunque caduque antes, dura mucho más que yo.” Esta declaración con tono humorístico revela algo importante de Mercedes, ella es plenamente consciente de su pronóstico a corto plazo, sin embargo, no lo expresa directamente, sino que utiliza el humor como vía de escape de sus emociones, quitando crudeza a la situación. Ella comenta que no le gusta oír hablar de la palabra “cáncer”, prefiere pensar que tiene un bicho dentro de ella (así denomina al “cáncer”) que la va quitando la energía y se la va comiendo poco a poco. Al preguntarla sobre lo que el humor significa en su vida, la paciente lo describe como “la auténtica medicina que yo necesito en este momento tan duro de tristeza”. El humor ha sido una de sus mejores cualidades que según ella, se ha visto mermada a raíz de su diagnóstico.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO

Mercedes realiza ejercicio a diario porque le hace sentirse bien y además le ayuda a distraerse. Comenta que suele ir a pasear por el parque cuando hace buen tiempo y si no puede, camina por su casa o hace gimnasia en el salón al ritmo de la música que más le gusta. Está preocupada porque refiere en ocasiones astenia y fatiga que interfieren cada vez más en su vida cotidiana. Dedicar su tiempo de ocio a reunirse con sus familiares y amigos, realizar pasatiempos como sopas de letras, leer, escuchar la radio o ver la televisión. Cabe añadir que Mercedes cuenta con una gran sonrisa que es tan “juerguista” que cada vez que tiene oportunidad (cuando su salud se lo permite), se va a Alicante, a la casa de su hija mayor. Dice que le encanta ir porque se pasa toda la tarde sentada en la orilla de la playa con su sombrero poniéndose

morena. Gracias a todas estas actividades que la paciente realiza, se puede evadir por unos instantes de su difícil situación, manteniendo su mente ocupada y distraída.

La paciente integra el humor en su vida diaria, aunque sí es verdad que no tanto como lo hacía antes. Comenta que le encantan las películas cómicas que le hacen reír, sobre todo resalta la serie de “Curro Jiménez”, que cada vez que puede se sienta en el sillón para verla y pasar una buena tarde. Su familia intenta, cuando la situación lo permite, dar un toque de humor en la vida de Mercedes con el fin de reducir su preocupación, “intento regalar a mi madre siempre una sonrisa aunque por dentro tenga una desolación terrible que me pida llorar”, esto es lo que una de sus hijas refiere. Según su hija, Mercedes no es la misma persona desde que supo su diagnóstico, dice que “su enfermedad está intentando borrar su sonrisa” y expresa su deseo de que su madre tenga una buena calidad de vida hasta que llegue su momento.

PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

Su patrón de sueño-descanso comprende unas seis horas nocturnas y generalmente, una hora de siesta. Refiere tener problemas en el sueño, le cuesta conciliarlo y cuando lo consigue, tiene despertares frecuentes, repercutiendo negativamente en su descanso. Estas alteraciones las atribuye a la ansiedad y al temor que le causa su estado de enfermedad, de hecho comenta que se pasa la mayor parte de la noche pensando en cómo y cuándo será su final y en el por qué le ha tenido que tocar a ella. A su vez, el no descansar adecuadamente por las noches, le causa más ansiedad y malestar durante el día, convirtiéndose en un círculo vicioso. No toma ninguna medicación para el sueño, pero sí que utiliza otras terapias para intentar ayudar a conciliarlo como escuchar la radio antes de dormir. Esta actividad la ayuda en muchas ocasiones a alejar sus malos pensamientos y a relajarse, favoreciendo el sueño.

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL

En este patrón se destaca el malestar general y el dolor que refiere la paciente en las vértebras, miembros inferiores y tórax. Actualmente su intensidad es de un 7 (teniendo en cuenta una escala de 0 a 10, donde 0 indica nada de dolor y 10, máximo dolor), sin embargo comenta que hay episodios que pueden llegar al nivel 10 en dicha escala. En cuanto a su duración, es superior a 6 meses. Mercedes refiere estar “perdida de dolores”, el malestar general la ha acompañado desde su intervención quirúrgica. Sin embargo, ella se niega a quedarse en casa o en la cama aunque tenga esos dolores tan fuertes porque, según comenta, “la cama te hace estar aún peor”, e incluso en la entrevista de enfermería repite varias veces: “algún día me van a encontrar muerta en la calle”. Es su fuerza de voluntad y sus ganas de vivir las que la empujan a salir adelante. Aunque cada vez más estas fuerzas se van agotando, según la paciente. Al preguntarle si utiliza o conoce algún método o terapia, a parte de la farmacológica, que le ayude a apartar la atención del dolor o a aliviar el malestar, afirma que no conoce ninguna terapia, pero que le encantaría enterarse de algo que

sea efectivo en sus momentos de dolor, pues hay veces que no sabe qué hacer para disminuirlo.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Mercedes se consideraba una persona optimista, alegre, llena de vitalidad y con mucha fuerza de voluntad; no obstante desde el conocimiento de su diagnóstico de terminalidad, estas cualidades se han ido disminuyendo, y cada vez son más las situaciones en las que predominan la tristeza y la ansiedad. Esto provoca en la paciente sentimientos de anhelo de alegría y optimismo. De hecho, se niega a vivir el tiempo que la queda en esa situación de tristeza, necesita “algo” para recuperar las ganas de vivir. Se enfrenta a su enfermedad con temor, incertidumbre y preocupación. Refiere tener miedo a la hora de la muerte, no por el hecho de morir, sino por la posibilidad de sufrir una larga agonía, este pensamiento le causa una gran ansiedad y desesperación. Manifiesta una creciente preocupación por llegar a ser en un futuro una persona dependiente y que sus acciones no sirvan para mejorar su salud. De hecho, cada vez tiene que emplear más esfuerzos para superar la situación. Identifica al sentido del humor como una de sus principales fortalezas, que hoy en día se está convirtiendo en una de sus debilidades, cada vez le cuesta más mostrarlo. No obstante, ve al humor como una necesidad importante en su situación para ayudarla a vivir dignamente y a preservar la esperanza.

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

En este patrón se destaca la relación de ayuda presente en la familia de Mercedes. Actualmente vive con una de sus tres hijas, su yerno y su nieta. Toda su familia está muy pendiente de ella, la cuidan muy bien y no la dejan ni un momento sola, haciendo que la paciente se sienta muy apoyada. Según su hija, están todos muy preocupados por ella, les da miedo no saber cómo puede terminar esta situación. Tienen miedo a que Mercedes pueda sufrir cuando llegue el momento. Sin embargo, en su ambiente familiar se intenta actuar con naturalidad ante la dura situación, promoviendo el sentido del humor y la alegría, tal y como una de sus hijas manifiesta “aunque nos duela la situación, tenemos que estar alegres, porque todavía ella está aquí, ya tendremos tiempo de estar tristes”.

PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Debido al cáncer en fase terminal que presenta, Mercedes reconoce estar en una situación muy difícil donde el estrés está muy presente en su día a día. En la cumplimentación de la escala de adaptación al humor de Martin y Lefcourt (ANEXO II), se pone de manifiesto la importancia que tiene para Mercedes el humor como mecanismo para afrontar el estrés y cómo va disminuyendo a medida que avanza su enfermedad. Según la paciente, cada vez es más difícil superar esta situación, pues cada día siente que da un paso más hacia la muerte y esto le produce un temor y una tristeza muy importante. La radio, la televisión o ir a caminar son algunas de las

actividades que la ayudan a relajarse cuando está tensa. Sin embargo, hay momentos en los que la desesperación es tan sustancial que ninguna de las actividades anteriores es eficaz para combatir el estrés. Al preguntarle si ve en la risa y en el humor una vía de alivio a su situación, indica que podría serlo, pero que actualmente no ve claramente cómo hacer frente a la dura realidad.

PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS

Mercedes ve en la religión su mayor desahogo frente a la enfermedad e indica que si no tuviese estas creencias, no sabría cómo afrontar lo que le viene encima. Es católica practicante. La fe en Dios es lo que la mantiene en pie y con ganas de vivir, le “da paz”. La religión le ayuda enormemente en el afrontamiento de su enfermedad. Suele ir a misa para rezar y pedir a Dios para que no tenga sufrimiento cuando llegue su hora.

Otros valores que considera imprescindibles en su vida son la alegría, el humor y la risa. Valores que, como se ha comentado, tienden a desaparecer en su vida diaria. Al preguntarla si consideraría oportuno en su situación iniciar con ella una terapia en la que la risa y el humor fueran los elementos centrales para mejorar su bienestar, ella respondió sin dudar: “todo lo que pueda mejorar mi calidad de vida y mi ilusión por vivir, bienvenido sea”.

Diagnósticos enfermeros detectados

De los datos extraídos en la anterior valoración enfermera de Mercedes, se detectan los siguientes diagnósticos enfermeros que pueden ser susceptibles de ser tratados mediante la intervención del humor:

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR: Patrón de comodidad, alivio y transcendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental y social que puede ser reforzado. Manifestado por (M/p) deseos de aumentar el bienestar. No tiene NOC asociados.

INSOMNIO: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento. Relacionado con (R/c) ansiedad, depresión, temor, duelo y estrés. Manifestado por (M/p) la paciente informa de trastornos del sueño que tienen consecuencias al día siguiente.

- **NOC:**

Sueño: suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo. Valor actual (VA): 2 (sustancialmente comprometido). Puntuación diana (PD): 4 (levemente comprometido).

- ✓ Calidad del sueño: 2 (sustancialmente comprometido).

- ✓ Sueño ininterrumpido: 2 (sustancial).

DOLOR CRÓNICO: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses. R/c incapacidad física y psicosocial crónica. M/p informes verbales de dolor.

- **NOC:**

Control del dolor: acciones personales para controlar el dolor. VA: 2 (raramente demostrado). PD: 4 (frecuentemente demostrado).

- ✓ Utiliza medidas de alivio no analgésicas: 2 (raramente demostrado).

Nivel de comodidad: alcance de la percepción positiva de la comodidad física y psicológica. VA: 2 (algo satisfecho). PD: 4 (muy satisfecho)

- ✓ Bienestar físico: 2 (algo satisfecho)
- ✓ Bienestar psicológico: 2 (algo satisfecho)
- ✓ Relaciones sociales: 3 (moderadamente satisfecho)
- ✓ Vida espiritual: 4 (muy satisfecho)

RIESGO DE IMPOTENCIA: Riesgo de percibir falta de control sobre la situación y/o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa. Factores de riesgo (F/R): proceso patológico progresivo y debilitante.

- **NOC**

Creencias sobre la salud: control percibido: convicción personal de que una persona puede influir en el resultado sobre la salud VA: 3 (moderado). PD: 5 (extenso).

- ✓ Creencia de que las propias acciones controlan los resultados sobre la salud: 3 (moderado).
- ✓ Voluntad para seguir viviendo: 3 (moderado).

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE: Sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada ante la propia existencia. R/c afrontamiento de la realidad de una enfermedad terminal, anticipación de sufrimiento y dolor y percepción de la proximidad ante la muerte. M/p informes de temor a una agonía prolongada.

- **NOC**

Autocontrol de la ansiedad: acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud por una fuente no identificada. VA: 3 (a veces demostrado). PD: 4 (frecuentemente demostrado).

- ✓ Utiliza estrategias de superación efectivas: 3 (a veces demostrado).

DUELO: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida. R/c anticipación de la pérdida de una persona significativa. M/p sufrimiento y desespero.

- **NOC**

Afrontamiento de los problemas de la familia: acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia. VA: 3 (a veces demostrado). PD: 4 (frecuentemente demostrado).

- ✓ Afronta los problemas: 3 (a veces demostrado).
- ✓ Expresa libremente sentimientos y emociones 3 (a veces demostrado).

AFLICCIÓN CRÓNICA: Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente experimentado (por un familiar, cuidador, individuo con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad. R/c experimenta enfermedad crónica. M/p expresa sentimientos de tristeza y sentimientos que interfieren con la capacidad para alcanzar el nivel más alto de bienestar personal.

- **NOC:**

Esperanza: Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante. VA: 3 (a veces demostrado). PD: 5 (siempre demostrado).

- ✓ Expresión de ganas de vivir: 3 (a veces demostrado).
- ✓ Expresión de razones para vivir: 3 (a veces demostrado).

Autocontrol de la depresión: acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los acontecimientos de la vida. VA: 2 (raramente demostrado). PD: 4 (frecuentemente demostrado).

- ✓ Refiere mejoría del estado de ánimo 2 (raramente demostrado)

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA: Patrón de expectativas y deseos que es suficiente para movilizar energía en beneficio propio y que puede ser reforzado. M/p

manifiesta deseos de mejorar la esperanza y el sentimiento de significado de su vida. No tiene NOC asociados.

Planificación y ejecución

La intervención fundamental del plan de cuidados de Mercedes fue el humor, aunque también se tuvieron en cuenta otras intervenciones como apoyo emocional, distracción, disminución de la ansiedad o aumento del afrontamiento.

Se planificaron las actividades a llevar a cabo con la paciente y sus familiares, mediante un acuerdo terapéutico con los mismos. Primeramente se reunió a los familiares para explicarles la importancia del humor en el estado de salud de Mercedes y cómo esta intervención podría beneficiar a su calidad de vida y al estado emocional de sus cuidadores. Posteriormente se discutió con la paciente el valor terapéutico que tiene el humor en su situación y se planificaron las actividades a seguir. Se propusieron algunas actividades como ver películas cómicas, fomentar el ambiente humorístico y alegre en la familia, escribir en un cuaderno lo más gracioso que había pasado en el día, promover las actividades de ocio que más le atraen a la paciente como ir al teatro o a la playa y rodearse de las personas con las que más se divierte. Por parte del profesional, se mostró una actitud positiva ante la paciente actuando en cada visita con un toque de humor en el cuidado paliativo enfermero. En todo su seguimiento se tuvo en cuenta la respuesta de la paciente ante esta intervención, no siendo necesaria la suspensión de la misma.

Evaluación

Todas las actividades se ejecutaron durante un período de un mes, donde se llevó a cabo un seguimiento semanal de visitas domiciliarias para observar los progresos de la paciente. Al final del tiempo previsto de la aplicación de la intervención enfermera del humor, se realizó una evaluación final en la que se evaluaron los criterios de resultados y sus indicadores (Tabla 3):

DIAGNÓSTICO	NOC	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	PUNTUACIÓN CONSEGUIDA
INSOMNIO	Sueño	2 (sustancialmente comprometido)	4 (levemente comprometido)	4 (levemente comprometido)
DOLOR CRÓNICO	Control del dolor	2 (raramente demostrado)	4 (frecuentemente demostrado)	4 (frecuentemente demostrado)
	Nivel de comodidad	2 (algo satisfecho)	4 (muy satisfecho)	3 (moderadamente satisfecho)

RIESGO DE IMPOTENCIA	Creencias sobre la salud: control percibido	3 (moderado)	5 (extenso)	5 (extenso)
ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	Autocontrol de la ansiedad	3 (a veces demostrado)	4 (frecuentemente demostrado)	4 (frecuentemente demostrado)
DUELO	Afrontamiento de los problemas de la familia	3 (a veces demostrado)	4 (frecuentemente demostrado)	5 (siempre demostrado)
AFLICCIÓN CRÓNICA	Esperanza	3 (a veces demostrado)	5 (siempre demostrado)	5 (siempre demostrado)
	Autocontrol de la depresión	2 (raramente demostrado)	4 (frecuentemente demostrado)	5 (siempre demostrado)

Tabla 3. Relación de los diagnósticos enfermeros detectados y de los criterios de resultados en el caso clínico: resultados de la evaluación enfermera. Tabla de elaboración propia.

Los resultados conseguidos en la paciente reafirman lo que la literatura científica viene demostrando desde hace ya tiempo, que el humor es una herramienta indispensable en el bienestar de las personas que sufren una enfermedad terminal.

Con esta intervención se han conseguido resultados exitosos en la paciente, superando las expectativas que se esperaban conseguir dada la gravedad de su situación. El humor ha tenido gran impacto positivo en los aspectos emocionales, mejorando el afrontamiento de problemas, la esperanza y el autocontrol de la depresión y la ansiedad. Además de actuar como estrategia efectiva en la prevención de la impotencia, al hacer posible que la paciente se sintiese útil en el manejo de su enfermedad.

En definitiva, en este caso clínico se ha podido comprobar cómo una intervención enfermera basada en el humor y combinada con otras intervenciones igual de importantes, pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes que creen que no pueden hacer nada más por su vida, aquellos pacientes que se encuentran en una situación terminal. Puede parecer que el humor no sea una intervención prioritaria ni apropiada pero en este caso resultó ser fundamental para la vida de esta paciente, pues la ayudó a afrontar su situación y a aprender a disfrutar de sus últimos momentos con optimismo y con un toque de humor.

Mercedes murió el día 3 de Octubre de 2012. No tuvo agonía ni sufrimiento, simplemente se quedó dormida tal y como ella había pedido.

CONCLUSIÓN

El humor es una herramienta fundamental en el cuidado enfermero de los pacientes, que adquiere un valor sobreañadido si se tratan de pacientes oncológicos, y más aún si se encuentran en la etapa final de su enfermedad. En este caso, el humor podría ser considerado por estos pacientes como una de las principales razones para conservar las ganas y el deseo de vivir. La facilidad para afrontar la situación, la disminución de la ansiedad, del temor o del estrés o la mejora de la percepción del dolor y de la calidad del sueño son algunos de los beneficios que se pueden conseguir con esta intervención y que inciden positivamente en el objetivo primordial de los cuidados paliativos: mejorar la calidad de vida y preservar la dignidad del paciente.

La formación y el entrenamiento en este ámbito del personal sanitario es un requisito fundamental para que esta intervención tenga los resultados positivos que se esperan conseguir. Entre estos profesionales, la enfermería es la clave en el equipo para emplear el humor en los planes de cuidados, pues juega con la ventaja de estar en contacto directo continuo con el paciente y sus familiares. Aunque el empleo del humor se esté incrementando cada vez más por parte de los profesionales consiguiendo resultados exitosos en el paciente, actualmente el humor aún supone un reto para todos ellos. Por ello, las futuras líneas docentes basadas en este ámbito deberían promover e incluir al humor en los programas educativos de la formación de todos los profesionales de la salud, en especial de la enfermería, incidiendo en la importancia del mismo en el cuidado de las personas y el modo de llevarlo a cabo en la práctica diaria. E incluso se podría estudiar la posibilidad de la creación de estudios de posgrado que tengan por objetivo la formación de las terapias positivas en la salud.

Los beneficios de las terapias positivas, donde se incluyen los del humor, cuentan actualmente con grandes evidencias científicas que los avalan; sin embargo estas terapias, todavía suponen un desafío para la comunidad científica en el intento de asentarlas sobre una base científica y metodológicamente fiable. Las futuras líneas de investigación sobre el humor deberían ir encaminadas a diseñar estudios metodológicamente fiables que corroboren los efectos del mismo en la salud y donde se desarrollen escalas que sean efectivas en la medida del humor; así como establecer programas y/o protocolos de actuación donde la intervención central sea el humor. De igual manera, se deberían propulsar investigaciones donde se analicen las relaciones del humor con otras variables presentes en los pacientes que puedan potenciar o entorpecer dicha intervención.

Definitivamente, este trabajo es una iniciativa que busca suscitar el interés científico por las terapias positivas, en concreto del humor, para desarrollar en un

futuro una sólida base de conocimiento científico en la que se apoye esta intervención y sus repercusiones, con el fin de conseguir mejores resultados en la práctica diaria de la atención integral de la persona.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a la familia de la Torre por su amor, cariño, cuidado y dedicación que ofrecieron a su familiar en los momentos tan duros que vivió y por su entera disposición, colaboración e interés con este trabajo. Y a mi paciente, por enseñarme con esa ilusión que le caracterizaba a amar a la vida aun cuando ésta te da la espalda. Mil gracias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rchaidia L, Dierckx de Casterlé B, De Blaeser L, Gastmans C. Cancer patients' perceptions of the good nurse: a literature review. Nurs Ethics [Internet]. 2009 [cited 2013 Feb 20];16(5):528-542. Disponible en: <http://www.cedric-heleinstituut.be/documents/wet-onderzoek/artikels/cancer-patients-perceptions-of-the-good-nurse-rchaidia-et-al.pdf>.
2. Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. Med Clin [Internet]. 2010 [citado 5 Feb 2013];135(2):83-89. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/modelos-atencion-organizacion-mejora-calidad-atencion-los-13151371-cuidados-paliativos-2010>.
3. Roca J, Ruiz F. El paciente oncológico: Atención integral a la persona. Alcalá La Real (Jaén): Formación Alcalá; 2009.
4. Organización Mundial de la Salud. ¿Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo? [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 15 mar 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/15/es/index.html>.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategias en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
6. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2007 [citado 3 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.secpal.com/index.php>.

7. García I, Molina E, Domínguez C, Rivera A, García E, Vicente M. Problemas enfermeros en pacientes en situación terminal: caminando hacia la gestión de casos. *Metas Enferm.* 2010 Abr;13(3):26-31.
8. Sarabia J, Santiago P. Atención a los pacientes con enfermedades en fase terminal: la opinión de los ciudadanos. *Med Clin [Internet]* 2012 [citado 25 Feb 2013];138(2):73-77. Disponible en:
<http://0-www.sciencedirect.com.cisne.sim.ucm.es/science/article/pii/S0025775310010353>.
9. Sociedad Española de Oncología Médica. *Manual SEOM de Cuidados Continuos*. Madrid: SEOM; 2004.
10. Míguez A, Muñoz D. Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enfermería glob [Internet]*. 2009 Jun [citado 12 Feb 2013];8(2):1-9. Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66321/63941>.
11. Ruiz MC, Rojo C, Ferrer MA, Jiménez L, Ballesteros M. Terapias complementarias en los cuidados: humor y risoterapia. *Index enferm.* 2005 Prim/Ver;14:48-49.
12. Gracia A, Díaz MA. La risa: desde su origen hasta su aplicación en los cuidados enfermeros. *Educare21 [Internet]*. 2005 [citado 20 Feb 2013];16:1-10. Disponible en:
<http://enfermería21.com/educare/educare16/aprendiendo/aprendiendo1.htm>.
13. Equipo Consumer Eroski. Entrevista a Begoña Carbelo, investigadora sobre la relación entre el humor y la salud .Consumer Eroski [Internet]. 2009 Jul/Ago [citado 9 Feb 2013];134:12-15. Disponible en:
<http://revista.consumer.es/web/es/20090701/entrevista>.
14. Carbelo B. Los Doctores Sonrisa contagian de risa las habitaciones de los hospitales. *Enferm Clin [Internet]*. 2006 [citado 5 Feb 2013];16(5):229-230. Disponible en:
http://ac.els-cdn.com/S1130862106712219/1-s2.0-S1130862106712219-main.pdf?_tid=fcb8caec-46d0-11e3-be2b-00000aab0f26&acdnat=1383735095_cd09647c17aa15c02a18348ffce0e14b.
15. Carbelo B, Rodríguez S. El Humor: una habilidad a desarrollar en la práctica de los Cuidados Enfermeros. *Metas enferm.* 2001 May;4(4):46-51.
16. Carbelo B, Jáuregui E. Emociones Positivas: humor positivo. *Pap Psicol.* 2006;27(1):18-30.
17. Christian R, Ramos J, Susanibar C, Balarezo G. Risoterapia: Un nuevo campo para los profesionales de la salud. *Rev Soc Peru Med Interna [Internet]*. 2004 [citado

- 26 Feb 2013];17(2):57-64. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v17n2/pdf/a05.pdf>.
18. Dolgoff-Kaspar R, Baldwin A, Johnson S, Edling N, Sethi G. Effect of laughter yoga on mood and Heart Rate Variability in patients awaiting organ transplantation: a pilot study. *Alternernative Therapies* [Internet]. 2012 Sep/Oct [cited 2013 febr 26];18(5):61-66. Disponible en: <http://0-search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es/docview/1039653311>.
19. Jáuregui E, Carbelo B. El sentido del humor en las profesiones de la salud. *Enferm Clín* [Internet]. 2007 [citado 20 Feb 2013];17(2):53-55. Disponible en: <http://0-www.sciencedirect.com.cisne.sim.ucm.es/science/article/pii/S1130862107717692>.
20. Moore K. Is laughter the best medicine? Research into the therapeutic use of humour and laughter in nursing practice. *Whitireia Nursing Journal* [Internet]. 2008 [cited 2013 Feb 7];15:33-37. Disponible en: http://zv4fy5pr5l.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info:sid/summon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.atitle=Is+Laughter+the+Best+Medicine%3F+Research+into+the+Therapeutic+Use+of+Humour+and+Laughter+in+Nursing+Practice&rft.jtitle=Whitireia+Nursing+Journal&rft.au=Katie+Moore&rft.date=2008&rft.issn=1173-1966&rft.issue=15&rft.page=33&rft.externalDBID=WHNJ&rft.externalDocID=1644720081¶mdict=es-es
21. Mora R, García MC. El valor terapéutico de la risa en medicina. *Med Clin* [Internet]. 2008 [citado 10 Mar 2013];131(18):694-698. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/el-valor-terapeutico-risa-medicina-13129114-articulos-especiales-2008>.
22. McCreaddie M, Wiggins S. The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2007 [cited 2013 Feb 20]; 61(6):584-595. Disponible en: http://zv4fy5pr5l.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info:sid/summon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.atitle=The+purpose+and+function+of+humour+in+health%2C+health+care+and+nursing%3A+a+narrative+review&rft.jtitle=Journal+of+Advanced+Nursing&rft.au=McCreaddie%2C+May&rft.au=Wiggins%2C+Sally&rft.date=2008-03-01&rft.pub=Blackwell+Publishing+Ltd&rft.issn=0309-2402&rft.eissn=1365-2648&rft.volume=61&rft.issue=6&rft.page=584&rft.epage=595&rft_id=info:doi

[/10.1111%2Fj.1365-2648.2007.04548.x&rft.externalDocID=JAN4548¶mdict=es-es](http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1365-2648.2007.04548.x&rft.externalDocID=JAN4548¶mdict=es-es).

23. Riezu MI. Humor terapéutico. El Humor Risa y Sonrisa (HRS) y su aplicación en las urgencias, emergencias y cuidados críticos. Revista Páginasenferurg.com [Internet]. 2009 Dic [citado 5 Mar 2013];1(4):11-16. Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/diciembre/humorterapeutico.pdf>.
24. Ko HJ, Youn CH. Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly. Geriatr Gerontol Int [Internet]. 2011 [cited 2013 Mar 5];11:267-274. Disponible en: http://zv4fy5pr5l.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info:sid/summon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.atitle=Effects+of+laughter+therapy+on+depression%2C+cognition+and+sleep+among+the+community-dwelling+elderly&rft.jtitle=GERIATRICS+%26+GERONTOLOGY+INTERNATIONAL&rft.au=Ko%2C+HJ&rft.au=Youn%2C+CH&rft.date=2011-07-01&rft.pub=WILEY-BLACKWELL&rft.issn=1444-1586&rft.eissn=1447-0594&rft.volume=11&rft.issue=3&rft.spag=267&rft.epage=274&rft_id=info:doi/10.1111%2Fj.1447-0594.2010.00680.x&rft.externalDBID=n%2Fa&rft.externalDocID=000292102900005¶mdict=es-es.
25. Ramos JM, Romero O, Fernández MJ, Olivares FP, García MJ. La enfermería urológica en el siglo XXI: Humor + Risa = Salud. ENFURO. 2007 Ene/Feb/Mar;101: 22-24.
26. McCreaddie M. Harsh humour: a therapeutic discourse. Health Soc Care Community [Internet]. 2010 [cited 2013 Feb 20];18(6):633-642. Disponible en: http://zv4fy5pr5l.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info:sid/summon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.atitle=Effects+of+laughter+therapy+on+depression%2C+cognition+and+sleep+among+the+community-dwelling+elderly&rft.jtitle=GERIATRICS+%26+GERONTOLOGY+INTERNATIONAL&rft.au=Ko%2C+HJ&rft.au=Youn%2C+CH&rft.date=2011-07-01&rft.pub=WILEY-BLACKWELL&rft.issn=1444-1586&rft.eissn=1447-0594&rft.volume=11&rft.issue=3&rft.spag=267&rft.epage=274&rft_id=info:doi/10.1111%2Fj.1447-0594.2010.00680.x&rft.externalDBID=n%2Fa&rft.externalDocID=000292102900005¶mdict=es-es.

27. Dean RAK, Major JE. From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *J Clin Nurs* [Internet]. 2008 [cited 2013 mar 5];17:1088-1095. Disponible en: http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf19_22/pdf/2008/6PW/15Apr08/31182505.pdf?T=P&P=AN&K=2009853658&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNxb4kSeprQ4zOX0OLCmr0ueprRSrq4TLCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA.
28. Mora R. La risa como tratamiento médico: una opción complementaria/alternativa en educación y atención sanitarias. *Med Clin* [Internet]. 2011 [citado 7 Feb 2013];136(3):111-115. Disponible en: <http://0-www.sciencedirect.com/cisne.sim.ucm.es/science/article/pii/S0025775309010082>.
29. Contreras H, Garduño J, Carmona DC, Vidaurri G. La risoterapia como intervención de enfermería, para el control del dolor en niños en la aplicación de quimioterapia. *Archivos de investigación materno infantil*. [Internet]. 2011 [citado 5 Mar 2013];3(3):128-131. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2011/imi113e.pdf>.
30. Carbelo B. Estudio del sentido del humor. Validación de un instrumento para medir el sentido del humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés [Tesis]. Madrid: Universidad de Alcalá; 2005.
31. D'Anello S, Escalante K, Sanoja C. Niveles de inmunoglobulina A secretora y humor. *Psicol Salud*. 2004;4:165-177.
32. Bennett MP, Zeller JM, Rosemberg L, McCann J. The effect of mirthful laughter on stress and natural killer cell activity. *Altern Ther Health Med* [Internet]. 2003 Abr/Mar [cited 2013 Mar 4];9(2):38-45. Disponible en: <http://0-search.proquest.com/cisne.sim.ucm.es/docview/204826463>.
33. Old N. Survival of the funniest. Using therapeutic humour in nursing. *Nurs N Z* [Internet]. 2012 Sept [cited 2013 febr 20];18(8):17-19. Disponible en: http://zv4fy5pr5l.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info:sid/summon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.atitle=Survival+of+the+funniest--using+therapeutic+humour+in+nursing&rft.jtitle=Kai+Tiaki%3A+Nursing+New+Zealand&rft.au=Old%2C+Natasha&rft.date=2012-09-01&rft.pub=New+Zealand+Nurses%27+Organisation&rft.issn=1173-2032&rft.volume=18&rft.issue=8&rft.spage=17&rft.externalDBID=n%2Fa&rft.externalDocID=305747144¶mdict=es-es.

34. Carbelo B. ¿Se puede envejecer con humor? *Rev Enferm Gerontol.* 2008 Jun;12:79-83.
35. López MD. Cuidar con risa y humor. *Metas enferm.* 2007 Abr;10(4):26-30.
36. Christie W, Moore C. The impact of humor on patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2005 Abr [cited 2013 Mar 7];9(2):211-218. Disponible en: http://zv4fy5pr5l.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info%3Aofi%2Fenc%3AUTF-8&rft_id=info:sid/summon.serialssolutions.com&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.atitle=The+Impact+of+Humor+on+Patients+With+Cancer&rft.jtitle=Clinical+Journal+of+Oncology+Nursing&rft.au=Christie%2C+Wanda&rft.au=Moore%2C+Carole&rft.date=2005-04-01&rft.issn=1092-1095&rft.eissn=1538-067X&rft.volume=9&rft.issue=2&rft.spage=211&rft.epage=218&rft_id=info:doi/10.1188%2F05.CJON.211-218&rft.externalDBID=n%2Fa&rft.externalDocID=10_1188_05_CJON_211_218¶mdict=es-es
37. McCreaddie M, Payne S, Froggatt K. Ensnared by positivity: A constructivist perspective on 'being positive' in cancer care. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar 7];14:283-290. Disponible en: <http://0-www.sciencedirect.com.cisne.sim.ucm.es/science/article/pii/S1462388910000566>.
38. Dowling M. The meaning of nurse-patient intimacy in oncology care settings: From the nurse and patient perspective. *Eur J Oncol Nurs* 2008 [cited 2013 Feb 10];12:319-328. Disponible en: <http://0-www.sciencedirect.com.cisne.sim.ucm.es/science/article/pii/S1462388908000537>.
39. Mora R. Potential health benefits of simulated laughter: A narrative review of the literature and recommendations for future research. *Complement Ther Med* 2011 [cited 2013 Mar 9];19(3):170-177. Disponible en: <http://0-search.proquest.com.cisne.sim.ucm.es/docview/1029885746>.
40. Astedt-Kurki P, Isola A. Humour between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *J Adv Nurs.* 2001;35(3):452-458.
41. Gómez C, Puga A, Clemente M, Mayán Santos JM, Gandoy M. Nivel de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos. *Gerokomos.* 2012;23(2):59-62.
42. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

43. Carbelo B. El humor en la relación con el paciente. Una guía para los profesionales de la salud. Barcelona: Masson; 2005.
44. Mora R, Quintana I. Risa y terapias positivas: moderno enfoque y aplicaciones prácticas en medicina. Rev psiquiatr salud ment [Internet]. 2010 [citado 7 Mar 2013];3(1):27-34. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-psiquiatria-salud-mental--286/risa-terapias-positivas-moderno-enfoque-aplicaciones-practicas-13148574-revision-2010>.
45. Organización Mundial de la Salud. Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales [Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [citado 15 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es>.
46. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Análisis de situación de las terapias naturales. [Internet]. Madrid: El Ministerio; 2011 [citado 3 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>.
47. Moya J, Luelmo V, Lores J, Edo S, Ibáñez MI. Estudio sobre la fiabilidad de esta escala: resultando fiable en su adaptación española: Estudio psicométrico de la versión española del cuestionario situacional de respuestas de humor (SHRQ) [Internet]. Castellón: Universidad Jaume I; 2002 [citado 24 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi8/psi/30.pdf>.
48. Herdman TH, editor. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013.
49. Lora R. Cuidados paliativos. Su dimensión espiritual. Manual para su abordaje clínico. Madrid: Toromítico; 2007.
50. Johnson M, Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al, editores. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

ANEXO I

EFECTOS TERAPÉUTICOS DEL HUMOR

EFECTOS TERAPÉUTICOS DEL HUMOR
<p>Fisiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aumenta los niveles de los marcadores inmunológicos como las células natural killer (NK), células T y B e inmunoglobulina A.• Aumenta los niveles de las endorfinas (efecto analgésico del humor).• Aumenta los niveles de neurotransmisores como catecolaminas, serotonina, adrenalina.
<p>Psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ayuda a conciliar el sueño.• Ayuda a afrontar y aceptar la situación.• Aleja pensamientos negativos.• Disminuye la depresión, la ansiedad, el temor, la tristeza y el estrés.• Alivia el sufrimiento y suaviza la realidad.• Mejora la percepción del dolor.• Mejora la percepción de la salud.• Aumenta el deseo de vivir y la esperanza.• Aumenta la autoestima y la confianza en uno mismo.
<p>Sociales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mejora la comunicación.• Ayuda a expresar emociones.• Facilita la confianza en el profesional.• Mejora clima de trabajo.

Fuente: Tabla de elaboración propia a través de datos extraídos de la revisión bibliográfica.

ANEXO II

ESCALA DE ADAPTACIÓN AL HUMOR (CHS) DE MARTIN Y LEFCOURT

ESCALA DE ADAPTACIÓN AL HUMOR (CHS)	
Instrucciones:	
A continuación encontrarás una lista de 21 ítems. En la rayita ____ previa a cada ítem, indica por favor el grado de acuerdo o de desacuerdo con cada frase según la siguiente escala:	
1: muy en desacuerdo	2: desacuerdo
3: bastante de acuerdo	4: muy de acuerdo
4* 1. A menudo pierdo mi sentido del humor cuando estoy teniendo problemas.	
4* 2. Con frecuencia he encontrado que mis problemas se reducen en gran parte cuando he intentado encontrar algo divertido o jocoso en ellos.	
3* 3. Normalmente busco algo gracioso que decir cuando me encuentro en situaciones tensas.	
3* 4. Tengo que admitir que mi vida sería probablemente más cómoda si tuviera más sentido del humor.	
3* 5. He experimentado a menudo que si estoy en una situación donde tengo que llorar o reír, es mejor reír.	
2* 6. Normalmente encuentro algo de lo que reírme o hacer chiste, e incluso en situaciones de prueba.	
4* 7. Mi experiencia ha sido que el humor es frecuentemente una forma muy efectiva de afrontar los problemas.	
Los ítems 1 y 4 se clasifican en dirección opuesta a los del resto del cuestionario (un 1 sería un 4 y un 4 sería un 1).	

Fuente: Ruíz A. El valor terapéutico del humor. 3ª ed. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2002. p 206.

*Puntuación dada según la paciente del caso clínico que se expone en el apartado 9 “El humor como intervención de enfermería en el manejo de una enfermedad terminal: a propósito de un caso”.

ANEXO III

CUESTIONARIO DE RESPUESTA HUMORÍSTICA SITUACIONAL
(SHRQ) de Martin y Lefcourt.

CUESTIONARIO SITUACIONAL DE RESPUESTAS DE HUMOR (SHRQ)

En este cuestionario podrá hallar descripciones de un número de situaciones en las que usted se ha podido encontrar alguna vez. Por favor, para cada pregunta tómese el tiempo necesario y recapacite sobre un momento en el que usted haya podido vivir la situación que propone. Si es incapaz de recordar alguna de las experiencias, o simplemente no le ha ocurrido nunca, intente imaginarse usted en esa situación, entrando en todo tipo de detalle que pueda reflejar su propia experiencia. Seguidamente, rodee la opción (a, b, c, d, o e) que se encuentre delante de la oración que describa mejor la forma en que respondió o hubiera respondido en tal situación.

1. Si estuviera comprando sólo/a en una ciudad lejana e inesperadamente viera a gente conocida de la escuela o del trabajo, ¿cómo reaccionaría o habría reaccionado?

- a) Probablemente no me habría molestado en hablar con esa/s persona/s.
- b) Habría hablado con esa/s persona/s, pero no habría mostrado mucho entusiasmo.
- c) Habría encontrado alguna manera simpática de hablar con esa/s persona/s.
- d) Habría encontrado algo divertido de lo que hablar con esa/s persona/s.
- e) Habría reído a carcajada limpia y de forma sincera con esa/s persona/s.

2. Si el sonido del teléfono le despertara de un sueño profundo en mitad de la noche y fuera un/a viejo/a amigo/a que casualmente pasaba por la ciudad y hubiese decidido llamarle para saludarle...

- a) No me habría hecho mucha gracia.
- b) Habría encontrado la situación divertida, pero no me habría reído.
- c) Habría sido capaz de reírme de algo divertido que hubiese dicho mi amigo/a.
- d) Habría sido capaz de reírme, incluso decirle algo divertido a mi amigo/a.
- e) Habría sido capaz de reír a carcajada limpia y de forma sincera con él/ella.

3. Accidentalmente se ha herido y debe permanecer varios días en la cama. Durante este tiempo, ¿cómo actuaría o habría actuado?

- a) No lo encontraría nada divertido.
- b) Sería capaz de sonreír de vez en cuando.
- c) Sería capaz de sonreír mucho y reír de tanto en tanto.
- d) Encontraría bastantes cosas de las que reírme.
- e) Sería capaz de reírme a carcajadas y de forma sincera la mayor parte del tiempo.

4. Si se hubiese comprometido en una actividad física larga (p.e. natación, esquí,

excursión, etc.) y usted y sus amigos se encontrarán completamente derrotados...

- a) No lo encontraría particularmente divertido.
- b) Lo habría encontrado divertido, pero no lo habría exteriorizado.
- c) Habría sonreído.
- d) Me habría reído.
- e) Me habría reído a carcajada limpia y de forma sincera.

5. Si hubiese llegado a una fiesta y hubiera encontrado a alguien que llevaba una pieza de ropa idéntica a la suya...

- a) No me habría hecho mucha gracia.
- b) Lo habría encontrado divertido, pero no lo habría exteriorizado.
- c) Habría sido capaz de sonreír.
- d) Habría sido capaz de reír.
- e) Habría sido capaz de reír a carcajada limpia y de forma sincera.

6. Si un amigo/a le da un puzzle para montarlo y encuentra, para sorpresa de su amigo/a, que es capaz de hacerlo muy rápidamente...

- a) No lo encontraría particularmente divertido.
- b) Lo habría encontrado divertido, pero no lo habría exteriorizado.
- c) Habría sonreído.
- d) Me habría reído.
- e) Me habría reído a carcajada limpia y de forma sincera.

7. En los días que no tiene ninguna responsabilidad o compromiso y ha decidido hacer algo realmente divertido con sus amigos/as, ¿hasta qué punto responde o respondería con humor durante el día?

- a) La actividad en la que estaríamos implicados no habría requerido demanda alguna de sonrisas o de risas.
- b) Habría sonreído de tanto en tanto, pero no me habría producido risa.
- c) Habría estado sonriendo todo el tiempo y riendo de tanto en tanto.
- d) Habría estado riendo a carcajadas bastante permanentemente.
- e) Me habría estado riendo a carcajada limpia todo el tiempo.

8. Está viajando en un coche en invierno, y de repente el coche se desliza dando vueltas sobre una placa de hielo, y finalmente se queda en sentido contrario al que llevaba, y para su alivio ve que nadie está herido y el coche tampoco presenta daños...

- a) No lo encontraría particularmente divertido.
- b) Lo habría encontrado divertido, pero no lo habría exteriorizado.
- c) Habría sido capaz de sonreír.
- d) Habría sido capaz de reír.
- e) Habría sido capaz de reír a carcajada limpia y de forma sincera.

9. Si estuviese viendo una película o un programa de televisión con algunos amigos/as y encontrara una escena particularmente divertida cuando nadie más la

encontrara como tal, ¿cómo reaccionaría o hubiera reaccionado de la forma más habitual?

- a) Habría deducido que debía haber mal interpretado algo, o que en realidad no sería tan divertido como usted pensaba.
- b) Me hubiera reído para mí, pero no lo habría exteriorizado.
- c) Habría sonreído sin ocultarlo.
- d) Me habría reído sin ocultarlo.
- e) Me habría reído a carcajada limpia y de forma sincera sin ocultarlo.

10. Si estuviese pasando una tarde romántica con alguien que le gustase de verdad (novio/a, esposo/a, etc.)...

- a) Probablemente habría tendido a estar bastante serio durante mi conversación.
- b) Habría sonreído de vez en cuando, pero probablemente no habría reído.
- c) Habría sonreído frecuentemente, y me habría reído de tanto en tanto.
- d) Me habría reído bastante frecuentemente.
- e) Me habría reído a carcajada limpia casi todo el tiempo.

11. Si obtuviera una nota inesperadamente baja en un examen y más tarde, esa noche, se lo estuviera contando a un amigo...

- a) No me habría hecho mucha gracia.
- b) Lo habría encontrado divertido, pero no lo habría exteriorizado.
- c) Habría sonreído.
- d) Me habría reído.
- e) Me habría reído a carcajada limpia y de forma sincera.

12. Creía haber reconocido a un/a amigo/a en una sala abarrotada de gente. Llamó la atención de esa persona y se precipitó sobre él/ella, pero al llegar allí descubrió que se había confundido y la persona es una extraña para usted...

- a) No lo encontraría particularmente divertido.
- b) Lo habría encontrado divertido, pero no lo habría exteriorizado.
- c) Habría sido capaz de sonreír.
- d) Habría sido capaz de reír.
- e) Habría sido capaz de reír a carcajada limpia y de forma sincera.

13. Si estuviese comiendo con unos/as amigos/as en un restaurante y accidentalmente el/la camarero/a derramara una bebida sobre usted...

- a) No lo encontraría particularmente divertido.
- b) Lo habría encontrado divertido, pero no lo habría exteriorizado.
- c) Habría sonreído.
- d) Me habría reído.
- e) Me habría reído a carcajada limpia y de forma sincera.

14. Si estuviese cruzando una calle por un paso peatonal y un conductor impaciente que tuvo que parar por usted le hiciera los cuernos...

- a) No lo encontraría particularmente divertido.

- b) Lo habría encontrado divertido, pero no lo habría exteriorizado.
- c) Habría sonreído.
- d) Me habría reído.
- e) Me habría reído a carcajada limpia y de forma sincera.

15. Si hubiese habido un fallo en el ordenador y se hubiese pasado toda la mañana esperando en más de una oficina intentando que se resolviera el problema...

- a) No lo encontraría particularmente divertido.
- b) Habría podido experimentar cierta diversión, pero no lo habría exteriorizado.
- c) Habría sonreído mucho.
- d) Me habría reído mucho.
- e) Me habría reído a carcajada limpia y de forma sincera.

16. Si el profesor comunicara que entregaría los exámenes por orden de puntuación, empezando por las notas más alta de la clase, y su nombre fuera uno de los primeros en ser mencionados...

- a) No lo encontraría particularmente divertido.
- b) Lo habría encontrado divertido, pero no lo habría exteriorizado.
- c) Habría sonreído.
- d) Me habría reído.
- e) Me habría reído a carcajada limpia y de forma sincera.

17. Si su novio/a hubiera decidido romper la relación con usted porque hubiese encontrado a alguien más, y días después se lo contara a un/a buen amigo/a...

- a) No lo encontraría particularmente divertido.
- b) Lo habría encontrado divertido, pero no lo habría exteriorizado.
- c) Habría sido capaz de sonreír.
- d) Habría sido capaz de reír.
- e) Habría sido capaz de reír a carcajada limpia y de forma sincera.

18. Si estuviera comiendo en un restaurante con algunos/as amigos/as, y el/la camarero/a derramara sopa accidentalmente en uno de sus amigos...

- a) No lo encontraría particularmente divertido.
- b) Lo habría encontrado divertido, pero no lo habría exteriorizado.
- c) Habría sonreído.
- d) Me habría reído.
- e) Me habría reído a carcajada limpia y de forma sincera.

19. A la hora de elegir las amistades, ¿en qué grado le gusta a usted que sean capaces de divertirse o reírse con facilidad en un gama amplia de situaciones?

- a) Es la característica más importante que busco en un/a amigo/a.
- b) Es una característica deseable, pero no la más importante.
- c) Es una característica bastante deseable.
- d) Es una característica ni deseable ni indeseable.
- e) Es una característica no demasiado deseable.

20. ¿Cómo puntuaría en términos de probabilidad su capacidad para divertirse y reírse en una gama amplia de situaciones?

- a) Es mi característica más sobresaliente.
- b) Por encima de la media.
- c) Sobre la media.
- d) Menos de la media.
- e) Muy poco.

21. ¿Cuánto varía usted en cuanto a la cantidad de risa o de cualquier otra respuesta de humor, de una situación a otra? (p.e. ¿cuánto depende de con quién esté, de dónde esté, de cómo se sienta, etc.?)

- a) No varío nada.
- b) No varío demasiado.
- c) Varío algo.
- d) Varío bastante.
- e) Varío muy a menudo.

Fuente: Ver en la bibliografía⁽⁴⁷⁾.

ANEXO IV

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DEL SENTIDO DEL HUMOR (MHS)

Adaptación de Carbelo y colaboradores.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DEL SENTIDO DEL HUMOR (MHS)					
<p>Por favor, debe contestar a cada afirmación que se hace en el cuestionario de manera rápida y marcando si está MUY DE ACUERDO con la misma, DE ACUERDO, le es INDIFERENTE, está EN DESACUERDO o MUY EN DESACUERDO con cada una de las afirmaciones del cuestionario. Ponga un aspa en cada respuesta. Además ha de indicar por escrito en la primera hoja, su edad, sexo y ocupación. Muchas gracias por su colaboración.</p> <p>Edad _____</p> <p>Género _____</p> <p>Ocupación _____</p>					
ITEMS:	1	2	3	4	5
1. A veces invento chistes o historias graciosas					
2. El uso de chistes o del humor me ayuda a dominar situaciones difíciles					
3. Sé que puedo hacer reír a la gente					
4. No me gustan las lecturas tipo "comics"					
5. La gente dice que cuento cosas graciosas					
6. Puedo usar chistes para adaptarme a muchas situaciones					
7. Puedo disminuir la tensión en ciertas situaciones al decir algo gracioso					
8. La gente que cuenta chistes es insoportable					
9. Sé que puedo contar las cosas de tal modo que otras personas se rían					
10. Me gusta un buen chiste					
11. Denominar a alguien "cómico" es un insulto					
12. Puedo decir las cosas de tal manera que la gente se ría					
13. El humor es un pobre mecanismo para hacer frente a la vida					
14. Aprecio a la gente con humor					
15. La gente espera que yo diga cosas graciosas					
16. El humor me ayuda a hacer frente a la vida					
17. No me siento bien cuando todo el mundo está contando chistes					
18. Mis amigos me consideran chistoso					
19. Hacer frente a la vida mediante el humor es una manera					

elegante de adaptarse					
20. Tratar de dominar situaciones mediante el uso del humor es estúpido					
21. En un grupo puedo controlar la situación contando un chiste					
22. Usar el humor me ayuda a relajarme					
23. Uso el humor para entretener a mis amigos					
24. Mis dichos graciosos entretienen a otras personas					

Fuente: Ver en la bibliografía⁽³⁰⁾.

ANEXO V

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE HUMOR (HSQ) DE MARTÍN

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE HUMOR (HSQ)									
Instrucciones:									
La gente experimenta y expresa el humor en diferentes maneras. Aquí debajo encontrará una lista de declaraciones que describen diferentes formas en las cuales el humor puede ser experimentado.									
Por favor, a continuación lea cuidadosamente cada declaración, e indique el grado de su acuerdo o desacuerdo. Sea lo más honesto y objetivo que pueda. Marque o circule el número que corresponda. Use la siguiente escala:									
Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo		Ligeramente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo			
			1	2			3	4	5
1	2	3	4	5	6				
			T	D	LD	A/D	LA	M	TA
			A						
1. Usualmente no me río o bromeo mucho con otras personas.			1	2	3	4	5	6	7
2. Si me siento deprimido, puedo levantarme el ánimo con humor.			1	2	3	4	5	6	7
3. No acostumbro a decir cosas graciosas para rebajarme.			1	2	3	4	5	6	7
4. Con frecuencia llego a rebajarme si eso hace que mi familia o amigos se rían.			1	2	3	4	5	6	7
5. Si me siento molesto o triste, generalmente trato de pensar en algo gracioso sobre la situación para sentirme mejor.			1	2	3	4	5	6	7
6. Mi visión humorística de la vida me protege del excesivo malestar y desánimo sobre las cosas.			1	2	3	4	5	6	7
7. Usualmente no me gusta contar chistes o			1	2	3	4	5	6	7

divertir a los demás.							
8. Si me encuentro solo y me siento triste, hago un esfuerzo para animarme pensando en algo divertido.	1	2	3	4	5	6	7
9. Si alguien no me cae bien, a menudo uso el humor para molestarlo o rebajarlo.	1	2	3	4	5	6	7
10. No bromeo frecuentemente con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi experiencia me dice que pensar sobre los aspectos graciosos de una situación es, con frecuencia, una manera muy efectiva de afrontar los problemas.	1	2	3	4	5	6	7
12. A menudo trato de agradar a las personas o trato de que me acepten más diciendo cosas divertidas sobre mis debilidades, errores, o faltas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Aunque algo sea muy gracioso para mí, trataré de no reírme o bromear sobre eso si alguien pudiera llegar a ofenderse.	1	2	3	4	5	6	7
14. Dejar a los demás reírse de mí, es la manera de mantener a mis amigos y familia de buen humor.	1	2	3	4	5	6	7
15. Cuando alguien comete un error, me burlo hasta que me canso.	1	2	3	4	5	6	7
16. En general, cuando estoy solo, puedo divertirme con las incongruencias de la vida.	1	2	3	4	5	6	7
17. En muchas ocasiones, las personas resultaron ofendidas o heridas por mi "sentido del humor".	1	2	3	4	5	6	7
18. Muy pocas veces puedo hacer reír a los demás contando chistes, o anécdotas graciosas.	1	2	3	4	5	6	7
19. Cuando bromeo, no me importa decir cosas que caigan mal.	1	2	3	4	5	6	7

20. En general, trato que me acepten aunque tenga que hacer el ridículo diciendo algún chiste sobre mis errores.	1	2	3	4	5	6	7
21. Si se me ocurre algo que es muy gracioso, lo digo aunque resulte inapropiado a la situación.	1	2	3	4	5	6	7
22. No acostumbro a decir cosas para ridiculizarme.	1	2	3	4	5	6	7
23. Puedo encontrar cosas de qué reírme aunque esté solo. No necesito estar rodeado de gente para divertirme.	1	2	3	4	5	6	7
24. Si alguien no me gusta, trataré de molestarlo o ridiculizarlo.	1	2	3	4	5	6	7
25. Aunque esté solo, suelo divertirme con los absurdos de la vida.	1	2	3	4	5	6	7
26. Si alguien se equivoca, lo voy a cargar por mucho tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
27. A menudo soy el primero en rebajarme cuando estoy contando chistes o tratando de ser gracioso.	1	2	3	4	5	6	7
28. En general no puedo pensar en cosas graciosas para decir a otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
29. Dejo que las personas se rían de mí o se diviertan a costilla mía más de lo que debiera.	1	2	3	4	5	6	7

Fuente: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/hsq.pdf>.

ANEXO VI

VALORACIÓN ENFERMERA DE UN CASO CLÍNICO DE UNA PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL. (Parte 2)*.

VALORACIÓN ENFERMERA DE UN CASO CLÍNICO DE UNA PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL (Parte 2*)		
PATRÓN FUNCIONAL DE SALUD	VALORACIÓN	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS
PATRÓN 1: MANEJO- PERCEPCIÓN DE LA SALUD	<p>- Antecedentes personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accidente isquémico transitorio carotídeo izquierdo sin secuelas neurológicas • Fibrilación auricular • Dispepsia • Osteoporosis y artrosis generalizadas <p>- Alergias/Hábitos tóxicos: NO</p> <p>- Tratamiento médico paliativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acenocumarol según coagulación vía oral (VO) • Rabeprazol sódico 20 mg en desayuno VO • Metamizol 1 comprimido (si precisa hasta VO máximo cada 8 horas) • Metoclopramida 1 cucharada sopera cada 12 horas VO • Macrogol 1-3 sobres (si estreñimiento) VO • Bromhidrato de dextrometorfano 5 ml cada 8 horas VO • Morfina sulfato 1 ml (si dolor o fatiga hasta máximo cada 4 horas) VO <p>- Cumplimiento terapéutico: SÍ</p>	
PATRÓN 2: ALIMENTACIÓN	<p>- Alimentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta sana, variada y equilibrada • 4-5 comidas al día • Buen apetito. No problemas de deglución. <p>- Ingesta hídrica diaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1,5 litros entre agua, infusiones y zumos naturales. 	

	<p>- Exploración física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75 kg • 1,65 cm • Índice de masa corporal: 27,55 • Temperatura corporal: 36°C <p>- Estado general: EDEMATOSO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edemas a nivel abdominal (ascitis) y en los miembros inferiores <p>- Piel y mucosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bien hidratadas y perfundidas • Buena coloración • Uso de dentadura superior. 	<p>EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS</p>
<p>PATRÓN 3: ELIMINACIÓN</p>	<p>- Eliminación intestinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón habitual intestinal: una deposición cada dos días de aspecto marrón oscuro y de consistencia dura. • Problemas: esfuerzo y dolor al defecar. • Presencia de distensión abdominal • No habitual la toma de laxantes. • Habitualmente ingiere alimentos ricos en fibra (ciruelas, kiwis, semillas de lino...) que resultan efectivos. <p>- Eliminación urinaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado generalizado edematoso no compensado por la eliminación urinaria. 	<p>ESTREÑIMIENTO</p>

<p>PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO</p>	<p>- Autonomía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente para las actividades básica e instrumentales de la vida diaria <p>- Estado general:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Astenia, disnea y fatiga en aumento <p>- Ejercicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caminar al menos 30 minutos diarios (cada vez más limitados por los síntomas anteriores) • Pasear al aire libre (cada vez más limitados por los síntomas anteriores) • Gimnasia en casa con música (cada vez más limitados por los síntomas anteriores) <p>- Deambulación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcha estable • Ayuda de apoyo con bastón <p>- Exploración física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión arterial: 119/60 mm Hg • Frecuencia cardíaca: 90 lpm • Saturación de oxígeno basal: 98% 	<p>FATIGA</p> <p>RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</p>
<p>PATRÓN 6: COGNITIVO- PERCEPTUAL</p>	<p>- Habilidades cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consciente • Orientada en persona, tiempo y espacio • Buena comprensión de la información <p>- Habilidades sensorio-perceptuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración en la vista: presbicia. • Utiliza gafas graduadas. 	
<p>PATRÓN 9: SEXUALIDAD- REPRODUCCION</p>	<p>- Datos de interés:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hallazgos significativos 	

Fuente: Datos extraídos de la valoración del caso clínico que se expone en este trabajo.
 * La parte 1 de esta valoración se desarrolla en el apartado 9.1 "Valoración y diagnósticos".

Recibido: 4 febrero 2014.
 Aceptado: 4 mayo 2014.