



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

**La comunicación enfermera en pacientes terminales y
sus familiares.**

Alumno: Carla Fernández Arranz

Director: Araceli Suero de la Hoz

Madrid, 24 abril de 2020

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
2.- ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	7
2.1.- Fundamentación	7
2.1.1.- Muerte y proceso de morir	7
2.1.2.- Enfermedad terminal.....	7
2.1.3.- Paciente al final de la vida y su familia.....	10
2.1.4.- Afrontamiento de la muerte.....	11
2.1.5.- Ansiedad ante la muerte	12
2.1.6.- El duelo	13
2.1.7.- Bioética.....	14
2.1.8.- Personal de enfermería. Enfermera	15
2.1.9.- Comunicación y habilidades en comunicación	16
2.1.10.- Inteligencia emocional	17
2.1.11.- Comunicar malas noticias.....	18
2.2.- Justificación	19
3.- PROYECTO EDUCATIVO.....	21
3.1 Población y captación.....	21
3.1.1 Población diana	21
3.1.2 Captación.....	21
3.2 Objetivos.....	22
3.2.1 Objetivos Generales	22
3.2.2 Objetivos específicos:	22
3.3 Sesiones, técnicas de trabajo y uso de materiales.....	23
3.3.1 Cronograma.....	23
3.3.2 Participantes y docentes	25
3.3.3 Lugar de celebración	26
3.3.4 Contenidos de cada sesión.....	26
3.4 Materiales a emplear	36
3.5. Evaluación	37
4.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

4.- ANEXOS	43
ANEXO 1: POSTER INFORMATIVO	43
ANEXO 2: EVALUACIÓN INICIAL Y EVALUACIÓN FINAL	44
ANEXO 3: EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN PRÁCTICA.....	47
ANEXO 4: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL PARTICIPANTE.....	48

RESUMEN

Introducción: Los pacientes terminales tienen una esperanza de vida que puede ir desde unos pocos días a, incluso, años. La propia Organización Mundial de la Salud, define cuidados paliativos como la atención activa y total de los pacientes y sus familias, haciendo imprescindible que el personal implicado se ponga en el lugar del paciente y de los familiares y haga un uso correcto de la empatía y la denominada comunicación efectiva. **Objetivo:** Facilitar una serie de herramientas mínimas e indispensables a los participantes para aumentar la efectividad y la calidad del proceso comunicativo con el paciente terminal y sus familiares. **Metodología:** Se ha creado un programa educativo para 20 participantes en base a una intervención de 5 días y un total de 18 horas, de las cuales 14 serían de teoría y 4 de puesta en práctica de los conocimientos adquiridos. La intervención cuenta con un sistema de evaluación compuesto por un test inicial de conocimientos y un test final, que tratan de mostrar la evolución de conocimientos adquirida. El equipo humano se compone de 4 enfermeras, un evaluador y un investigador principal que diseñará y dirigirá en todo momento el proceso. En relación a la infraestructura necesaria, se ha creído conveniente el emplear las instalaciones del Hospital Universitario La Paz. **Impacto:** Una mejora en las capacidades y habilidades comunicativas y humanas del personal de enfermería, permite establecer mejores conexiones enfermero-paciente, lo que puede suponer un alivio parcial del sufrimiento del paciente terminal y sus familiares y allegados.

Palabras clave: *proyecto educativo, cuidados paliativos, comunicación, paciente terminal, enfermería.*

ABSTRACT

Introduction: Terminal patients have a life expectancy that can range from a few days to even years. The World Health Organization itself defines palliative care as active and total care for patients and their families, making it essential that the personnel involved put themselves in the place of the patient and family members and make correct use of empathy and the so-called effective communication. **Objective:** To provide a series of minimal and indispensable tools to the participants to increase the effectiveness and quality of the communication process with the terminal patient and their relatives. **Methodology:** An educational program has been created for 20 participants based on a 5-day intervention and a total of 18 hours, of which 14 would be theory and 4 would be the implementation of the knowledge acquired. The intervention has an evaluation system made up of an initial knowledge test and a final test, which try to show the evolution of acquired knowledge. The human team is made up of 4 nurses, an evaluator and a principal investigator who will design and direct the process at all times. In relation to the necessary infrastructure, it has been deemed convenient to use the facilities of the La Paz University Hospital. **Impact:** An improvement in the communication and human skills and abilities of the nursing staff allows for better nurse-patient connections to be established, which may lead to partial relief from the suffering of the terminally ill patient and their relatives and loved ones.

Key words: *educational project, palliative care, communication, terminal patient, nursing.*

1-. PRESENTACIÓN

Para este trabajo Fin de Grado se ha propuesto la realización de una intervención educativa que trate de potenciar las habilidades comunicativas del personal de enfermería. Esta intervención se centra en el ámbito de cuidados paliativos.

Los sentimientos de los pacientes son diversos, algunos positivos y otros negativos por ello, el personal de enfermería debe de lograr tener una buena comunicación con el paciente con el fin de lograr su bienestar. Además, es necesario prestar atención a otra figura imprescindible en el estudio del paciente terminal: los familiares y allegados; figuras que igualmente han de quedar incluidas en el estudio de los cuidados paliativos.

Esto es lo que me ha hecho enfocar mi trabajo en la importancia de la comunicación, herramienta imprescindible en nuestras vidas y de vital importancia en la enfermería que a veces se deja de lado por falta de personal o carga de trabajo. Las habilidades de comunicación son fundamentales para el personal de enfermería, no solo por el trato con los pacientes si no por el trato con sus familiares y el resto de profesionales sanitarios.

En muchas ocasiones se carecen de estas habilidades creando en el paciente y en su entorno familiar frustraciones y desaliento.

Como motivación personal, cabe incluir alguna experiencia personal vivida, con respecto a un familiar muy querido, y es un claro ejemplo de lo que no se debe hacer.

A la vez me ha servido de motivación para hacer este trabajo en el que quiero hablar de las necesidades de los pacientes y sus familiares orientándome en los cuidados paliativos y el paciente terminal.

Pretendo ofrecer la información necesaria para ayudar en las habilidades de comunicación y sobre todo dar una visión de las dificultades y barreras con las que se puede encontrar el personal de enfermería y las herramientas que son necesarias para ofrecer una buena atención al paciente.

Quiero acabar haciendo mención a esta frase de Carles Francinio:

“No se trabaja de enfermera, se es enfermera”

2.- ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.1.- Fundamentación

2.1.1.- Muerte y proceso de morir

El concepto de muerte es considerado como la etapa final de la vida. Se considera que la vida de una persona acaba cuando las actividades vitales del organismo concluyen. (Moreira & Lisboa, 2006)

Determinar una actitud perfecta ante la muerte es muy complicado ya que existen diversos factores que la afectan (sociales, económicos, religiosos y culturales) los cuales originan en cada persona una vivencia diferente de la muerte. (Souza et al., 2015)

Se puede decir que hay muchas maneras de morir lo cual conlleva que unas son más dignas que otras y por ello se está desarrollando y llevando a cabo en muchos países lo conocido como "Testamento Vital". Este testamento permite que el paciente en plenas facultades y de manera libre y sin coacciones decide que no se le mantenga con vida si esta se considera humillante, degradante e inhumana. (Frutos Martín et al., 2007)

Según varios estudios se ha llegado a la conclusión de que el lugar más digno para morir es el propio domicilio de cada persona, lo cual permite que el enfermo pueda estar acompañado en todo momento por sus familiares. No obstante hoy en día el proceso de morir ocurre en la mayoría de los casos en los hospitales, lo cual implica que los profesionales sanitarios trabajen para garantizar el mayor bienestar posible del paciente. (Frutos Martín et al., 2007)

2.1.2.- Enfermedad terminal

Tradicionalmente, la enfermedad terminal ha sido conceptualizada como una enfermedad o condición médica irreparable, que probablemente acabe conduciendo al paciente hasta la muerte (Hui et al., 2015).

En relación a la clasificación de determinadas enfermedades como terminales, se debe tener en cuenta que no existe una lista como tal que incluya o exima de esta condición a un tipo concreto de enfermedad, sino que es el cuadro general del paciente lo que determinará esta condición. Es posible, además, que algunos pacientes terminales tengan varias enfermedades de manera simultánea. Algunos ejemplos típicos de enfermedades que pueden ser terminales son:

- Cáncer avanzado.
- Demencia (incluida la enfermedad de Alzheimer).
- Diferentes enfermedades pulmonares.
- Enfermedades neurológicas como el Parkinson.
- Enfermedades coronarias.

Análogamente, conviene destacar que los pacientes terminales pueden vivir durante días, semanas, meses o, incluso, durante años. En la mayoría de ocasiones, determinar la esperanza de vida de un paciente en esta situación es un hecho realmente complicado para el equipo médico, puesto que son numerosas las variables que intervienen, destacando el diagnóstico y el tratamiento del paciente, entre otras. (Sarmiento Medina, 2015)

La OMS define los cuidados paliativos como: la atención activa y total de los pacientes y sus familias por parte de un equipo multidisciplinar cuando la enfermedad del paciente ya no responde a tratamientos curativos y su pronóstico de vida es relativamente corto. Responde a las necesidades físicas, sociales y espirituales y se extiende, si es necesario hasta el acompañamiento del proceso del duelo.

Características de la situación paliativa:

- Presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento
- Síntomas: múltiples, cambiantes, multifactoriales, intensos.
- Gran impacto emocional tanto para el paciente, familia, amigos y equipo terapéutico.
- Pronostico inferior a 6 meses.

La necesidad de individualización para cada paciente terminal se justifica mediante la posibilidad de que pacientes con cuadros similares evolucionen de maneras significativamente diferentes, por lo que siempre habrá que tratar cada caso de manera individualizada.

Habitualmente, el tratamiento que reciben estos pacientes se basa, principalmente, en controlar los síntomas de su enfermedad y mantener al máximo posible su calidad de vida. Este tipo de enfoque se denomina cuidados paliativos y tiene por finalidad mejorar la vida del paciente sin buscar, en ningún momento, la curación completa de este. Estos tratamientos, en ocasiones, se complementan con otros tratamientos adicionales, siendo en líneas generales, actuaciones compatibles (De Lima y Pastrana, 2016).

Debido precisamente a la misión principal de los cuidados paliativos, es posible afirmar que pacientes en condición terminal, puedan vivir, durante un determinado periodo de tiempo con condiciones relativamente aceptables, manteniéndose activos, con el mayor grado posible de autonomía y con una salud psicológica y emocional igualmente aceptable (De Lima y Pastrana, 2016).

Estos dos planos, recientemente mencionados, el psicológico y el emocional, cobran especial interés en este tipo de pacientes; debiendo incluir estos aspectos, por lo tanto, en el manejo de estos pacientes, familiares y allegados, que igualmente, sufren la enfermedad de dicho ser querido de una manera cercana. Por lo tanto, el equipo de cuidados paliativos encargado de atender al paciente se asegurará, de igual modo que sus familiares y allegados reciban la ayuda y el apoyo necesario.

Un aspecto esencial en este tipo de pacientes es el proceso que siguen, interiormente, desde el diagnóstico de su enfermedad hasta el momento en que esta acaba, habiéndose descrito un total de cinco fases por las que el paciente tendrá que pasar, de manera generalizada: (Míguez Burgos y Muñoz Simarro, 2009)

- Negación y aislamiento: en esta primera fase es muy común que en este tipo de pacientes cuando se les da la información sobre su estado de salud tienden a no creer y asimilar lo que se les está comunicando. Ocurre tanto en aquellos a los que se les informa de manera directa sobre su enfermedad como en aquellos a los que no se les dice directamente y van poco a poco por si mismos sacando sus propias conclusiones.
- Ira: En el momento en el que termina la fase de negociación y el paciente es conocedor de su estado de salud aparecen los sentimientos de ira, celos y resentimiento. La fase de ira a diferencia de la fase de negación, es difícil de enfrentar por parte de los familiares, allegados y sanitarios. Este sentimiento de ira por parte del paciente se traslada a todos los ámbitos y repercute en contra de todo lo que le rodea.
- Negociación o pacto: Se da en un periodo corto de tiempo. En la fase de negociación el paciente tiene como objetivo aplazar el momento de su fallecimiento. El sujeto en esta fase se compromete a renovarse como persona, prosperar y de actuar de una manera distinta a como había actuado anteriormente con el fin de ser mejor persona. Por último el paciente se encarga de establecer su propia fecha de muerte y garantiza que si se le proporciona dicho plazo no solicitará nada más.

- Depresión: Una vez que el paciente ha pasado por todas las fases anteriores llega un momento en el que se siente desanimado, desesperado y pesimista puesto que cada vez le queda menos tiempo de vida y entra en un estado de depresión. Es común que dichos pacientes empiecen a recordar todo lo vivido y a ser conscientes de todo lo que no van a poder llevar a cabo en un futuro a causa de su estado de salud.
- Aceptación: La mayoría de los pacientes que padecen enfermedades terminales consiguen llegar a esta última fase. La depresión pasa a un segundo plano y ya no es considerada un obstáculo puesto que el enfermo afronta la muerte de una manera tranquila, calmada y con sentimientos de paz. En esta fase prima la importancia de que el enfermo se sienta acompañado por sus seres queridos y allegados, así como el acompañamiento y apoyo dirigido a la familia.

2.1.3.- Paciente al final de la vida y su familia

Antiguamente cuando se hablaba del acompañamiento en el final de la vida de una persona, se daba prioridad en atender el espíritu y el alma del enfermo. Con el paso de los años, el concepto de la atención del “moribundo” paso a la ser “la atención del enfermo en el final de la vida”, lo cual da prevalencia a todo aquello que modifique, cambie o trastorne la calidad de vida del paciente. (Rodrigues Gomes, 2010)

Se debe decidir y definir de manera individualizada el tratamiento más apropiado y conveniente para el enfermo. De lo que se va a tratar es de dar tanto a los pacientes como a los familiares una adecuada calidad de vida. (Rodrigues Gomes, 2010)

Durante el proceso de la enfermedad sigue siendo primordial el diagnóstico, así como la valoración del paciente. Se va a tratar de que el paciente se encuentre en todo momento de la mejor manera posible, vigilando y controlando que no tenga ningún tipo de dolor, hacer uso de las medidas farmacológicas y no farmacológicas, además de aspectos psicológicos. (Rodrigues Gomes, 2010)

En la mayoría de casos muchos de los enfermos prefieren fallecer y permanecer en su propio domicilio los últimos días de su vida por lo que los cuidados paliativos se realizan dicho domicilio, siempre que el paciente cuente con la asistencia y el apoyo de sus familiares. (Barreto Martín et al., 2013)

Los cuidados realizados al paciente se distribuyen entre los cuidadores formales e informales. Los cuidadores formales están compuestos por el personal sanitario y los

cuidadores informales engloban a los familiares, los cuales padecen graves consecuencias en su estado de salud.(Saila et al., 2008)

Gran parte de los fallecimientos ocurren en los hospitales y la causa de esto se debe al estrés y ausencia de apoyo psicológico de los familiares, a la carencia de equipamiento necesario.

El personal sanitario juega un papel fundamental en estos casos ya que se debe encargar comunicar y formar al cuidador de manera continua sobre los cuidados y los procedimientos necesarios que precisa el enfermo en el domicilio, cuya finalidad es evitar que los cuidadores tengan la sensación de que son incapaces de poder realizar de manera adecuada los cuidados necesarios para el enfermo.(Monzón Marín et al., 2008)

También se debe encargar de dar apoyo psicológico a los cuidadores ya que sus necesidades se modifican de manera constante durante el proceso de la enfermedad. Estos deben conseguir que tanto el cuidador principal como el resto de los familiares a través de una comunicación abierta durante todo el proceso, tengan la confianza y sientan la necesidad de poder contar con su ayuda sobre cualquier asunto, preocupación, alteración y sentimiento ya sea sobre el enfermo o por algo personal.

2.1.4.- Afrontamiento de la muerte

Lazarus y Folkman fueron los primeros en definir el concepto de afrontamiento: (Folkman et al., 1987)

“Aquellos esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona”

Para poder hacer frente a los problemas como la ansiedad, el estrés, el miedo o la muerte entre otros, es importante que las personas tengan conocimientos y sepan manejar de manera adecuada las estrategias de afrontamiento, lo cual facilitara el estado de salud de la persona afectada puesto que el no afrontarlas de manera adecuada puede producir graves repercusiones tanto físicas como psíquicas. (Ruiz et al., 2014)

Ambos autores llegan a la conclusión de que en el proceso del afrontamiento tanto la persona como todo lo que le rodea interactúan de manera continua. Las estrategias de afrontamiento dependen por un lado de las vivencias, experiencias y aspectos

personales y por otro lado a todo aquello que no está en uno mismo, es decir a todas las demás personas y medio ambiente. (Mancini, 2010)

Existen dos tipos de estrategias: (Vázquez et al., 2000)

- Estrategias vinculadas a la resolución de problemas: estas estrategias actúan de manera directa sobre el problema de tal manera que intenta alterarlo modificar y manipular.
- Estrategias de regulación emocional: actúa sobre los aspectos emocionales que ha provocado ese problema.

2.1.5.- Ansiedad ante la muerte

La muerte esta conceptuada de manera diferente ya que depende de la sociedad en la que encuentre. Se ha demostrado que en las sociedades indígenas la muerte se visualiza de manera que desde que los niños son pequeños se les educa de tal manera que entienden la muerte como una pieza importante del ciclo de la vida y que cuando llega el momento de morir se debe a que los antepasados hacen un llamamiento de dicha persona para que se puedan reunir con ellos. (García Simón, 2007)

En los países industrializados la muerte se intenta dejar de lado de tal manera que se ha pasado a ser un tema tabú del cual nadie quiere hablar, se manifiestan sentimientos de negación, depresión, miedo y ansiedad. La tanatofobia se da en aquellas personas que sienten miedo, negación y pánico hacia la muerte.

La ansiedad se conoce como una reacción o respuesta emocional que se produce cuando se percibe un peligro o una amenaza y puede llevar consigo afectaciones cognitivas y motoras.

Existen ciertos estímulos que favorecen la aparición de la ansiedad ante la muerte como pueden ser los ambientales y los situacionales.(Limonero, 1997)

Se ha demostrado que hoy en día el número de mujeres de tener ansiedad es mucho mayor que el de los hombres, llegando a la conclusión de que los hombres suelen ser menos expresivos que las mujeres a la hora de demostrar los sentimientos. Hay una gran diferencia entre las personas que han tenido la vivencia de ver morir a alguna persona de aquellas que no lo han vivido puesto que en aquellas que han pasado por ello la ansiedad es mucho menor respecto a las que no lo han vivido.

Hay datos donde se refiere que aquellas personas las cuales tienen un nivel de ansiedad bastante alto respecto a la muerte eligen la opción de morir con un nivel de consciencia muy bajo y alrededor de sus familiares.(Gala et al., 2002)

2.1.6.- El duelo

El duelo no es considerado como trastorno mental sin embargo, en el DSM-IV está clasificado como trastorno adicional, el cual en la mayoría de los casos no requiere de atención clínica.(Flórez, 2002)

En términos generales se puede decir que se producen afectaciones mentales y de conducta relacionadas con la pérdida afectiva.

El duelo no complicado o normal, suele tener una duración en el tiempo que varía según la persona, este aparece en el momento en el que se produce una pérdida significativa o hay en ocasiones que puede darse meses después de dicha pérdida. En estos casos cuando se considera un duelo normal, las personas que pasan por ello no suelen necesitar la ayuda psiquiátrica (Navarro, 2006).

Según Bowlby las fases del duelo son (Bowlby, 1960):

- Fase de shock: puede perdurar durante varios días o un instante. La persona entra en un estado de confusión, desconcierto, rabia, y no aceptan lo ocurrido. durante la etapa de luto hay muchas personas que vuelven a esta fase.
- Fase de búsqueda: suele durar varios meses y a veces perdura en el tiempo y puede durar años. Se caracteriza por que la persona entra en un periodo de nostalgia, recuerdo y rememoración de la persona fallecida.
- Fase de desesperanza: en esta fase la persona cada vez es más consciente de la realidad y de lo ocurrido. Se producen afectaciones psicológicas como el abandono, indiferencia, dejadez, indolencia y pérdida del sentido de la vida, además de afectaciones físicas tales como el insomnio o la pérdida de apetito.
- Fase de reorganización: pertenece a la última etapa. Poco a poco se empieza a ver la pérdida de su ser querido con una mezcla de sentimientos de alegría y nostalgia. La persona va dejando atrás los sentimientos más intensos y fuertes y recupera las ganas de poder seguir hacia adelante y seguir con su vida.

Se considera duelo anticipatorio a aquel que se da antes de que se produzca esa pérdida, este tiene su fin cuando se produce esa pérdida. La intensidad en el duelo

anticipatorio es variable ya que si se tratara de un duelo normal va disminuyendo poco a poco y en este caso puede aumentar o disminuir. (Gala et al., 2002)

El duelo patológico o también llamado duelo congelado es aquel que se puede dar de dos maneras diferentes. Una de ellas se caracteriza por la demora o la ausencia del mismo y la otra por la aparición de un duelo que perdura en el tiempo y se vive de manera muy intensa de tal manera que en muchas ocasiones puede traer consigo la aparición de conductas suicidas, alucinaciones, alteraciones psicóticas.

2.1.7.- Bioética

La mayor carga de toma de decisiones respecto a un paciente terminal la tienen los profesionales médicos. Todas las consecuencias derivadas de las decisiones tomadas por los médicos perjudican al trabajo llevado a cabo por el personal de enfermería. Hay que destacar que los cuidados realizados por el personal de enfermería también requieren de decisiones éticas que deben solventar de manera correcta.

Uno de los objetivos más importantes es que el paciente enfrente la muerte con dignidad, por lo que el personal sanitario debe encargarse de tratar todas aquellas fases emocionales por las que el paciente y la familia atraviesan durante el proceso de la enfermedad, por lo que es de vital importancia el apoyo emocional. Se debe tener siempre en cuenta las decisiones u opiniones del paciente respecto a todo lo que afecte a su estado de salud, mantener la autonomía del paciente e intentar preservar la pérdida de la imagen corporal.

En los casos en los que la enfermedad sea irreversible y no se pueda curar de ninguna manera, el propósito principal va a ser atenuar el dolor y el sufrimiento, por lo que cuando el paciente se encuentra en un estado moribundo se considera ético poder sedar al paciente de manera reversible de tal manera que se pueda en cierto modo despertar al paciente y poder hablar con él puesto que no se considera ético privar al paciente de su propia consciencia sin que sea realmente necesario.

Cuando el paciente se encuentra en estado agónico la alimentación no se considera necesaria, por lo que se debe realizar una valoración individualizada del paciente ya que dependiendo del estado de salud, los cuidados ordinarios o no ordinarios dependerán de lo que los profesionales sanitarios y la familia decidan.

Los derechos de la persona en situación terminal son:

- Tratamientos para combatir el dolor
- Mantener su escala de valores
- Mantener y expresar su fe
- Recibir el consuelo de las personas que el desee
- Morir con dignidad y paz

Por último señalar que se considera un deber ético para el paciente garantizar y asegurar de manera adecuada la muerte cerebral.

2.1.8.- Personal de enfermería. Enfermera

La profesión de enfermería se ha conceptualizado como una profesión que se centra en los cuidados, humanización y en la interacción con los pacientes, familiares y el entorno que les rodea, siendo su principal finalidad conseguir el bienestar estos.

La enfermera tiene que ser el punto de unión entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios. Debe reconocer y observar cuales son las necesidades, pensamientos y apreciaciones de los pacientes para así conseguir cumplir todos los objetivos previstos.(Burgos y Paravic, 2009)

Además el personal de enfermería tiene que ser partícipe de la promoción y prevención de la salud, por lo que es conveniente que se antepongan a ciertas situaciones y prevengan todas aquellas que puedan afectar de manera grave a la salud.(Zabalegui Yárnoz, 2003)

La enfermera tiene que saber, averiguar y percibir todo lo que el paciente necesita.

Para ello el personal de enfermería debe llevar a cabo los siguientes puntos:

- Saber que es lo más adecuado para el paciente.
- Satisfacer las necesidades del paciente.
- Saber manejar, dominar y controlar los aspectos emocionales del paciente.
- Mantener informado al paciente en todo momento.
- Resolver todas aquellas dudas que surjan por parte del paciente.
- Respetar la intimidad y dignidad de las personas.
- Ser un punto de apoyo y de unión respecto a los familiares y el resto de profesionales sanitarios.

- Actuar de manera profesional y aplicar todos los conocimientos, habilidades, estrategias, actitudes para resolver los problemas que surjan.

2.1.9.- Comunicación y habilidades en comunicación

Según la Real Academia Española (s.f.), el concepto de comunicación es “Acción y efecto de comunicar o comunicarse”.

La comunicación terapéutica es un factor fundamental en la atención de los pacientes terminales para ello los profesionales de enfermería deben formarse, adquirir ciertos conocimientos y habilidades de comunicación, los cuales facilitaran el poder reconocer y satisfacer las distintas necesidades psicológicas y físicas de los pacientes y de sus familiares (Torrec, 2011).

Existen dos tipos de comunicación dentro de la comunicación interpersonal (Achury & Pinilla, 2016):

- Comunicación verbal: puede ser oral o escrita. La comunicación verbal es aquella que utiliza signos paralingüísticos. En el caso de la comunicación oral es aquella que usa los signos verbales y siempre se acompaña de la gesticulación facial. En el caso de la comunicación escrita se lleva a cabo a través de un canal visual.
- Comunicación no verbal: no se usan las palabras para transmitir una información, se hace a través de gestos, posturas, contacto visual, expresión facial.

Habilidades en la comunicación: (Emerson, 2002) (Astudillo & Mendinueta, 2016) (López Martín, 2014)

Los profesionales sanitarios deben ponerse en el lugar del paciente y de los familiares haciendo uso de la empatía, esto facilitará la comunicación puesto que ayudará al profesional a conocer y entender las reflexiones, ideas y el estado psicológico tanto del paciente como del familiar.

Tratar al receptor con consideración y respeto.

Debe existir un *feed-back* entre el profesional sanitario, familiares y el paciente.

Repetición de todas aquellas pautas o conceptos importantes.

La observación ayudará en caso de que no se haya entendido algún aspecto sobre la información dada, se debe dar la libertad de que expresen sus dudas para así poder volver a explicar todos aquellos aspectos que no hayan entendido.

El ritmo a la hora de hablar no debe ser ni muy rápido ni muy lento.

Usar una entonación adecuada y un lenguaje claro y fácil de entender.

La comunicación debe ser directa y se deben dejar de lado las ambigüedades evitando así las confusiones.

Escuchar de forma activa a los familiares de tal manera que esto permita que se clarifique toda la información sobre el proceso de la enfermedad y se resuelvan todas las dudas o preocupaciones respecto al enfermo.

El profesional sanitario debe mantener en todo momento un contacto visual con los familiares y el paciente, sirve de ayuda asentir con la cabeza cuando el receptor este hablando ya que esto le demuestra que se le está prestando atención.

Expresión facial adecuada.

El uso de gestos emblemáticos e ilustrativos los cuales ayudan a los familiares y al paciente a comprender de manera más fácil ciertos conceptos.

Se debe tener una postura cercana y próxima a los pacientes y familiares ya que esto permite y facilita un ambiente de confianza.

2.1.10.- Inteligencia emocional

Daniel Goleman en el año 1995, define el término de inteligencia emocional como:

“La capacidad que tenemos las personas de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de saber manejar nuestros sentimientos y de tener la capacidad de motivarnos a nosotros mismos” (Goleman et al., 1999)

La inteligencia emocional puede educarse, lo cual favorece a la eliminación de situaciones que no son favorables psicológicamente para las personas. Uno de los aspectos en los que más se centra la inteligencia emocional es en la importancia de la comunicación, puesto que todas las habilidades se exhiben en la comunicación. (Samuel, 2016)

Se expone que todas aquellas personas que han tenido la capacidad de haber podido entrenar a lo largo de su vida la inteligencia emocional, actúan de una manera muy

distinta respecto a los que no la tienen, ya que la inteligencia emocional permite poseer habilidades sociales que favorece las relaciones personales, empatizar con los demás y poder ponerse en el lugar del otro. (Martínez, 2008)

Respecto a lo que influye la inteligencia emocional en el ámbito sanitario, es imprescindible que el personal sanitario posea la capacidad de empatizar con el otro, analizar y examinar de manera individualizada al paciente, y que se debe tener muy presente en todo momento la importancia de una adecuada y buena comunicación. (Martínez, 2008)

2.1.11.- Comunicar malas noticias

Según Buckman el concepto de mala noticia es “la que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro”.(R. Buckman, 1984)

La comunicación de malas noticias para los profesionales sanitarios tanto para los médicos como para el personal de enfermería siempre ha sido un proceso bastante incómodo y desagradable por lo que estos deben poseer de ciertas habilidades, preparación y conocimiento para poder hacer frente a esta situación de manera eficaz.

Es necesario que entre los profesionales sanitarios quede bien establecido y tengan constancia cada uno de ellos quien se va a encargar de llevar a cabo dicha tarea.

Hay artículos donde se señala que el personal de enfermería se considera una de las mejores alternativas para llevar a cabo la comunicación de malas noticias puesto que estaban más en contacto con los pacientes y los familiares. (López, 2008)

Para llevar a cabo de una manera óptima la comunicación de malas noticias uno de los protocolos más usados es el “Spikes” el cual pertenece al oncólogo Buckman y se divide en seis fases: (R. A. Buckman, 2005)

- Fase de preparación: el propósito principal en esta etapa es intentar que el paciente se sienta seguro, por ello se debe buscar un lugar donde no se produzcan interrupciones y que el ambiente se tranquilo. El profesional sanitario encargado de comunicar la mala noticia debe llevar a cabo una conducta adecuada y permanecer próximo al paciente y familiares.
- Fase de percepción: mediante la realización de preguntas abiertas el profesional sanitario debe averiguar los conocimientos que posee el paciente sobre su estado de salud.

- Fase de invitar al paciente a que pregunte sobre todo aquello que quiera saber: permite al paciente preguntar sobre todo aquello que no sepa de la misma manera que facilita el poder expresar cualquier tipo de preocupación sobre su enfermedad.
- Fase de conocimiento: la finalidad de esta etapa es conseguir que el paciente sea consciente y entienda la nueva situación a la que se enfrenta. Para ello la información que se le va a dar se debe realizar de manera pausada, dejando unos segundos para que pueda asimilarlo y que poco a poco vaya comprendiendo toda comunicación que se le está proporcionando.
- Fase de empatía: se debe prestar atención a los sentimientos y estado psicológico en el que se encuentra tras haberle comunicado dicha información, así como intentar que exprese como se siente y de esta manera poder prestarle todo el apoyo que necesite.
- Fase de resumen y planes de futuro: una vez que el paciente es consciente de la situación nueva a la que se va a enfrentar, se debe instaurar un objetivo terapéutico. Para acabar se hace una recopilación de todo lo comunicado para que al paciente no le quede ninguna duda.

2.2.- Justificación

La propuesta de una intervención educativa que potencie las habilidades comunicativas del personal de enfermería se justifica en torno a una serie de evidencias encontradas en diferentes estudios científicos publicados a este respecto.

Primeramente, ha sido posible comprobar como existe una carencia generalizada entre el personal de enfermería en relación al dominio de la comunicación efectiva. Autores como Cronin y Finn (2017), han puesto de manifiesto estas carencias y han destacado la urgencia de solucionarlas con el fin de potenciar la satisfacción del paciente y allegados. Creen, al igual que otros autores, que es necesario, para estos profesionales, el tener una formación básica en habilidades comunicativas, que permitan ejecutar una comunicación efectiva enfermero-paciente, dominando habilidades tales como la empatía o la honestidad. Estas variables han mostrado mejorar considerablemente la experiencia del paciente terminal y de los familiares durante su periodo de hospitalización (Erichsen, Hadd y Friedrichsen 2010; Fácil et al., 2019; Anderson, 2018; Wittenberg et al., 2020).

En el ámbito de los cuidados paliativos, se ha podido observar como el personal de enfermería juega un papel clave, especialmente en la atención y el manejo de pacientes terminales y sus familiares o allegados (Achury y Pinilla, 2016; Fácil et al., 2019; Wittenberg et al., 2020). Dentro de este ámbito, a su vez, se hace necesario dominar la comunicación de malas noticias, puesto que un correcto manejo de la situación puede ayudar a pacientes y familiares a sobrellevar, en mejor medida, el proceso psicológico y emocional asociado al afrontamiento de la muerte (Alencar, Nunes y Cardoso, 2019; Anderson, 2018; Wittenberg et al., 2020).

Como justificación, ya no de la necesidad de contar con un mayor grado de formación en habilidades comunicativas, sino de la metodología escogida para mejorar esta formación, se tiene el hecho de que autores como Wilkinson et al. (2003) o, más recientemente, Wilkinson et al. (2018), hayan puesto de manifiesto que cursos de corta duración y un correcto enfoque permiten al personal de enfermería mejorar considerablemente sus habilidades de comunicación, lo que no solo brinda beneficios al paciente, sino al propio enfermero o enfermera en el desarrollo de su carrera profesional.

Uniendo todas estas evidencias encontradas, se pone de manifiesto la posibilidad de brindar, a través de la intervención formativa que aquí se propone, una formación que incluya los aspectos básicos a tener en cuenta por cualquier profesional de la enfermería que desarrolle su labor profesional en el campo de los cuidados paliativos. Si bien es verdad que no puede verse como una formación avanzada o que perfeccione las habilidades comunicativas de participantes avanzados, puede constituirse como puerta de entrada a una formación más técnica y específica de estos. Se propone así, la formación en una serie de habilidades básicas y herramientas para una comunicación efectiva con las que debería contar todo el personal de enfermería, a tenor de las evidencias observadas en las obras anteriormente expuestas.

3.- PROYECTO EDUCATIVO

3.1 Población y captación

3.1.1 Población diana

En relación a la población diana, se seleccionan para la participación en este proyecto educativo a personas involucradas en el sector de la enfermería que desarrollen su actividad laboral con pacientes oncológicos. Las sesiones se realizarán en el mes de noviembre de 2020. Los participantes serán estudiantes en prácticas del Hospital Universitario La Paz y deberán de cumplir los criterios de inclusión que se muestran a continuación:

- Estudiantes en prácticas
- Ambos sexos
- Edad comprendida entre 20 y 30 años
- Disponibilidad 100% sesiones
- Experiencia mínima 1 año prácticas
- Expresen conformidad para el tratamiento de datos personales

Paralelamente se han establecido los siguientes criterios de exclusión:

- Tener conocimientos previos en materia de comunicación y dinámicas sociales
- Tener experiencia previa en sector sanitario

3.1.2 Captación

La captación de participantes se realizará en el propio hospital. El director del proyecto educativo será el encargado de contactar con la coordinación del centro para pedir la participación en el proyecto y solicitar la ayuda en el proceso de captación. Así, este proceso se realizará de manera íntegra en el propio hospital, seleccionando al personal en prácticas que cumpla los criterios de inclusión y exclusión establecidos y que preste su consentimiento para la participación en el proyecto educativo.

El proceso de captación dará comienzo con la publicación mediante carteles en las distintas unidades de enfermos terminales u oncológicos del inicio del proceso de reclutamiento de participantes para el proyecto, informándose de la temática y los objetivos principales del mismo (Anexo 1). En el propio cartel se informará del método

de contacto que los aspirantes deberán emplear para presentar su voluntad de participación.

Será el director del proyecto quien, realice el proceso de selección final de los participantes en base a los criterios establecidos, encargándose de comunicar a los interesados su inclusión o exclusión en el proyecto.

Todos los participantes deberán firmar el consentimiento informado que desde la dirección del proyecto se facilitará como requisito imprescindible para la participación en el estudio.

Además, se informará a los participantes de que se realizará un tratamiento con fines estadísticos de sus datos para que, además de hacer las veces de proyecto educativo, esta intervención sirva para mostrar datos del conocimiento general de este tipo de participantes al respecto y a su vez, la utilidad de este tipo de intervenciones, teniendo en cuenta la diferencia de conocimientos del final del proyecto con respecto al punto de partida.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivos Generales

Facilitar una serie de herramientas mínimas e indispensables a los participantes para aumentar la efectividad y la calidad del proceso comunicativo con el paciente terminal y sus familiares.

3.2.2 Objetivos específicos:

- Transmitir la relevancia que tiene el familiar de un paciente terminal en la comunicación con el personal de enfermería.
- Tomar consciencia de la importancia de la comunicación no verbal en el proceso comunicativo, en especial a la comunicación del enfermero con el paciente y sus familiares.
- Trabajar la capacidad empática del profesional y maximizar la calidad humana en la relación enfermero-paciente.
- Transmitir la información de la manera más óptima posible teniendo en cuenta las circunstancias en que se encuentran este tipo de pacientes y sus familiares.
- Practicar y potenciar la habilidad de escucha activa.

- Trabajar diferentes dinámicas comunicativas y el manejo de los tiempos en la comunicación.
- Aprender la relevancia de cuidar el entorno en el que se transmite la información más sensible.
- Desarrollar la capacidad de adaptar el lenguaje al conocimiento de los receptores, tratando de evitar caer en el empleo de tecnicismos que puedan dificultar la comprensión de la situación real existente.

3.3 Sesiones, técnicas de trabajo y uso de materiales

3.3.1 Cronograma

A continuación, se muestra un cronograma que contempla las distintas sesiones que componen el proyecto:

Tabla 1: *Sesión día 3 de noviembre*

HORARIO	3 DE NOVIEMBRE DEL 2020
09:00- 11:00	Sesión 1: Conociendo al paciente terminal
11:00- 11:30	Descanso
11:30-12:30	Sesión 2: El proceso de morir y la muerte
12:30- 13:30	Sesión 3: Afrontamiento de la muerte

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2: Sesión día 10 de noviembre

HORARIO	10 DE NOVIEMBRE DEL 2020
09:00- 11:00	Sesión 4: El enfermo terminal y el familiar al final de la vida
11:00- 11:30	Descanso
11:30- 12:30	Sesión 5: Ansiedad ante la muerte
12:30-13:30	Sesión 6: Bioética

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3: Sesión día 17 de noviembre

HORARIO	17 DE NOVIEMBRE DEL 2020
09:00- 11:00	Sesión 7: El duelo
11:00- 11:30	Descanso
11:30-13:30	Sesión 8: Comunicación y habilidades de comunicación

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4: Sesión día 23 de noviembre

HORARIO	23 DE NOVIEMBRE DEL 2020
09:00- 11:00	Sesión 9: Comunicar malas noticias

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5: Sesión día 26 de noviembre

HORARIO	26 DE NOVIEMBRE DEL 2020
09:00- 11:00	Puesta en práctica
11:00- 11:30	Descanso
11:30-12:30	Puesta en práctica
12:30-13:30	Evaluación final

Fuente: Elaboración propia

3.3.2 Participantes y docentes

Se cuenta con la participación de un total de 20 alumnos y alumnas de enfermería.

El equipo que compone el proyecto aquí presentado, así como las funciones que desarrolla cada uno de los profesionales se presenta a continuación:

Directora del proyecto: La directora del proyecto es una enfermera la cual, estructura la intervención, asigna los contenidos al resto de docentes, realiza el tratamiento

estadístico de los datos y la publicación de resultados, realiza la selección de los participantes y la comunicación de los finalmente incluidos en el estudio y preside la sesión de presentación. Es el encargado de velar porque el estudio salga según lo previsto, prestando su ayuda a cualquier profesional que la requiera.

Docentes: Se contará con un total de cuatro enfermeros/as los cuales están formados en el tema a tratar y trabajan actualmente en unidades de enfermos terminales u oncológicos, estos serán los encargados de impartir los contenidos y elaborarán la evaluación intermedia de su propio bloque que servirá para comprobar el grado de asimilación de contenidos de cada participante.

Enfermera 1: encargada de la sesión 1, 5, 9 y 10

Enfermera 2: encargada de la sesión 2, 6 y 10

Enfermero 3: encargado de la sesión 3, 7 y 10

Enfermera 4: encargada de la sesión 4, 8 y 10

Evaluador: Es el encargado de diseñar la evaluación inicial y final bajo la supervisión de la directora del proyecto. Colaborará en el tratamiento estadístico de los resultados.

3.3.3 Lugar de celebración

Dado que el proyecto se realiza con personal en prácticas del personal Hospital Universitario la Paz y dada la estrecha relación histórica de este con la investigación y educación, se solicitará permiso para impartir el proyecto de manera íntegra en alguna de las aulas de las que dispone.

3.3.4 Contenidos de cada sesión

Tabla 6: *Sesión 1: Conociendo al paciente terminal*

SESIÓN 1: CONOCIENDO AL PACIENTE TERMINAL	
Duración de la sesión	Contenidos de la sesión
120 minutos (2 horas)	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto y características del paciente terminal - Esperanza de vida y tratamiento - Manejo de pacientes terminales

	<ul style="list-style-type: none"> - Rol de familiares y círculos cercanos al paciente terminal
Personal docente	Técnicas utilizadas durante la sesión
<ul style="list-style-type: none"> - Se contará con la presencia de la enfermera encargada de la sesión número 1. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de presentación del grupo : “pueblos y ciudades” (15 min) - Evaluación inicial (15 min) - Métodos de investigación de aula: “foto palabra” (30 min) - Técnica expositiva: Lección con discusión (60 min)
Recursos utilizados durante la sesión	
<ul style="list-style-type: none"> - Proyector - Ordenador - Hoja de evaluación inicial de conocimientos previos - Tiras de papel con los nombres de los pueblos y de las ciudades repetidos dos veces, se usará para la técnica de presentación de grupo. - Imágenes para la realización de la actividad de “foto palabra” - Papel y bolígrafo para los alumnos 	
Metodología llevada a cabo durante la sesión	
<p>La sesión se iniciará con la presentación de los diferentes alumnos, para ello se pondrá en práctica la técnica de presentación de grupo “pueblos y ciudades”, tendrá una duración de unos 15 minutos. Antes de comenzar con el contenido de la sesión la enfermera hará entrega a cada alumno de una hoja de evaluación de conocimientos previos que tendrán que rellenar en un tiempo de 15 minutos. Una vez rellena la hoja de evaluación, la enfermera, repartirá a cada alumno una tira de papel con el nombre de un pueblo o de una ciudad. Una vez repartido, cada participante debe encontrar a su pareja, será quien sea dueña de una tira de papel que contenga la misma ciudad o mismo pueblo. En el momento en el que cada participante este con su pareja, deben responder a las siguientes preguntas: ¿Cómo te llamas?, ¿Quién soy yo?, ¿Por qué acudiste a este taller?, ¿Qué haces?, ¿Qué hago?, ¿Por qué vine a este taller? Una vez respondidas las preguntas anteriores las parejas deberán presentarse de manera</p>	

mutua ante el resto del grupo. A continuación se aplicará el método de investigación de aula “foto palabra” la cual tendrá una duración de uno 20-30 minutos. Se colocan las fotografías en el suelo (mínima una por alumno), y deberán mirar y contemplar durante cinco minutos más o menos las diferentes fotografías. Las ilustraciones están todas relacionadas con el paciente terminal y en cada imagen se presenta una situación distinta tanto del paciente como de los familiares. Una vez terminado el tiempo el alumno debe escoger una fotografía y todos los participantes deben colocarse formando un círculo. Cada alumno debe salir al centro del círculo, enseñar la fotografía elegida y debe explicar porque han elegido esa imagen, en esta técnica no se discute lo que el otro participante expresa, pero si se puede hacer preguntas para entender de manera más exacta lo que la otra persona nos quiere decir. Una vez acabada la actividad anterior se procederá a realizar una exposición explicativa durante una hora, en ella se habla del concepto y características del paciente terminal, la esperanza de vida y tratamiento, el manejo de pacientes terminales y el rol de familiares y círculos cercanos al paciente terminal. Para terminar la sesión se dejarán 10 minutos para que todos los alumnos tengan la oportunidad de hacer preguntas y puedan resolver dudas sobre los conceptos y temario expuesto.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7: Sesión 2: El proceso de morir y la muerte

SESIÓN 2: EL PROCESO DE MORIR Y LA MUERTE	
Duración de la sesión	Contenidos de la sesión
60 minutos (1 hora)	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de la muerte - Actitudes ante la muerte - Testamento vital
Personal docente	Técnicas utilizadas durante la sesión
<ul style="list-style-type: none"> - Se contará con la presencia de la enfermera encargada de la sesión número 2. 	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos de investigación de aula: Tormenta de ideas - Técnica expositiva: Lección con discusión
Recursos utilizados durante la sesión	
<ul style="list-style-type: none"> - Proyector 	

- Ordenador
- Power point

Metodología llevada a cabo durante la sesión

Esta sesión dará comienzo con una técnica de investigación de aula “tormenta de ideas” donde se enuncia el tema principal de la sesión “el proceso de morir y la muerte” y cada uno de los participantes tendrá que dar una idea o una opinión sobre lo que le transmite e interpreta de esas palabras para así poder ponerlo en común. Tendrá una duración de unos 15 minutos para que todos los alumnos tengan la oportunidad de participar.

Una vez acabada la lluvia de ideas, se lleva a cabo la técnica expositiva que consiste en realizar una exposición a los alumnos sobre el concepto de la muerte, actitudes que se tienen ante la muerte y sobre el concepto y funciones del testamento vital, tendrá una duración de unos 40 minutos. Los cinco últimos minutos se dejarán para que los alumnos puedan preguntar todas las dudas e incertidumbres respecto al contenido dado.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8: Sesión 3: Afrontamiento de la muerte

SESIÓN 3: AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE	
Duración de la sesión	Contenidos de la sesión
60 minutos (1 hora)	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de afrontamiento - Estrategias y tipos de afrontamiento
Personal docente	Técnicas utilizadas durante la sesión
<ul style="list-style-type: none"> - Se contará con la presencia del enfermero encargado de la sesión número 3. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica expositiva: Lección con discusión
Recursos utilizados durante la sesión	
<ul style="list-style-type: none"> - Proyector - Ordenador - Power point 	

Metodología llevada a cabo durante la sesión
<p>En esta sesión se realizará una exposición sobre el concepto del afrontamiento según los diferentes autores, como hacer frente a la muerte, ansiedad, miedo., que tipo de estrategias existen de afrontamiento y de que dependen estas estrategias. La exposición tendrá una duración de unos 50 minutos, dejando los 10 últimos minutos para que los alumnos puedan resolver todas las dudas que tengan.</p>

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9: Sesión 4: El enfermo terminal y el familiar al final de la vida

SESIÓN 4: EL ENFERMO TERMINAL Y EL FAMILIAR AL FINAL DE LA VIDA	
Duración de la sesión	Contenidos de la sesión
120 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de cuidados paliativos - Cuidados del paciente terminal - Tipos de cuidadores - Papel del personal sanitario
Personal docente	Técnicas utilizadas durante la sesión
<ul style="list-style-type: none"> - Se contará con la presencia de la enfermera encargada de la sesión número 4. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica expositiva: Lección con discusión - Técnica de análisis: caso clínico
Recursos utilizados durante la sesión	
<ul style="list-style-type: none"> - Proyector - Ordenador - Power point - Casos clínicos - Papel y bolígrafo 	
Metodología llevada a cabo durante la sesión	
<ul style="list-style-type: none"> - En esta sesión se realizará una exposición el concepto de cuidados paliativos, todos los cuidados que requiere el paciente terminal, los tipos de cuidadores que hay y el papel del personal sanitario. Todos estos conceptos se complementarán con la exposición de casos clínicos reales. Esta sesión 	

tendrá una duración de unos 40 minutos, dejando los 20 últimos para la resolución de las posibles dudas y para la resolución de los diferentes casos.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10: Sesión 5: Ansiedad ante la muerte

SESIÓN 5: ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	
Duración de la sesión	Contenidos de la sesión
60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de ansiedad - Relación existente entre la muerte y la ansiedad - Factores de riesgo - Prevalencia de la ansiedad en relación al sexo.
Personal docente	Técnicas utilizadas durante la sesión
<ul style="list-style-type: none"> - Se contará con la presencia de la enfermera encargada de la sesión número 5. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica expositiva: Lección con discusión - Técnica de análisis: discusión sobre el contenido
Recursos utilizados durante la sesión	
<ul style="list-style-type: none"> - Proyector - Ordenador - Power point 	
Metodología llevada a cabo durante la sesión	
<ul style="list-style-type: none"> - Esta sesión tendrá una duración de 40 minutos donde se expondrá el concepto de ansiedad, la relación existente entre la muerte y la ansiedad, los factores de riesgo y la prevalencia de la ansiedad en relación al sexo. Los últimos 20 minutos serán para que después de la técnica expositiva, se lleve a cabo por parte de los alumnos una discusión sobre el contenido, donde cada uno de ellos podrá tener la posibilidad de exponer lo que piensa sobre lo visto en la sesión. 	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11: Sesión 6: Bioética

SESIÓN 6: BIOÉTICA	
Duración de la sesión	Contenidos de la sesión
60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Deberes éticos del paciente - Objetivos y actuaciones éticas que deben llevar a cabo los profesionales sanitarios con respecto al enfermo terminal.
Personal docente	Técnicas utilizadas durante la sesión
<ul style="list-style-type: none"> - Se contará con la presencia del enfermero encargado de la sesión número 6. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica expositiva: Lección con discusión.
Recursos utilizados durante la sesión	
<ul style="list-style-type: none"> - Proyector - Ordenador - Power point 	
Metodología llevada a cabo durante la sesión	
<p>Esta sesión tendrá una duración de 50 minutos donde se explicarán los deberes éticos del paciente, los objetivos y actuaciones éticas que deben llevar a cabo los profesionales sanitarios con respecto al enfermo terminal. Los últimos 10 minutos se dejarán para que los alumnos puedan resolver las posibles dudas generadas durante la sesión.</p>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12: Sesión 7: El duelo

SESIÓN 7: EL DUELO	
Duración de la sesión	Contenidos de la sesión
120 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de duelo - Tipos de duelo - Fases del duelo - Características de los duelos patológicos
Personal docente	Técnicas utilizadas durante la sesión
<ul style="list-style-type: none"> - Se contará con la presencia de la enfermera encargada de la sesión número 7. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica expositiva: Lección con discusión - Técnica de análisis: caso clínico
Recursos utilizados durante la sesión	
<ul style="list-style-type: none"> - Proyector - Ordenador - Power point - Caso clínico - Papel y bolígrafo 	
Metodología llevada a cabo durante la sesión	
<p>En esta sesión se realizará una exposición sobre el concepto de duelo, los tipos de duelo que existen, las diferentes fases del duelo y las características de los duelos patológicos. Todos estos conceptos se complementarán con la exposición de casos clínicos reales. En esta sesión la parte de exposición tendrá una duración de hora y media dejando la última media hora para la resolución de las posibles dudas y para la resolución de los diferentes casos.</p>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13: Sesión 8: Comunicación y habilidades de comunicación

SESIÓN 8: COMUNICACIÓN Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	
Duración de la sesión	Contenidos de la sesión

120 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de comunicación terapéutica - Tipos de comunicación - Definición y tipos de habilidades comunicativas.
Personal docente	Técnicas utilizadas durante la sesión
<ul style="list-style-type: none"> - Se contará con la presencia de la enfermera encargada de la sesión número 8. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica expositiva: Lección con discusión - Técnica de análisis: caso clínico.
Recursos utilizados durante la sesión	
<ul style="list-style-type: none"> - Proyector - Ordenador - Power point - Caso clínico - Papel y bolígrafo 	
Metodología llevada a cabo durante la sesión	
<p>En esta sesión se realizará una exposición sobre el concepto de comunicación terapéutica, los tipos de comunicación que existen y definición y tipos de habilidades comunicativas. Todos estos conceptos se complementarán con la exposición de casos clínicos reales. En esta sesión la parte de exposición tendrá una duración de hora y media dejando la última media hora para la resolución de las posibles dudas y para la resolución de los diferentes casos.</p>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14: Sesión 9: Comunicar malas noticias

SESIÓN 9: COMUNICAR MALAS NOTICIAS	
Duración de la sesión	Contenidos de la sesión
120 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de mala noticia - Papel del personal sanitario en la comunicación de malas noticias - Protocolo Spikes

Personal docente	Técnicas utilizadas durante la sesión
<ul style="list-style-type: none"> - Se contará con la presencia de la enfermera encargada de la sesión número 9. 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica expositiva: Lección con discusión - Técnica de análisis: caso clínico
Recursos utilizados durante la sesión	
<ul style="list-style-type: none"> - Proyector - Ordenador - Power point - Caso clínico - Papel y bolígrafo 	
Metodología llevada a cabo durante la sesión	
<p>En esta sesión se realizará una exposición sobre el concepto de mala noticia, el papel del personal sanitario en la comunicación de malas noticias y el protocolo Skipes. Todos estos conceptos se complementarán con la exposición de casos clínicos reales. En esta sesión la parte de exposición tendrá una duración de una hora y media dejando la última media hora para la resolución de las posibles dudas y para la resolución de los diferentes casos.</p>	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 15: Sesión 10: Puesta en práctica

SESIÓN 10: PUESTA EN PRÁCTICA	
Duración de la sesión	Contenidos de la sesión
4 horas	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación y habilidades de comunicación - Comunicar malas noticias
Personal docente	Técnicas utilizadas durante la sesión
Se contará con la presencia de todos las enfermeras/os que han llevado a cabo todas las sesiones.	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas para el desarrollo de habilidades: Role playing

Recursos utilizados durante la sesión	
<ul style="list-style-type: none"> - Papel y bolígrafo - Habitación vacía - Evaluación final 	
Metodología llevada a cabo durante la sesión	
<p>Esta sesión se va a dividir en dos partes, las tres primeras horas van a ir dirigidas a la realización de un roll playing, donde el objetivo que se busca es practicar y entrenar las diferentes habilidades de comunicación y poder desarrollar la capacidad de comportarse en situaciones reales. Las enfermeras/os realizarán 3 grupos de 4 personas donde cada participante debe llevar a cabo un rol diferente. Al ser grupos de 4 personas, 2 de ellos harán el papel de los familiares, uno hará de paciente y otro hará el papel de enfermero/a. El tema principal a tratar y el caso clínico que se va a poner en práctica es la comunicación de malas noticias y la puesta en práctica de las habilidades de comunicación, para ello cada grupo debe simular una situación real donde el profesional sanitario en este caso el enfermero comunica al paciente y a los familiares de la situación de salud terminal en la que se encuentra el paciente. En esta puesta en práctica se evaluará si se cumplen con éxito las diferentes habilidades de comunicación por parte del enfermero/a.</p>	

Fuente: Elaboración propia

3.4 Materiales a emplear

- Hojas de evaluación:
 - Asistencia
 - Inicial
 - Final
 - Satisfacción
- Ordenador
- Proyector para la muestra de las diapositivas
- Power point con el contenido teórico de cada sesión.

- Papel y bolígrafo
- Carteles y folletos informativos
- Consentimiento informado
- Sala de actos para poder impartir el proyecto educativo
- Habitación hospitalaria vacía para llevar a cabo la realización de la parte práctica por parte de los alumnos.

3.5. Evaluación

El proyecto de intervención cuenta con una metodología de evaluación que permitirá cuantificar el grado de conocimientos que los participantes han adquirido durante el desarrollo de las sesiones.

Es importante recalcar que existen dos tipos de evaluación; por una parte, se tiene la evolución de conocimientos teóricos adquiridos y por otra, la correspondiente a la asimilación y puesta en práctica de estos conocimientos.

La evaluación teórica se llevará a cabo a través de una serie de cuestionarios con cuatro opciones de respuesta (solo una válida) que contendrá varias preguntas para cada área de conocimiento (correspondientes a cada sesión). Además, se cuenta con dos evaluaciones teóricas, una llevada a cabo al inicio, a modo de conocimientos previos y una segunda realizada en la última sesión que se celebrará, a modo de evaluación final. Este planteamiento permitirá cuantificar el grado de aprendizaje adquirido por cada alumno/a. Así, se establece la primera evaluación teórica en la sesión 1 del 3 de noviembre, con un tiempo de realización máximo de 15 minutos. La segunda, será llevada a cabo el día 26 de diciembre y se dispondrá del mismo tiempo para su realización.

En la evaluación final, se hace la prueba en 15 minutos, se explica previamente en 5; y se reserva el resto del tiempo para su resolución en clase y que los participantes puedan resolver sus dudas. La finalidad es que, indiferentemente de la nota que saquen, todo el mundo se vaya con estos conocimientos mínimos adquiridos.

Análogamente, se cuenta con una evaluación de tipo práctico que se llevará a cabo a través de las sesiones de puesta en práctica. Como se ha podido observar anteriormente, en estas sesiones estarán todos los profesionales que hayan participado en el proyecto, para poder rellenar una rúbrica a modo de evaluación que trate de

representar la asimilación de conocimientos impartidos y la capacidad del alumnado para asumirlos y trasladarlos a su campo profesional.

Existe además, una tercera evaluación, en este caso, consiste en una evaluación de los alumnos a los profesionales que realizan las sesiones. En este cuestionario de evaluación, podrán calificar ciertos aspectos que indiquen la calidad o validez del proyecto, proporcionando feedback a los profesionales que hagan mejorar, edición tras edición este proyecto educativo.

4. - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

De Lima, L., Pastrana, T. Opportunities for Palliative Care in Public Health. *Annual Review of Public Health*. 2016;37(1):357-374.

Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Hyun, S., Hye, R., Liem, C., Bruera, E. Concepts and Definitions for “Actively Dying,” “End of Life,” “Terminally Ill,” “Terminal Care,” and “Transition of Care”: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47(1):77-89.

Achury, D. M., & Pinilla, M. (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>

Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2016). ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 34(2), 46. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v34i2.206>

Barreto Martín, P., Díaz Cordobés, J. L., Pérez Marín, M., & Saavedra Muñoz, G. (2013). Cuidando al cuidador: familiares de pacientes al final de la vida. *Revista de Psicología de La Salud*, 1(1), 1–22. <https://doi.org/10.1007/3-540-45825-5>

Buckman, R. (1984). Breaking bad news: Why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288(6430), 1597–1599. <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6430.1597>

Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138–142. [https://doi.org/10.1016/S1548-5315\(11\)70867-1](https://doi.org/10.1016/S1548-5315(11)70867-1)

Burgos Moreno, M., & Paravic Klijn, T. (2009). Enfermería como profesión. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(1–2), 1–9.

- Communication in Palliative Nursing: The COMFORT Model* - Elaine Wittenberg, Joy V. Goldsmith, Sandra L. Ragan, Terri Ann Parnell - Google Libros. (n.d.). Retrieved March 26, 2020, from https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=4ZfFDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&q=relevance+of+nurses+communication+palliative+cares&ots=5IL59te0uR&sig=Dwb-0snjjTToE4SR1xpx_bT-RUQ#v=onepage&q=relevance_of_nurses_communication_palliative_cares&f=false
- Cronin, J. A., & Finn, S. (2017). Implementing and Evaluating the COMFORT Communication in Palliative Care Curriculum for Oncology Nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(2), 140–146. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000320>
- Emerson, R. W. (2002). La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 10(2), 93–102.
- Erichsen, E., Danielsson, E. H., & Friedrichsen, M. (2010). A phenomenological study of nurses' understanding of honesty in palliative care. *Nursing Ethics*, 17(1), 39–50. <https://doi.org/10.1177/0969733009350952>
- Flórez Mesa, S. D. (2002). Duelo. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(SUPPL. 3), 77–85. <https://doi.org/10.17851/0103-5878.17.17.81>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2(2), 171–184. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.2.2.171>
- Frutos Martín, M., Frutos Martín, J., Iglesias Guerra, J., & Calle Pardo, A. (2007). La persona en el proceso de muerte. *Enfermería Global*, 1–14.
- Gala Leon, F. ., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernandez, R., & Villaverde Gutierrez, C. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el. *Actitudes Psicológicas Ante La Muerte y El Duelo.*, 39–50.
- García Simón, T. A. (2007). La educación de adulto mayor: Antecedentes y perspectivas. *Revista Psicología Científica.Com*, 9(6), 1-5]. www.psicologiacientifica.com
- Goleman, D., De, L. A. P., & Goleman, D. (1999). *LA PRÁCTICA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL* (Kairós. S.).
- Head, B. A., Song, M.-K., Wiencek, C., Nevidjon, B., Fraser, D., & Mazanec, P. (2018).

- Palliative Nursing Summit. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(1), 23–29. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000406>
- Lima, K. M. de A., Maia, A. H. N., & Nascimento, I. R. C. do. (2019). Comunicação de más notícias em cuidados paliativos na oncopediatria. *Revista Bioética*, 27(4), 719–727. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274355>
- Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte. [Death anxiety] Health Psychology View project Resilience in caregivers View project. *Ansiedad Ante La Muerte*, 37–46. <https://www.researchgate.net/publication/235325305>
- López, A. S. (2008). Comunicación de malas noticias. *Seminarios de La Fundacion Espanola de Reumatologia*, 9(2), 111–122. [https://doi.org/10.1016/S1577-3566\(08\)74928-5](https://doi.org/10.1016/S1577-3566(08)74928-5)
- López Martín, I. (2014). Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación: : Centrado en el familiar. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 5(2), 92–101.
- Mancini, S. (2010). *Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estres psicologico*. 30, 1–232.
- Martínez, H. O. (2008). Hacia una comunicacion efectiva y humanista en ambitos de salud. *Revista Habanera de Ciencias Medicas*, 7(1).
- Míguez Burgos, A., Muñoz Simarro, D. (2009). *Enfermería Global*.
- Monzón Marín, J. L., Saralegui Reta, I., Abizanda I Campos, R., Cabré Pericas, L., Iribarren Diarasarri, S., Martín Delgado, M. C., Martínez Urionabarrenetxea, K., Solsona, J. F., Baigorri, F., Rodríguez, A., Campos, J. M., Masnou, N., De Miguel, E., Nolla, M., Quintana, S., López, V., Manzano, A., Ortega, S., Saldaña, M. T., ... Guardiola, F. (2008). Treatment recommendations at the end of the life of the critical patient. *Medicina Intensiva*, 32(3), 121–133. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(08\)70922-7](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(08)70922-7)
- Moreira, A. da C., & Lisboa, M. T. L. (2006). A MORTE – ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO: REFLEXÕES PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM THE DEATH – BETWEEN THE PUBLIC AND THE PRIVATE: REFLECTIONS FOR THE NURSING PROFESSIONAL PRACTICE. *Rev Enf UERJ*, 14(3), 447–453. <http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a18.pdf%0Ahttp://www.revenf.bvs.br/pdf/reu erj/v14n3/v14n3a18.pdf>
- Navarro, M. (2006). La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el

- proceso de morir. *Inform. Psicol.*, 88, 12–21.
- Rodrigues Gomes, A. M. (2010). El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familia y/o persona significativa. *Enfermería Global*, 18. <https://doi.org/10.4321/s1695-61412010000100022>
- Ruiz, E. B., Ivonne, S., & Maldonado, M. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 37–57.
- Saila, O., De Sanidad, D., & Consumo, M. D. E. S. Y. (2008). Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. In *Guías de Práctica Clínica en el SNS*. <https://doi.org/Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08>
- Samuel, J. (2016). Inteligencia Emocional. *Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, 4, 92. <https://doi.org/10.33776/remov.0i4.2727>
- Sarmiento Medina, M. I. (2015). El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque*, 1(2), 23. <https://doi.org/10.18270/rsb.v1i2.93>
- Souza, L. P. S., Ribeiro, J. M., Rosa, R. B., Gonçalves, R. C. R., Fonseca, A. D. G., Oliveira, A. P., Lopes, J. R., & Silva, C. S. O. (2015). A morte e o processo de morrer: sentimentos manifestados por Enfermeiros. *Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015*, 1(32), 1–11. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Torrec, H. (2011). Comunicación enfermera/paciente:: reflexión sobre la relación de ayuda. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 2(1), 55–61.
- Vázquez, C., Crespo, M., & Ring, J. M. (2000). Estrategias de afrontamiento. *Medición Clínica En Psiquiatría Y Psicología*, 1(1), 425–430. <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento/file>
- Wilkinson, S. M., Leliopoulou, C., Gambles, M., & Roberts, A. (2003). Can intensive three-day programmes improve nurses' communication skills in cancer care? *Psycho-Oncology*, 12(8), 747–759. <https://doi.org/10.1002/pon.698>
- Wilkinson, S., Perry, R., Blanchard, K., & Linsell, L. (2008). Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: A randomised controlled trial. *Palliative Medicine*, 22(4), 365–375. <https://doi.org/10.1177/0269216308090770>

Zabalegui Yárnoz, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16–20. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es

(*Communication in Palliative Nursing: The COMFORT Model* - Elaine Wittenberg, Joy V. Goldsmith, Sandra L. Ragan, Terri Ann Parnell - Google Libros, n.d.)

4.- ANEXOS

ANEXO 1: POSTER INFORMATIVO

COMUNICACIÓN ENFERMERA EN EL PACIENTE TERMINAL Y SUS FAMILIARES



Horario: 09:00-13:30.

Lugar de celebración: sala de actos del hospital universitario la Paz.

Dirigido a los alumnos de prácticas de enfermería.

Contacto:
201507197@alu.comillas.edu

PROGRAMACIÓN

3 DE NOVIEMBRE	<ul style="list-style-type: none">• Conociendo al paciente terminal• El proceso de morir y la muerte• Afrontando la muerte
10 DE NOVIEMBRE	<ul style="list-style-type: none">• El enfermo terminal y el familiar al final de la vida• Ansiedad ante la muerte• Bioética
17 DE NOVIEMBRE	<ul style="list-style-type: none">• El duelo• Comunicación y habilidades de comunicación
23 DE NOVIEMBRE	<ul style="list-style-type: none">• Comunicar malas noticias
26 DE NOVIEMBRE	<ul style="list-style-type: none">• Puesta en práctica

ANEXO 2: EVALUACIÓN INICIAL Y EVALUACIÓN FINAL

1) SEÑALE CUAL DE LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS NO PERTENECE A LA ENFERMEDAD TERMINAL:

- a) Pronóstico de vida superior a 6 meses
- b) Enfermedad incurable, confirmada y avanzada
- c) Síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes
- d) La enfermedad produce un gran impacto emocional al paciente, familiares y amigos.

2) SE CONSIDERA TRATAMIENTO PALIATIVO CUANDO:

- a) El propio paciente se lo administra en casa
- b) Se administra medicación por vía subcutánea
- c) Mejora completamente el estado del paciente
- d) Proporciona al paciente alivio de los síntomas de la enfermedad pero no la cura.

3) UNA ENFERMEDAD TERMINAL ES AQUELLA QUE:

- a) Tiene un pronóstico de vida inferior a 6 meses
- b) Tiene un pronóstico de vida mayor de 6 meses
- c) Tiene un pronóstico de vida inferior a 10 meses
- d) Tiene un pronóstico de vida inferior a 14 meses

4) LAS 5 FASES POR LAS CUALES TIENE QUE PASAR EL PACIENTE TERMINAL SON:

- a) Ira, negación, aceptación, negociación, pacto y depresión.
- b) Negación, ira, aceptación, depresión, pacto y negociación.
- c) Negación, ira, negociación, pacto, depresión y aceptación.
- d) Pacto, depresión, aceptación, negociación, negación e ira.

5) SE CONSIDERA DUELO PATOLÓGICO:

- a) Se caracteriza por la demora o la ausencia del mismo y la otra por la aparición de un duelo que perdura en el tiempo y se vive de manera muy intensa de tal manera que en muchas ocasiones puede traer consigo la aparición de conductas suicidas, alucinaciones, alteraciones psicóticas.
- b) Suele tener una duración en el tiempo que varía según la persona, este aparece en el momento en el que se produce una pérdida significativa o hay en ocasiones que puede darse meses después de dicha pérdida.
- c) Dolor y pena causados por la muerte de una persona
- d) Muestra exterior de dolor y pena causados por la muerte de una persona que se manifiesta en el uso de ropa negra y determinados objetos y adornos.

6) SEGÚN BOWLBY LAS FASES DEL DUELO SON:

- a) Búsqueda, shock, desesperanza y reorganización
- b) Negación, ira, negociación, aceptación, pacto y depresión
- c) Shock, búsqueda, desesperanza y reorganización
- d) Desesperanza, búsqueda, reorganización y shock

7) SEÑALE LA RESPUESTA INCORRECTA. EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEBE LLEVAR A CABO LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- a) Satisfacer las necesidades del paciente.
- b) Mantener informado al paciente en todo momento.
- c) Resolver todas aquellas dudas que surjan por parte del paciente pero no de los familiares.
- d) Ser un punto de apoyo y de unión respecto a los familiares y el resto de profesionales sanitarios.

8) LA ANSIEDAD :

- a) Se conoce como una reacción o respuesta emocional que se produce cuando se percibe un peligro o una amenaza y puede llevar consigo afectaciones cognitivas y motoras.
- b) Se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado.

- c) Consiste en un miedo intenso de estar en lugares de donde es difícil escapar o donde no se podría disponer de ayuda.
- d) Conjunto de reacciones fisiológicas que se presentan cuando una persona sufre un estado de tensión nerviosa, producto de diversas situaciones en el ámbito laboral o personal.

9) SEÑALE A CONTINUACIÓN CUAL DE LAS SIGUIENTES DEFINICIONES PERTENCE A LA FASE DE PERCEPCIÓN:

- a) La finalidad de esta etapa es conseguir que el paciente sea consciente y entienda la nueva situación a la que se enfrenta. Para ello la información que se le va a dar se debe realizar de manera pausada, dejando unos segundos para que pueda asimilarlo y que poco a poco vaya comprendiendo toda comunicación que se le está proporcionando.
- b) Mediante la realización de preguntas abiertas el profesional sanitario debe averiguar los conocimientos que posee el paciente sobre su estado de salud.
- c) Se debe prestar atención a los sentimientos y estado psicológico en el que se encuentra tras haberle comunicado dicha información, así como intentar que exprese como se siente y de esta manera poder prestarle todo el apoyo que necesite.
- d) Una vez que el paciente es consciente de la situación nueva a la que se va a enfrentar, se debe instaurar un objetivo terapéutico. Para acabar se hace una recopilación de todo lo comunicado para que al paciente no le quede ninguna duda.

10) SEÑALE CUAL DE LAS SIGUIENTES NO SE CONSIDERA UNA ADECUADA HABILIDAD DE COMUNICACIÓN:

- a) La comunicación debe ser directa y se deben dejar de lado las ambigüedades.
- b) Escuchar de forma pasiva a los familiares
- c) El profesional sanitario debe mantener en todo momento un contacto visual con los familiares y el paciente.
- d) Se debe tener una postura cercana y próxima a los pacientes y familiares.

ANEXO 3: EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN PRÁCTICA

NOMBRE DEL ALUMNO	C1	H1	C2	H2	C3	H3	C4	H4

Escala de evaluación: 1(No ha interiorizado esa Competencia/Habilidad); 2 (Se observa haber comprendido la Competencia/Habilidad en cuestión); 3 (Ha interiorizado y domina la Competencia/Habilidad).

Codificación de competencias y habilidades:

C1: Asume la necesidad de potenciar el aspecto humanizador de la enfermería.

H1: El trato hacia el paciente y/o familiares es, por encima de todo, humano. Se muestra una conexión enfermero-paciente en la que el primero pone de su parte para respetar la condición física, psicológica y emocional del paciente, actuando correctamente acorde a la situación que se presenta.

C2: Comprende la importancia de mostrar y desarrollar empatía con la situación del paciente y familiares.

H2: Muestra una capacidad empática suficiente para comprender la situación del paciente y familiares y actuar de la mejor manera posible atendiendo este aspecto.

C3: Reconoce la importancia de la comunicación efectiva en enfermería.

H3: Emplea herramientas y metodologías comunicativas plenamente adaptadas a la situación en que se encuentran tanto el paciente como los familiares.

C4: Entiende la relevancia de la familia y demás personas cercanas al paciente en la situación que este vive, así como la necesidad de actuar en consecuencia.

H4: Maneja correctamente las situaciones surgidas de las diferentes actuaciones en las que se involucra a paciente y o familiares.

ANEXO 4: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL PARTICIPANTE

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN					
ÍTEM	PUNTUACIÓN				
1.- Las sesiones se han llevado a cabo con puntualidad.	1	2	3	4	5
2.- Se han respetado las condiciones anunciadas inicialmente.	1	2	3	4	5
3.- Los contenidos han sido suficientes para mejorar mi nivel de partida.	1	2	3	4	5
4.- En general estoy satisfecho/a con los contenidos incluidos.	1	2	3	4	5
5.- La estructuración del programa ha sido satisfactoria para la formación adquirida.	1	2	3	4	5
6.- Las prácticas propuestas guardaban relación con los contenidos vistos de manera teórica.	1	2	3	4	5
7.- En general, estoy satisfecho/a con las prácticas realizadas.	1	2	3	4	5
8.- He adquirido nuevos conocimientos, competencias y habilidades con respecto al tema tratado.	1	2	3	4	5
9.- Creo que este proyecto ha mejorado mis habilidades profesionales en	1	2	3	4	5

relación al trato al paciente.					
10.- El proyecto ha despertado mi interés por este ámbito de conocimientos.	1	2	3	4	5

Escala de evaluación: 1 (Completamente en desacuerdo); 2 (En desacuerdo); 3 (Neutro); 4 (De acuerdo); 5 (Completamente de acuerdo).