



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

Mejora de los cuidados psicosociales al paciente terminal.

Autor/a: Marta Vicente Calvo

Tutor/a: Elena José Altarribas Bolsa

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Objetivos.....	5
4. Metodología.....	7
4.1 Planificación.....	7
4.2 Búsqueda bibliográfica.....	8
4.3 Diseño del estudio.....	9
5. Desarrollo.....	10
5.1 Primera etapa o “Plan”.....	10
5.1.1 Identificación y definición del problema.....	10
5.1.2 Desarrollo del conocimiento sobre cuidados psicosociales.....	11
5.2 Segunda etapa o “Do”.....	17
5.3 Tercera etapa o “Check”.....	18
5.4 Cuarta etapa o “Act”.....	19
6. Conclusiones.....	20
7. Bibliografía.....	21
Anexo I: Tabla “La comunicación terapéutica en cuidados paliativos”	23
Anexo II: Escala visual “Fases de adaptación al proceso final de la vida”	25

1. Resumen

En la sociedad actual encontramos un número relevante de pacientes en situación terminal. Los cuidados paliativos se desarrollaron como el modelo idóneo para abordar esta situación, siendo su objetivo principal proporcionar una buena calidad de vida, atendiendo no sólo las necesidades físicas sino también las psicosociales. A pesar de ello podemos observar como el personal de enfermería presenta dificultades a la hora de proporcionar apoyo psicoemocional.

Objetivo: Mejorar el manejo de los cuidados psicosociales ofertados por los profesionales de enfermería al paciente terminal, proporcionando habilidades de la comunicación y elaborando una escala visual para facilitar la identificación de las distintas etapas de adaptación al proceso final de la vida.

Metodología: El diseño de este estudio está basado en el Ciclo de Mejora Continua o PDCA, siendo el ámbito de estudio Atención Primaria y Atención Especializada y los sujetos de estudio los pacientes terminales.

Conclusiones: Se ha elaborado una sesión, con el nombre "Manejo del paciente terminal: cuidados psicosociales" en la que desarrollamos la comunicación terapéutica con el paciente terminal, las diferentes fases adaptativas que atraviesa el enfermo moribundo y cómo intervenir en cada una de ellas. Además se hace entrega de una tabla y una escala visual como material de apoyo. De esta forma mejorará la capacidad de los profesionales de enfermería para comunicarse, informar, afrontar el sufrimiento psicoemocional y cumplir las expectativas de los pacientes moribundos.

Palabras clave: Cuidados psicosociales, enfermería, paciente terminal, comunicación terapéutica.

2. Introducción

En los últimos años, en los países occidentales, se ha incrementado la demanda social de atención a los enfermos en situación terminal debido a factores como el envejecimiento de la población, el aumento en el número de enfermos de cáncer y SIDA, y el fracaso terapéutico en muchas enfermedades crónicas y degenerativas. ⁽¹⁾ En nuestro país, unas 120.000 personas se encuentran en situación de enfermedad terminal. ⁽²⁾

Los cuidados paliativos se desarrollaron como el modelo idóneo para abordar esta situación al final de la vida. Según la OMS se trata del cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. El control del dolor, de otros síntomas, y de problemas psicológicos, sociales y espirituales, adquiere en ellos una importancia primordial. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la máxima calidad de vida posible para los pacientes y sus allegados. ^(1,3) Sin embargo se ha observado una significativa diferencia entre el control de síntomas físicos y el de síntomas psicosociales; mientras se realiza un exhaustivo seguimiento del estado físico del paciente, los aspectos psicológicos y espirituales quedan al margen en muchas ocasiones. ^(2,4)

La psiquiatra Kübler-Ross dedicó gran parte de su vida a investigar el proceso de la muerte y del duelo, haciendo hincapié en la necesidad de acompañar y escuchar a las personas durante su muerte. Para entender mejor dicho proceso describió los mecanismos de reacción al final de la vida y los dividió en cinco etapas: negación y aislamiento, ira, pacto, depresión y aceptación, puntualizando que no son imprescindible ni consecutivas. ^(5,6) Todo ello nos ayudará a entender, sin juzgar, y aceptar los deseos y las necesidades del paciente que se muere, proporcionando un buen acompañamiento. En este proceso de acompañar, la comunicación se convierte en el instrumento terapéutico fundamental. ⁽⁴⁾ Con ella se informa, se abordan las emociones y el paciente puede ir adaptándose a la realidad de su enfermedad y la proximidad de la muerte, mejorando su

calidad de vida y ayudándole a “morir en paz”. ^(7,8) Una comunicación de calidad reduce eficazmente el sufrimiento humano asociado al proceso de enfermar y de morir, y por otro lado, disminuye el coste emocional para el profesional que ayuda en esa difícil experiencia. ⁽⁹⁾

Los cuidados paliativos requieren de un abordaje multidisciplinar, un equipo sanitario dentro del cual Enfermería tiene un papel muy importante. Ya señalaba Virginia Henderson que una de las funciones principales de los enfermeros y enfermeras era contribuir a que el individuo tuviese una muerte apacible. El rol del equipo de Enfermería ante pacientes terminales es ayudarles a vivir su vida lo más completamente posible, dentro de las limitaciones que le provoque su enfermedad, hasta que mueran, manteniendo la esperanza, alcanzando metas y enfrentándose a las situaciones que aparecen diariamente.^(3,9) Para ello es fundamental desarrollar habilidades de comunicación. Sin embargo son varios los artículos y libros ^(4,2,9,10-13) que señalan la falta de formación en estrategias de comunicación durante el periodo académico universitario de los profesionales de la salud, las dificultades a las que se enfrentan a la hora de tratar con pacientes terminales, las carencias que ellos mismos perciben a la hora de informar, apoyar emocionalmente y afrontar el sufrimiento, además de observar que consideran más importantes los aspectos somáticos que los psicosociales.

Por todas estas razones se considera necesario desarrollar un proyecto de mejora del manejo de los cuidados psicosociales en la última etapa de la vida, manteniendo una visión holística del paciente, centrándonos en la necesidad y los beneficios de una buena comunicación terapéutica, y de esta forma mejorar la calidad de vida del paciente, acompañándolo hacia una muerte digna y en paz. Puesto que la única certeza que tenemos y compartimos todos los seres humanos desde el momento de nacer es que moriremos algún día. La muerte es una realidad ineludible e inherente a la vida.

3. Objetivos

- Mejorar el manejo de los cuidados psicosociales ofertados por los profesionales de enfermería al paciente terminal.
- Proporcionar a los enfermeros/as habilidades de comunicación con el paciente moribundo.
- Elaborar una escala visual para determinar en qué etapa de adaptación a la enfermedad terminal se encuentra cada paciente y cuáles son las intervenciones más recomendadas en cada una de ellas.
- Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales de enfermería respecto a los cuidados psicosociales proporcionados a la persona moribunda.

4. Metodología

4.1 Planificación

Diagrama de Gantt inicial.

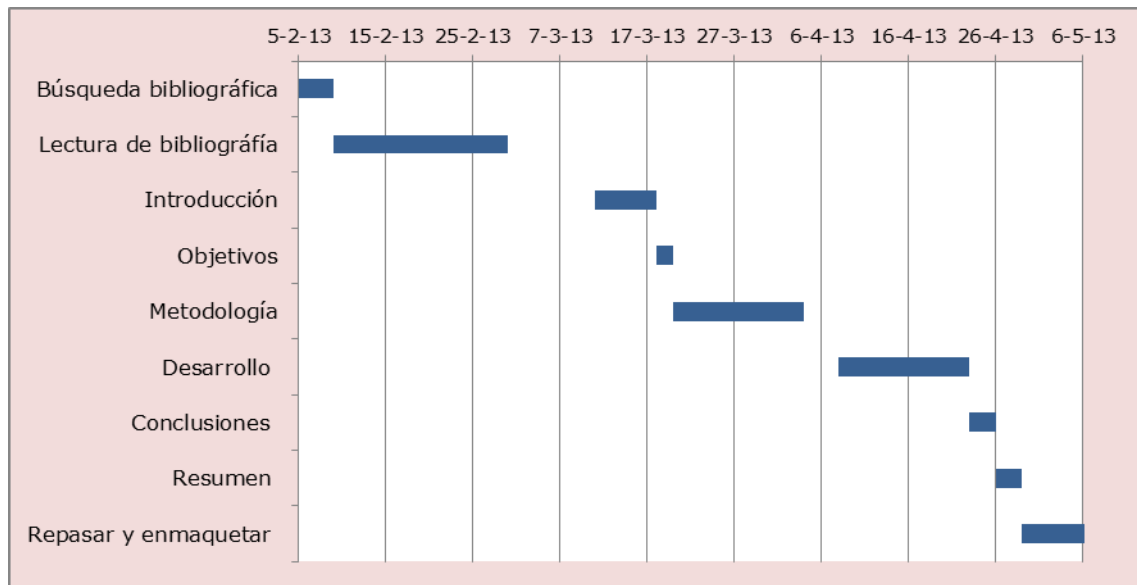
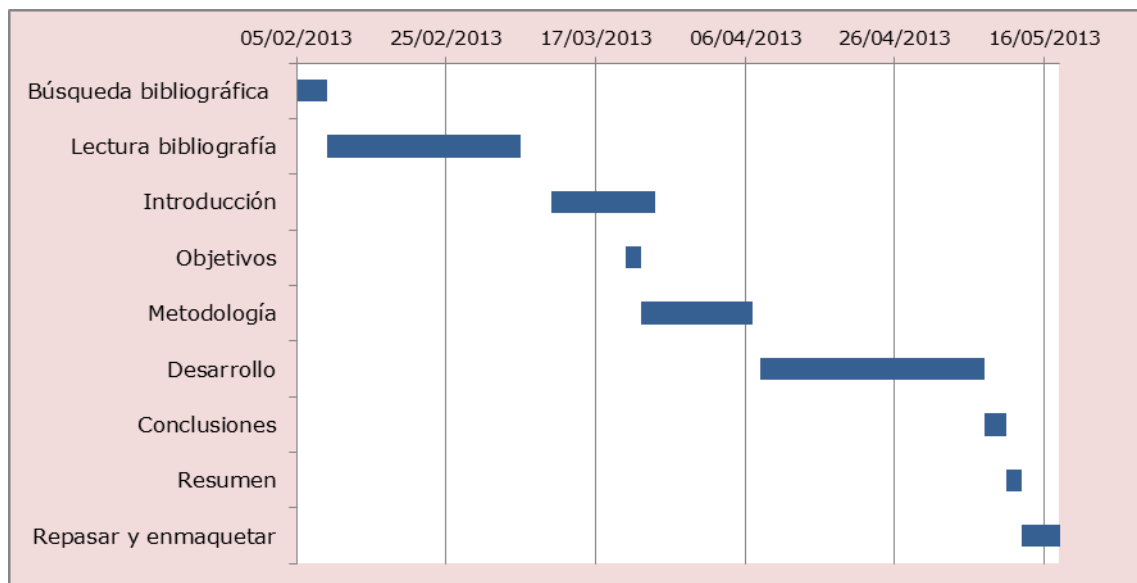


Diagrama de Gantt final.



4.2 Búsqueda bibliográfica

Los recursos bibliográficos utilizados se resumen en la siguiente tabla:

Bases de datos	Palabras clave	Limitaciones	Artículos encontrados	Artículos leídos	Artículos utilizados
Dialnet	Paciente terminal AND enfermería	Año de publicación (2003-2013)	94	14	2,7,8,10,11 12,13,17,18,22
CuidenPlus	Cuidados paliativos psicosociales Paciente terminal AND comunicación Intervención emocional AND paciente terminal	Año de publicación (2003-2013) *No existe límite de idiomas en la base de datos.	160	8	14,19,20,23
Scielo	Tanatología Cuidados paliativos AND enfermería	Año de publicación (2003-2013) Idiomas: español/ inglés	23	3	3
Biblioteca Cochrane Plus	Cuidados paliativos Cuidados paliativos AND enfermería Paciente terminal	Año de publicación (2003-2013)	33	3	Ninguno
PubMed	Palliative care AND nursing AND communication	Año de publicación (2003-2013) Texto completo Idiomas: inglés/ español	112	2	21
Biblioteca	Palabras clave	Limitaciones	Libros encontrados	Libros leídos	Libros utilizados
Biblioteca UNIZAR	Kübler-Ross Cuidados paliativos Tanatología Paciente terminal	Año publicación (2003-2013) Idiomas: inglés/ español	59	13	1,4,5,6,9,15,16

4.3 Diseño del estudio

Para diseñar este estudio se ha utilizado el Ciclo de Mejora Continua o PDCA que consta de cuatro fases: la primera etapa o "Plan" en la que identificaremos el problema que deseamos mejorar, fijaremos unos objetivos y desarrollaremos nuestro conocimiento acerca de la materia; la segunda denominada "Do" en la que llevaremos a la práctica nuestro proyecto de mejora; en la tercera fase o "Check" evaluaremos el proyecto mediante indicadores y por último la etapa "Act", en la que según los resultados obtenidos en la evaluación seguiremos llevando a cabo el mismo proyecto o lo optimizaremos.

El ámbito del estudio es Atención Primaria y Atención Especializada.

Los sujetos de estudio son los pacientes terminales atendidos en las distintas Unidades (Unidad de Medicina Interna, Unidad de Oncología, Centros de Salud...).

En cuanto a consideraciones éticas la autora declara no tener ningún conflicto de interés en la elaboración de este proyecto.

5. Desarrollo

5.1 Primera etapa o "Plan"

➤ 5.1.1 Identificación y definición del problema.

Dificultad de los profesionales de enfermería en el manejo de cuidados psicosociales: identificación de los diferentes mecanismos de adaptación en el proceso final de la vida y comunicación con el paciente terminal.

Beneficios esperados:

- Para el paciente:
 - Disminución del nivel de angustia y sufrimiento innecesario.
 - Aumento de la confianza en el personal sanitario.
 - Mejorar la calidad de vida del paciente terminal.
 - Aumento del grado de satisfacción con los cuidados ofertados.
- Para la empresa:
 - Aumento de la calidad científico-técnica de enfermeros/as.
 - Aumento del nivel de reconocimiento externo.
- Para los profesionales:
 - Aumento de la seguridad del personal de enfermería en la aplicación de cuidados psicosociales.
 - Mejora de la relación enfermero-paciente.
 - Mejora de la calidad de los cuidados ofertados.
 - Aumento de la satisfacción de enfermeros/as.
 - Disminución de la carga de trabajo.

➤ 5.1.2 Desarrollo del conocimiento sobre cuidados psicosociales.

La comunicación terapéutica en cuidados paliativos.

- Antes de comenzar la entrevista:
 - Examinaremos nuestra propia actitud y capacidad para afrontar la enfermedad terminal y la muerte. Si lo vemos como un tema tabú, aterrador y horrible, nunca podremos ayudar a un paciente a afrontarla con tranquilidad. Debemos dar a entender que si se mencionan palabras como "cáncer" o "muerte" no saldremos corriendo. ^(6,14)
 - Actitudes básicas del personal de enfermería.
 - Empatía: tratar de captar la experiencia ajena, poniéndonos en el lugar del otro, sin juzgarlo y transmitirle comprensión. ^(9,15)
 - Aceptación incondicional: aceptar, sin juicios de valor, el comportamiento, sentimientos, contradicciones, expectativas, deseos y valores de nuestro paciente. ^(1,16)
 - Congruencia/veracidad: coherencia entre lo que se piensa, lo que se siente y lo que se expresa, sin máscaras. ^(9,1)
 - Habilidades de comunicación.
 - Comunicación no verbal: engloba nuestra postura corporal, movimientos, mirada, gestos y silencios. A medida que el final se acerca adquiere mayor protagonismo y valor. ^(7,17)
 - Escucha activa: permitir que el enfermo hable de todo lo que desee. Se escucha haciendo silencio interior, con la mirada, acompañando en el diálogo, en resumen, con toda la persona. ^(8,15)

- Baja reactividad: dejar que el paciente lleve el ritmo de la conversación, sin interrumpirle. ^(1,7)
 - El silencio: indica que la persona se está tomando tiempo para pensar e interpretar lo que se ha dicho. Las emociones y el sufrimiento necesitan espacio y tranquilidad para moverse, sentirse y transformarse. ^(7,15)
 - Personalización: cuanto más personales y concretas sean nuestras intervenciones, cuanto más adaptadas a la persona, más conectadas estarán con su experiencia afectiva y emocional y por tanto más útiles serán. ^(9,17)
- Preparar la entrevista:
 - Entorno: garantizar un ambiente acogedor, con intimidad y sin interrupciones. ⁽⁵⁻⁷⁾
 - Momento: debemos elegir un momento en el que tanto el paciente como el enfermero estén dispuestos a comunicarse. ^(5,6)
 - Contenido: conocer previamente la historia clínica y la valoración y evolución enfermera.
- Durante la entrevista.
 - Lo principal es hacer entender al paciente que no vamos a aislarle por tener un determinado diagnóstico, que se trata de una batalla que libraremos juntos sea cual sea el resultado final. Darle a entender que estamos dispuestos a compartir sus preocupaciones. ^(4,18)
 - Averiguaremos qué sabe y qué desea conocer el paciente, utilizando preguntas abiertas. Una dificultad que aparece a la hora de informar y comunicarse con un paciente terminal es la *conspiración del silencio*. Ésta se define como el acuerdo por parte de familiares y/o personal sanitario de alterar la información que se da al paciente con el fin de ocultar el diagnóstico, pronóstico o gravedad de su enfermedad. No obstante, para poder decidir es necesario conocer. Los pacientes no pueden participar en la toma

de decisiones si no están correctamente informados, ya que la información permite organizar los cuidados según sus prioridades. Sin embargo debemos respetar que sea el propio paciente quien rechace la información, se trata de un derecho recogido en la Ley Básica de Autonomía del Paciente (Art 4, punto 1). ^(7,9,19,20)

- No utilizaremos la imposición. Informaremos y haremos reflexionar al paciente, utilizando preguntas abiertas y focalizadas, sobre las diferentes opciones y será él quien decida según sus valores e intereses. ^(1,9,21)
- Facilitaremos la expresión de emociones. Las emociones no son ni “buenas” ni “malas”, ni “positivas” ni “negativas”. Son una expresión necesaria del ser humano. Es importante que el paciente pueda expresar lo que siente para desahogarse y convivir más cómodamente con sus emociones. ⁽¹⁵⁾
- Es conveniente medir el contenido emocional de las palabras para no causar mayor impacto del necesario. Será más adecuado decir “parece que las cosas no van bien” frente a “las cosas van mal” o “la quimioterapia no está dando los resultados que se esperaba” en vez de “la quimioterapia no ha hecho nada”. ^(5,7)

Para facilitar la instauración de una comunicación terapéutica entre los profesionales de enfermería y el paciente terminal se ha elaborado la siguiente tabla denominada “La comunicación terapéutica en cuidados paliativos” como material de soporte. ^(Anexo I)

La comunicación terapéutica en Cuidados Paliativos		
Antes de la entrevista		
<ul style="list-style-type: none"> o Examinar nuestra propia actitud frente a la muerte; afrontarla con tranquilidad y sin angustia. 		
Actitudes básicas del personal de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> o Empatía. o Aceptación incondicional. o Congruencia/ Veracidad 	Habilidades de la comunicación: <ul style="list-style-type: none"> o Comunicación no verbal. o Escucha activa. o Baja reactividad. o Respeto del silencio. o Personalización. 	Preparar la entrevista: <ul style="list-style-type: none"> o Entorno. o Momento. o Contenido.
Durante la entrevista		
<ul style="list-style-type: none"> o Primordial: transmitir que estamos dispuestos acompañarle y compartir sus preocupaciones. o Averiguar qué sabe y qué desea conocer. <ul style="list-style-type: none"> ➢ Conspiración del silencio ➢ Rechazo de la información. o No utilizar la imposición, informar de las distintas opciones y que sea el paciente quien decida cual prefiere. o Facilitar la expresión de emociones. o Medir el contenido emocional de las palabras. 		

Fases de adaptación a la enfermedad terminal

Según la doctora E. Kübler-Ross existen cinco etapas en el proceso de adaptación a la enfermedad terminal: negación y aislamiento, ira, pacto, depresión y aceptación. Se trata de mecanismos de defensa que durarán distintos periodos de tiempo y se reemplazaran unas con otras o coexistirán a veces. ^(5, 6,18)

- Negación y aislamiento

Ante la noticia de padecer una enfermedad grave o con mal pronóstico los pacientes tienden a negar la realidad, y reaccionan diciendo: "No, yo no, no puede ser verdad" o "Se habrán equivocado".

La negación funciona como un amortiguador después de una mala noticia inesperada, permite al paciente recobrarse y, con el tiempo, movilizar otras defensas menos radicales.

Esta fase es habitual en casi todos los pacientes, no sólo al principio de la enfermedad, sino también más adelante, de vez en cuando. Pueden considerar su muerte durante un tiempo, pero luego tienen que deshacerse de esa idea para seguir viviendo. ^(6,9,18)

- Ira

Cuando el paciente no puede seguir negando la realidad y empieza a comprender su situación, aparecen sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento.

Observaremos expresiones como: "¡Oh sí! Soy yo, no ha sido un error", "¿Por qué yo?" o "¿Por qué a mí si yo no he hecho mal a nadie?"

Es una fase difícil de afrontar para su familia y el personal sanitario ya que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra todo lo que les rodea. El paciente alzarán la voz, pedirá cosas, se quejará y exigirá que se le atienda. El principal problema aparece cuando los que le rodean se toman esta ira como algo personal y reaccionan con más ira por su parte, lo que fomenta la conducta hostil del paciente. ^(6,9,23)

- Pacto

El paciente moribundo busca una recompensa por su buena conducta. Suele tratarse de una prolongación de su vida, algún deseo (por ejemplo estar presente en la boda de un hijo) o simplemente pasar unos días sin dolor ni molestias. Es un intento de posponer lo inevitable. ^(6,7)

- Depresión

La enfermedad progresa y el paciente no puede "ocultar" su realidad; se ve desbordado, impotente, cansado de sufrir. Entonces aparece una sensación de pérdida inminente. El paciente está a punto de perder todas las cosas y a las personas que quiere. ^(5,6)

Este tipo de depresión generalmente es silenciosa. El paciente no necesita muchas palabras, es un sentimiento que se expresa mejor tocando una mano, acariciando el pelo o sentándose al su lado en silencio. ⁽⁹⁾

Un problema frecuente es la discrepancia entre el paciente y su familia; mientras éste comienza a prepararse para su muerte, el resto le animan a que siga luchando por su vida. Esta situación provoca gran cantidad de dolor y angustia a ambas partes. ^(7,23)

- Aceptación

Si un paciente ha tenido bastante tiempo (no se trata de una muerte inesperada o repentina) y ha pasado por las anteriores fases, llegará un momento en que su destino no le deprimirá ni le enfadará. Ya habrá llorado la pérdida inminente de todo lo importante para él y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad. ⁽⁶⁾






El moribundo está cansado y, generalmente, bastante débil. Siente la necesidad de dormir, su capacidad de interés disminuye y desea que le dejen tranquilo.

Nuestra comunicación se vuelve más muda que oral. Un simple gesto, cogerle de la mano o permanecer a su lado en silencio le tranquiliza. ⁽¹⁾

En estos momentos normalmente la familia es quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo. ⁽²³⁾

Para ayudar a los profesionales de enfermería a identificar las distintas fases de adaptación al proceso final de la vida y saber cómo intervenir en dependencia de éstas, se ha elaborado la siguiente Escala Visual denominada "Fases de adaptación al proceso final de la vida" como material de apoyo. (Anexo II)

Anverso

Escala Visual "Fases de adaptación al proceso final de la vida"			
	Expresiones	Comportamiento y Sentimientos	
Negación	"No, yo no, no puede ser verdad" "Se habrán equivocado"	Ignorar la enfermedad Incredulidad Pedir más pruebas diagnósticas y una segunda opinión médica No seguir el tratamiento médico por no considerarse enfermo	
Ira	"¡Oh sí! Soy yo, no ha sido un error" "¿Por qué yo?" "¿Por qué a mí, si no he hecho mal a nadie?"	Consciente de la realidad de su enfermedad Búsqueda de culpables Rabia e ira irracional Envidia Impertinente Conflictivo	
Pacto	"Si hago esto..." "Si me curo..."	Esperanza Negociación Cumplir deseos	
Depresión	"No puedo más" "Esto es el final" "Me da igual todo"	Débil e inestable físicamente Deprimido y triste Sensación de pérdida Realiza un balance de su vida Pensativo Tendencia a aislarse	
Aceptación	"Parece que ya está" "Creo que esto ya está"	Cansado y somnoliento Débil Desinteresado Necesidad de compañía Despedida	

Reverso

Intervenciones de Enfermería	
Negación	<ul style="list-style-type: none"> Respetaremos las defensas del paciente sin hacerle consciente de sus contradicciones (no forzar la ruptura de la negación). Identificaremos sus sentimientos cambiantes y su propia percepción.
Ira	<ul style="list-style-type: none"> Aprenderemos a escuchar a nuestros pacientes e incluso a aceptar su ira irracional, sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla les ayudará a aceptar mejor su situación. No castigaremos o aislaremos al paciente por su comportamiento. Aclararemos que los sentimientos de amor y odio son humanos y comprensibles y no exigen un castigo. Explicaremos a la familia que dicha hostilidad forma parte del proceso adaptativo y no de un ataque personal.
Pacto	<ul style="list-style-type: none"> Ayudaremos al paciente a que cumpla, dentro de lo posible, pequeños deseos. Muchas veces se trata de pequeñas acciones que harán que estas personas estén más tranquilas y en paz consigo mismas.
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> Animaremos a expresar el dolor y los sentimientos de culpabilidad o vergüenza. No estimularemos al paciente a que mire el lado alegre de las cosas, porque le dificultaría pensar en su muerte inminente. En caso de conflicto entre el paciente y su familia, debemos informar a la familia de que este tipo de depresión es necesaria y beneficiosa si el paciente quiere morir en paz.
Aceptación	<ul style="list-style-type: none"> Estarémos disponibles cuando la persona lo necesite pero sabremos dejarlo solo cuando lo desee. Para él es reconfortante saber que no le olvidan cuando ya no puede hacerse nada más. No es necesario hablarle, simplemente hacerle saber que cuenta con nuestro apoyo con un simple gesto o una mirada. Prestaremos apoyo a la familia y les recordaremos que es normal que su familiar no quiera tener muchas visitas. Vigilaremos a las familias que fomentan la lucha por la vida hasta el final o intentan convencer a su allegado de que aceptar el fin es un abandono cobarde.

5.2 Segunda etapa o "Do"

Para llevar a cabo nuestro proyecto de mejora realizaremos la siguiente sesión:

Sesión: "Manejo del paciente terminal: cuidados psicosociales"

Dirigida a: Profesionales de Enfermería

Objetivos:

- Explicar y desarrollar las habilidades básicas de la comunicación con el paciente terminal.
- Explicar y desarrollar las diferentes fases de adaptación al proceso final de la vida y cómo comunicarnos con el paciente según éstas.
- Entregar material de soporte (escala visual y tabla) con el fin de ayudar en el manejo de cuidados psicosociales al paciente terminal.
- Proporcionar un correo electrónico para poder contactar con los organizadores en caso de dudas.

Herramientas didácticas:

- Presentación (PowerPoint).
- Tabla "La comunicación terapéutica en cuidados paliativos".
(Anexo I)
- Escala Visual "Fases de adaptación al proceso final de la vida".
(Anexo II)

5.3 Tercera etapa o "Check"

Hemos diseñado los siguientes indicadores para evaluar nuestro proyecto de mejora:

Indicador: Identificación del paciente terminal según su fase de adaptación al proceso final de la vida.
Dimensión: Efectividad
Descripción: Nº de pacientes terminales a los que se les ha identificado según la fase de adaptación con ayuda de la escala visual _____ x 100 Nº total de pacientes terminales
Aclaración de términos: -Según la doctora E. Kübler-Ross existen <i>cinco etapas en el proceso de adaptación a la enfermedad terminal</i> : negación y aislamiento, ira, pacto, depresión y aceptación. Se trata de mecanismos de defensa que durarán distintos periodos de tiempo y se reemplazaran unas con otras o coexistirán a veces. -Para facilitar la clasificación de los pacientes terminales hemos elaborado la <i>Escala Visual "Fases de adaptación al proceso final de vida"</i> (Anexo II)
Justificación: Los cuidados psicosociales son una parte primordial de los cuidados paliativos, es importante saber identificar en qué fase del proceso final de vida se encuentra el paciente para poder comprenderle bien su comportamiento y sus necesidades y así aliviar el dolor y sufrimiento innecesarios.
Fuente: Historia Clínica
Responsable de Recogida: Supervisora/Coordinadora de Enfermería
Frecuencia de recogida: Trimestral
Tipo de indicador: Proceso
Estándar: Actualmente no existe en la literatura ninguna medición de este aspecto. Se esperará a realizar una primera medición, según la cual basaremos un estándar.

Indicador: Grado de satisfacción global del profesional de enfermería con el manejo de cuidados psicosociales al paciente terminal.
Dimensión: Satisfacción
Descripción: $\frac{\text{Nº de enfermeros (satisfechos/ muy satisfechos con el manejo de cuidados psicosociales)}}{\text{Nº total de enfermeros}} \times 100$
Aclaración de términos: <p>En una escala del 1 a 10 los profesionales evaluarán el grado de satisfacción con su propio manejo de cuidados psicosociales al paciente terminal.</p> <p>Consideraremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puntuación 1-4: Insatisfechos. - Puntuación 5-7: Satisfecho. - Puntuación 8-10: Muy satisfecho.
Justificación: <p>-La gran mayoría de los profesionales de enfermería manifiestan sentirse poco seguros y preparados en el manejo de cuidados psicosociales al paciente terminal. Además señalan tener serias dificultades a la hora de comprender su comportamiento y comunicarse con este tipo de paciente.</p>
Fuente: Encuesta.
Responsable de recogida: Supervisora/ Coordinadora de Enfermería.
Frecuencia de recogida: Trimestral
Tipo de indicador: Resultado
Estándar: <p>*Actualmente no existe en la literatura ninguna medición de este aspecto. Se esperará a realizar una primera medición, según la cual basaremos un estándar.</p>

5.4 Cuarta etapa o "Act"

En esta etapa analizaremos los resultados obtenidos. Si éstos han sido positivos estandarizaremos las acciones de mejora y monitorizaremos periódicamente el nivel de calidad. Sin embargo, si son resultados negativos volveremos a analizar las causas del problema, planificaremos acciones de mejora y evaluaremos nuevamente.

6. Conclusiones

Los pacientes terminales tienen gran cantidad de necesidades, no sólo físicas, sino también psicosociales. Atraviesan un proceso muy duro, desconocido y lleno de dolor. Nuestra labor como enfermeros es proporcionar un buen acompañamiento hacia el final, reduciendo al máximo el sufrimiento humano y favoreciendo una muerte apacible. Sin embargo, muchos profesionales de enfermería manifiestan la falta de capacidad para comunicarse, informar, afrontar el sufrimiento psicoemocional y cumplir las expectativas de los pacientes moribundos.

Con el propósito de mejorar el manejo de los cuidados psicosociales al paciente terminal se organiza una sesión en la cual desarrollamos los conocimientos sobre este duro proceso, las fases que atraviesan, las necesidades del paciente en cada una de ellas y la comunicación terapéutica, además de entregar la Tabla "La comunicación terapéutica en cuidados paliativos" (Anexo 2) y la Escala Visual "Fases de adaptación al proceso final de la vida" (Anexo 1) como material de soporte para facilitar la labor de los profesionales de enfermería. De esta forma aumentará la satisfacción profesional y la calidad asistencial de los cuidados ofertados.

Los instrumentos que poseemos los enfermeros son el respeto, la compasión, el perdón y el amor por otro ser humano al que tenemos el privilegio de ayudar, quizá por última vez, con un gesto, una mirada, una palabra o simplemente un silencio.

7. Bibliografía

1. Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos. Barcelona: Ariel; 2003.
2. Maté J, Bayés R, González-Barboteo J, Muñoz S, Moreno F, Gómez-Batiste X. ¿A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una unidad de cuidados paliativos mueran en paz? Psicooncología. 2008; 5(2-3):303-321.
3. Codorniu N, Bleda M, Alburquerque E, Guanter L, Adell J, García F et al. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. Index Enferm. 2011; 10(1-2).
4. Valderrama MJ. Al final de la vida: historias y narrativas de profesionales de cuidados paliativos. Barcelona: Icaria; 2008.
5. Kübler-Ross E, Kessler D. Sobre el duelo y el dolor: cómo encontrar sentido al duelo a través de sus cinco etapas. Barcelona: Ediciones Luciérnaga; 2006.
6. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: DEBolsillo; 2003.
7. Lizarraga S, Ayarra M, Cabodevilla I. La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. Aten Primaria. 2006; 38(Supl 2):7-13.
8. Bayés R. ¿Es posible la felicidad en el paciente oncológico al final de la vida? Psicooncología. 2008; 5 (2-3):211-216.
9. Bermejo JC, Días-Albo E, Sánchez E. Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos. Madrid: Cáritas Española; 2011.
10. Barbero J, Díaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. An Sist Sanit Navar. 2007; 30 Supl 3.
11. Mialdea MJ, Sanz J, Sanz A. Situaciones difíciles para el profesional de atención primaria en el cuidado al enfermo terminal. Psicooncología. 2009; 6(1):53-63.
12. Martínez-Torres MY, Flores-Bravo MC, Córdoba-Ávila MA, Campos-Costolo M, Mirón-García J, Aguirre-Gas H. Evaluación del conocimiento sobre cuidados tanatológicos y su aplicación por el personal de enfermería de un Centro Médico Nacional. CONAMED. 2010; 15(1):4-14.

13. Colell R. Relación entre la inteligencia emocional y la motivación para trabajar en Cuidados Paliativos en estudiantes de enfermería. *Medicina Paliativa*. 2006; 13(4):186-191.
14. Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J. Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enferm Clin*. 2006; 16(6):321-326.
15. Valverde Gefaell C. Comunicación terapéutica en enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2007.
16. Castro MC. Tanatología: la inteligencia emocional y el proceso de duelo. Sevilla: Eduforma; 2007.
17. Salvador M. Acompañando en la muerte: competencias de afrontamiento y autoeficacia. *Rev Rol Enferm*. 2010; 33(11):22-34.
18. Miguez A, Muñoz D. Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enferm. Glob*. 2009;(16).
19. Cejudo A, López B, Duarte M, Crespo MP, Granados AE, Sánchez MJ. Opiniones y actitudes de los profesionales sanitarios ante la conspiración del silencio en personas en cuidados paliativos. *Biblioteca Lascasas*. 2012; 8 (2).
20. Ramírez PM, Conde G, Manrique C, Ramírez OJ, Acosta E, Ramos JC. Trato del personal de enfermería al paciente en estado crítico desde un enfoque humanista. *Paraninfo Digital*. 2012;16.
21. Mulvihill C, Harrington A, Robertson A. A literature review of the role of the specialist palliative care community nurse. *Int J Palliat Nurs*. 2010; 16(4):163-72.
22. Brito PR, Raverón D. La Enfermería ante la muerte. *Metas Enferm*. 2006; 9(2):29-32.
23. Gávez M. Cuando la familia lo vive, las palabras sobran. El modelo de cuidados compartidos en la fase terminal del paciente crítico. *Arch Memoria*. 2011; 8(3).

ANEXO I

Tabla "La comunicación terapéutica en cuidados paliativos"

La comunicación terapéutica en Cuidados Paliativos

Antes de la entrevista

- Examinar nuestra propia actitud frente a la muerte; afrontarla con tranquilidad y sin angustia.

Actitudes básicas del personal de enfermería:

- Empatía.
- Aceptación incondicional.
- Congruencia/ Veracidad

Habilidades de la comunicación:

- Comunicación no verbal.
- Escucha activa.
- Baja reactividad.
- Respeto del silencio.
- Personalización.

Preparar la entrevista:




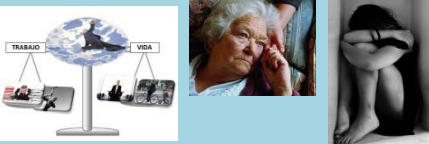

- Entorno.
- Momento.
- Contenido.

Durante la entrevista

- Primordial: transmitir que estamos dispuestos acompañarle y compartir sus preocupaciones.
- Averiguar qué sabe y qué desea conocer.
 - Conspiración del silencio
 - Rechazo de la información.
- No utilizar la imposición, informar de las distintas opciones y que sea el paciente quien decida cual prefiere.
- Facilitar la expresión de emociones.
- Medir el contenido emocional de las palabras.

ANEXO II

Escala Visual "Fases de adaptación al proceso final de la vida"

Escala Visual "Fases de adaptación al proceso final de la vida"		
	Expresiones	Comportamiento y Sentimientos
Negación	<p>"No, yo no, no puede ser verdad"</p> <p>"Se habrán equivocado"</p>	<p>Ignorar la enfermedad</p> <p>Incredulidad</p> <p>Pedir más pruebas diagnósticas y una segunda opinión médica</p> <p>No seguir el tratamiento médico por no considerarse enfermo</p> 
Ira	<p>"¡Oh sí! Soy yo, no ha sido un error"</p> <p>"¿Por qué yo?"</p> <p>"¿Por qué a mí, si no he hecho mal a nadie?"</p>	<p>Consciente de la realidad de su enfermedad</p> <p>Búsqueda de culpables</p> <p>Rabia e ira irracional</p> <p>Envidia</p> <p>Impertinente</p> <p>Conflictivo</p> 
Pacto	<p>"Si hago esto..."</p> <p>"Si me curo..."</p>	<p>Esperanza</p> <p>Negociación</p> <p>Cumplir deseos</p> 
Depresión	<p>"No puedo más"</p> <p>"Esto es el final"</p> <p>"Me da igual todo"</p>	<p>Débil e inestable físicamente</p> <p>Deprimido y triste</p> <p>Sensación de pérdida</p> <p>Realiza un balance de su vida</p> <p>Pensativo</p> <p>Tendencia a aislarse</p> 
Aceptación	<p>"Parece que ya está"</p> <p>"Creo que esto ya está"</p>	<p>Cansando y somnoliento</p> <p>Débil</p> <p>Desinteresado</p> <p>Necesidad de compañía</p> <p>Despedida</p> 

Reverso

Intervenciones de Enfermería	
Negación	<ul style="list-style-type: none"> ○ Respetaremos las defensas del paciente sin hacerle consciente de sus contradicciones (no forzar la ruptura de la negación). ○ Identificaremos sus sentimientos cambiantes y su propia percepción.
Ira	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aprenderemos a escuchar a nuestros pacientes e incluso a aceptar su ira irracional, sabiendo que el alivio que experimentan al manifestarla les ayudará a aceptar mejor su situación. ○ No castigaremos o aislaremos al paciente por su comportamiento. ○ Aclaremos que los sentimientos de amor y odio son humanos y comprensibles y no exigen un castigo. ○ Explicaremos a la familia que dicha hostilidad forma parte del proceso adaptativo y no de un ataque personal.
Pacto	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ayudaremos al paciente a que cumpla, dentro de lo posible, pequeños deseos. Muchas veces se trata de pequeñas acciones que harán que estas personas estén más tranquilas y en paz consigo mismas.
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> ○ Animaremos a expresar el dolor y los sentimientos de culpabilidad o vergüenza. ○ No estimularemos al paciente a que mire el lado alegre de las cosas, porque le dificultaría pensar en su muerte inminente. ○ En caso de conflicto entre el paciente y su familia, debemos informar a la familia de que este tipo de depresión es necesaria y beneficiosa si el paciente quiere morir en paz.
Aceptación	<ul style="list-style-type: none"> ○ Estaremos disponibles cuando la persona lo necesite pero sabremos dejarlo solo cuando lo desee. Para él es reconfortante saber que no le olvidan cuando ya no puede hacerse nada más. ○ No es necesario hablarle, simplemente hacerle saber que cuenta con nuestro apoyo con un simple gesto o una mirada. ○ Prestaremos apoyo a la familia y les recordaremos que es normal que su familiar no quiera tener muchas visitas. ○ Vigilaremos a las familias que fomentan la lucha por la vida hasta el final o intentan convencer a su allegado de que aceptar el fin es un abandono cobarde.