



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de grado

**Abordaje del paciente psiquiátrico con necesidades de
cuidados paliativos.**

Alumno: Sandra Arribas Sánchez

Director: Andrada Cristoltan

Madrid, mayo de 2023

Índice:

Resumen	1
Abstract.....	2
1. Presentación.....	3
2. Estado de la cuestión	4
2.1. Fundamentación.....	4
2.1.1. Antropología de la muerte	4
2.1.2. Historia de los cuidados paliativos	6
2.1.3. Enfermedad mental estigma y discriminación.....	7
2.1.4. Cuidados paliativos definición y concepto	9
2.1.5. Actitud ante la muerte	11
2.1.6. Aspectos psicológicos de la muerte	12
2.2. Justificación.....	13
3. Población y captación	15
3.1. Población diana	15
3.2. Captación	15
4. Objetivos	16
4.1. Objetivo general.....	16
4.2. Objetivos específicos.....	16
5. Contenidos.....	18
6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.....	19
7. Evaluación.....	28
8. Bibliografía.....	29
Anexos	32
Anexo 1: Correo electrónico enviado a la dirección del Hospital Infanta Elena	33
Anexo 2: Folleto informativo	34
Anexo 3: Póster informativo.....	35
Anexo 4: Poster y folleto	36
Anexo 5: Rúbrica de exposición oral	38
Anexo 6: Cuestionario de satisfacción de acción formativa	39

Agradecimientos.

En primer lugar, quisiera agradecer a mi directora de TFG, Andrada Cristoltan, por su infinita paciencia, por ajustarse siempre a nuestros horarios imposibles y por resolver mis mil millones de dudas.

También quiero agradecer a la Universidad de Comillas, por la excelente formación que me han brindado todos los profesionales con los que he tenido la suerte de toparme, y por poner en mi camino a personas maravillosas.

Como no, tengo que agradecer a mi familia y amigos, por apoyarme en todo momento, y seguir ahí para mí, aun cuando mis ausencias han sido interminables.

Por último, no puedo dejar de agradecerme a mí misma, el inmenso esfuerzo y sacrificio que ha supuesto cumplir este sueño.

*“...existen enfermos
que, hoy por hoy,
son incurables,
pero no existen enfermos
incuidables”*

Francesc Torralba

Resumen

Introducción: a lo largo de toda la historia, la manera en la que los seres humanos hemos vivido la muerte ha ido cambiando. Hoy en día la muerte sigue suponiendo un gran tabú en nuestra sociedad y está cargada de connotaciones negativas. Es por esto, que los cuidados paliativos aún pueden considerarse como una disciplina en vías de desarrollo, ligada al estigma. Esta situación se acentúa cuando la persona susceptible de recibir cuidados paliativos, además, padece una patología psiquiátrica.

Objetivo: lo que se pretende conseguir con este proyecto, es proporcionar información y estrategias sobre cuidados paliativos a pacientes psiquiátricos, dirigido a los profesionales de enfermería y técnicos auxiliares en cuidados de enfermería del hospital Infanta Elena, de Valdemoro, con el fin de garantizar cuidados paliativos de calidad, ajustados a las necesidades de los pacientes.

Metodología: para llevar a cabo este proyecto educativo se ha realizado una revisión de la bibliografía a través de bases de datos científicas como Pubmed, SciELO, Dialnet, Elsevier, Cuiden, MEDLINE, Scholar Google y libros proporcionados por la biblioteca de la Universidad.

Implicaciones para la práctica enfermera: mejorar la calidad asistencias de los pacientes psiquiátricos en su estancia en el hospital.

Palabras clave/ términos DECS: muerte, salud mental, cuidados paliativos, actitud frente a la muerte, duelo, psiquiatría

Abstract

Introduction: Throughout history, the way in which human beings have experienced death has changed. Today, death is still very much a taboo in our society and is loaded with negative connotations. This is why palliative care can still be considered as a developing discipline, linked to stigma. This situation is accentuated when the person eligible for palliative care also suffers from a psychiatric pathology.

Objective: the aim of this project is to provide information and strategies on palliative care for psychiatric patients, aimed at nursing professionals and auxiliary nursing care technicians at the Infanta Elena Hospital in Valdemoro, in order to guarantee quality palliative care, adapted to the needs of the patients.

Methodology: in order to carry out this educational project, a review of the bibliography was carried out using scientific databases such as Pubmed, SciELO, Dialnet, Elsevier, Cuiden, MEDLINE, Scholar Google and books provided by the University library.

Implications for nursing practice: to improve the quality of care of psychiatric patients during their stay in hospital.

Key words/terms MeSH: death, mental health, palliative care, attitude towards death, bereavement, psychiatry.

1. Presentación

Este proyecto educativo está dirigido a profesionales del sector sanitario que trabajan en el ámbito hospitalario, en concreto en el hospital de Valdemoro, Infanta Elena.

A través del siguiente documento se pretende dotar a los profesionales de enfermería y técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, de estrategias, para que sean capaces de dar un trato integral y adecuado a las necesidades de los pacientes que presenten una patología psiquiátrica y que, además, estén ingresados en dicho hospital.

Esta idea, nace del requerimiento de una tipología de cuidados muy específica que requieren los pacientes con enfermedad mental, el difícil manejo que a veces supone, y las dificultades que encuentran los profesionales para poder ofrecérselos. Es muy frecuente encontrar a profesionales de la salud que no tienen experiencia con pacientes psiquiátricos, y desconocen cómo abordar adecuadamente a este tipo de pacientes.

Durante mucho tiempo, las personas que sufren enfermedades mentales han sido sujeto de estigma y aislamiento social. Este estigma, ha supuesto una importante barrera entre profesionales sanitarios de otras áreas ajenas a la psiquiatría y el cuidado adecuado de estos pacientes.

Como se ha comentado, la patología psiquiátrica supone un importante estigma social, más lo supone, si cabe, cuando al paciente psiquiátrico se le suma el otro gran tabú de nuestra sociedad; la muerte.

La muerte ha sido durante la historia, y sigue siendo hoy en día, objeto de sufrimiento en nuestra sociedad. Para los profesionales de la salud, continúa siendo un tema muy complicado, en parte, porque la gran mayoría de la formación que se recibe va encaminada a la curación del paciente y no al acompañamiento del paciente en su proceso de muerte.

Y es por esto mismo, que encontramos dos grandes dificultades en el abordaje de la psiquiatría y la muerte: los cuidados paliativos en centros psiquiátricos y, los cuidados psiquiátricos en unidades de cuidados paliativos.

2. Estado de la cuestión

2.1. Fundamentación

La búsqueda bibliográfica para realizar el siguiente documento se ha realizado a través de la búsqueda de términos DeCS Y MeSH reflejados en la tabla1.

Las fuentes que se han utilizado han sido las diferentes bases de datos como, Pubmed, SciELO, Dialnet, Elsevier, Cuiden, MEDLINE, Scholar Google y libros proporcionados por la biblioteca de la Universidad. Se han utilizado los buscadores booleanos “AND” y “OR”.

Los términos DeCS y MeSH son los siguientes:

Descripción literal	Términos DeCS	Términos MeSH
Muerte	Muerte	Death
Salud mental	Salud Mental	Mental Health
Cuidados paliativos	Cuidados paliativos	Palliative Care
Actitud Frente a la Muerte	Actitud Frente a la Muerte	Attitude to Death
Duelo	Pesar	Grief
Psiquiatría	Psiquiatría	Psychiatry

Tabla 1. Términos MeSH y DeCs usados en la búsqueda bibliográfica.

2.1.1. Antropología de la muerte

La vida está ligada a la muerte, no pueden darse una sin la otra, sin embargo, durante la historia, la idea de la muerte se ha ido modificando y ha pasado por diferentes maneras de afrontamiento. La preocupación del hombre hacia la muerte ha estado siempre presente, lo podemos ver desde los orígenes de la humanidad. Según múltiples hallazgos arqueológicos podemos afirmar que la muerte ha sido ritualizada no solo encontrando sepulturas si no también ofrendas y señalizaciones del lugar donde está enterrado el cuerpo con flores y piedras⁽¹⁾.

El hombre comienza a ser consciente de la muerte como proceso evolutivo y de la descomposición del cuerpo, para esto se crean mortajas, momificaciones y embalsamientos entre otras técnicas de conservación cadavérica⁽¹⁾.

En según qué culturas y etapas de la historia, la manera de afrontar la muerte ha ido cambiando, en la cultura occidental, en la Edad Media entre los siglos V y X encontrábamos la denominada “muerte domesticada”. Era frecuente que la persona que sabía que su muerte estaba próxima reuniese a su familia para morir acompañado y realizaba el rito de la habitación⁽²⁾.

La persona en su lecho de muerte era el protagonista y su familia trataba de satisfacer las últimas voluntades de este, lo normal era fallecer acompañado de sus seres queridos. La muerte se vivía en familia, de manera lenta, y se temía a la muerte inesperada⁽³⁾.

Entre los siglos XII y XV encontramos la “muerte propia”, la idea de morir va cobrando dramatismo y pasa de ser una vivencia colectiva a una mucha más individualista. La persona echa la vista atrás y cobra protagonismo la idea del juicio final, el purgatorio y la salvación. Se comienzan a individualizar las sepulturas y los cementerios se ubicaban fuera del núcleo de viviendas para evitar que los vivos fuesen perturbados por los muertos⁽⁴⁾.

Con la llegada del siglo XVII se pasa de la individualización de la muerte, al culto por la muerte del otro, esto se llama “la muerte ajena”. El duelo se manifiesta de manera excesiva, y comienza la adoración de sepulturas y cementerios. En esta época, la influencia de la iglesia es muy presente y la muerte podría decirse que estaba “clericalizada”. El duelo, los velatorios y están a cargo de la iglesia y aquella muerte que se vivía en el seno familiar ahora comienza a tener un valor mucho más espiritual rechazando la idea de la muerte del cuerpo y con ello el fin de la vida^(5,6).

Es entonces, en el siglo XVIII que la muerte deja de estar a cargo de la iglesia, para ser controlada por los médicos dando lugar a la “muerte medicalizada”⁽⁷⁾.

A partir del siglo XIX y hasta la actualidad, la actitud ante la muerte cambia por completo dando lugar a la “muerte prohibida”, todo lo relativo a la muerte es tabú, se vive de manera privada. El duelo se reprime, se rechaza al muerto. Influyen factores como la medicalización de la muerte, y el hecho de que la esperanza de vida aumente y la gente deje de morir en sus casas, para morir en los hospitales⁽⁶⁾. En la muerte prohibida, la persona que va a fallecer, sus allegados e incluso el personal médico, enmascaran la muerte, las actitudes de conmoción se contienen.

2.1.2. Historia de los cuidados paliativos

Para hablar del origen de los cuidados paliativos podemos remontarnos hasta el siglo IV en el imperio Constantino que se crea el primer hospital para recoger a los peregrinos que llegaban al puerto de Roma. En una primera instancia, estos hospitales se crearon con el fin de dar alojamiento y comida a los peregrinos, pero debido al deterioro físico que presentaban, gran parte de los peregrinos morían. A estos lugares se les llamaba Hospice⁽⁸⁾.

San Vicente de Paul, sacerdote francés fundó hospicios por toda Francia para cobijar a los más necesitados desde el año 1581 hasta 1660⁽⁹⁾.

En 1842, por primera vez se utiliza la palabra hospicio relacionándola con los cuidados paliativos y son fundados por Jeanne Garnier en Lyon, Francia.

En 1879 crearon en Dublín y en 1905 Londres por las Hermanas de la Caridad de Irlanda⁽⁶⁾.

Sin lugar a duda, el momento decisivo para los cuidados paliativos tal y como los conocemos en la actualidad, es la creación del hospicio St. Christopher en Londres en 1967, formado por Cycles Saunders. Supuso un nuevo enfoque en el abordaje del paciente de manera globalizada, atendiendo todas sus necesidades, pretendiendo suplir los cuidados deficientes que los pacientes próximos a la muerte experimentaban en los hospitales⁽¹⁰⁾.

Cycles Saunders, supuso un gran impacto en el mundo de los cuidados paliativos e impulsó el "movimiento Hospice". Dicho movimiento suponía un nuevo enfoque en el que se atendía al paciente de manera globalizada. Nacida en Londres en 1918, trabajó como enfermera, trabajadora social y en el año 1957 obtuvo el título de médico. Gran defensora de la muerte digna estudió el dolor y describió dos tipos de dolor: el físico y el espiritual⁽¹¹⁾. En 1964 formuló el concepto de dolor total^(11,12), que abarca aspectos sociales, emocionales y espirituales. "La experiencia total del paciente comprende ansiedad, depresión y miedo; la preocupación por la pena que afligirá a su familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en la que confiar"⁽¹³⁾.

En 1967, Cecily Saunders fundó St Christopher's Hospice en Londres, fue el primer hospital donde únicamente se atendían pacientes susceptibles de recibir cuidados paliativos, además fue el primer Hospice donde se enseñaban cuidados paliativos. Por todo ello se le reconoce como la madre de los cuidados paliativos^(9,13).

2.1.3. Enfermedad mental estigma y discriminación

Desafortunadamente, las personas con enfermedad mental han sufrido discriminación y estigmatización social desde tiempos inmemoriales. En la prehistoria, las enfermedades mentales han estado estrechamente ligadas a pensamientos mágicos y castigos divinos⁽¹⁴⁾. Durante la edad media, la visión de las personas enfermas continúa viéndose como parte de castigos impartidos por Dios. La inquisición está instaurada por toda Europa, lo que conlleva a asociar los síntomas psiquiátricos con posesiones y brujería⁽¹⁵⁾.

Con el paso del tiempo, comienzan a instaurarse centros que acogen a estos pacientes, pero no son creados para este fin, son creado para tratar a lo que la sociedad consideraba personas de menor categoría: prostitutas, bandoleros y, discapacitados. Estos centros carecían de carácter curativo, pero sí tenían carácter jurídico. Es aquí, cuando la Iglesia católica decide crear centros nuevos, sustituyendo los antiguos leprosarios para tratar a los enfermos mentales desde un punto de vista humanístico^(16,17).

De este fragmento de la historia podemos recalcar la figura de San Juan de Dios que crea la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, pionero en la atención humanitaria y holística de los pacientes⁽¹⁸⁾. También se crearon otras órdenes religiosas, no obstante, estas tenían mayor carácter devoto sobre los pacientes.

En el Siglo XVII el internamiento era algo muy frecuente por toda Europa, y se seguía utilizando como represalia ante una mala conducta, era frecuente asignar trabajos provechosos económicamente para las instituciones a todos los pacientes en función de sus posibilidades y los pocos cuidados médicos que los enfermos recibían, estaban ligados al control de infecciones que pudiesen ocasionar un problema de salud pública. Dichas prácticas dejaban entrever que el hecho de proporcionar cuidado a los pacientes se debía más bien a un beneficio económico y social que curativo, por el hecho de retirar de las calles a las personas indeseables⁽¹⁶⁾.

A partir del siglo XV y hasta el siglo XVIII, durante la edad moderna el pensamiento general de la sociedad sufre un gran cambio, la religión deja de estar ligada a la enfermedad mental y se instaura un pensamiento crítico. El hombre comienza a buscar respuestas científicas a las cuestiones vitales que se le presentan⁽¹⁹⁾.

El internamiento de estos pacientes continuaba siendo obligatorio, se crearon grandes hospitales psiquiátricos y con fines de ordenamiento social más que terapéutico.

Las prácticas que se realizan en este tipo de hospitales eran totalmente abusivas y vejatorias, ejemplo que encontramos en el hospital general de Francia que llegó a albergar al 1% de la población de París, término que Foucault denominó como “el gran encierro”⁽¹⁹⁾.

El trato que recibían los pacientes en los centros psiquiátricos era de carácter prohibitivo, donde era frecuente encontrar a pacientes enjaulados y encadenados durante toda su estancia. También se realizaban visitas guiadas como si de un espectáculo se tratase donde se cobraba a cambio de visitar a los pacientes, como en el caso del hospital londinense St Mary of Bethelham^(20,21).

A finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, se empezó a dar una visión de la locura desde un punto de vista médico y surgen los primeros psiquiatras modernos, destacando la figura de Philippe Pinel y el tratamiento moral^(19,22).

Es en Francia, tras haber pasado la Revolución Francesa, en 1838, Jean-Étienne Dominique Esquirol (discípulo de Pinel), psiquiatra francés logra que se apruebe la primera Ley relacionada con la salud mental y los asilos para pacientes psiquiátricos^(23,24).

Estas medidas que se instauraron en Francia se adaptaron para los asilos españoles. Los pacientes debían tener un informe médico para ingresar de manera involuntaria en los hospitales psiquiátricos, y estos debían contar con espacios suficientes para clasificar a los pacientes según los “tipos de locura” descritos por Pinel: la melancolía, la manía sin delirio, la manía con delirio, la demencia, y el idiotismo^(15,17).

El tratamiento moral que se había estado impartiendo a los pacientes empezó a quedar obsoleto. Esta rama de la psiquiatría tenía un enfoque más sociológico-antropológico que médico, pues este tratamiento tendía a la cronicidad de los pacientes en los centros psiquiátricos, pero no a su curación⁽²⁵⁾.

Es aquí en el inicio del siglo XX, cuando los médicos psiquiatras comenzaron a dar un enfoque clínico en el cuidado del paciente y con ello, el origen de los nuevos tratamientos psiquiátricos. Este tipo de “terapias” que hoy en día nos pueden parecer totalmente inaceptables, incluían comas insulínicos, terapias electroconvulsivas, duchas de agua fría, sangrías entre otras prácticas^(20,26).

Ya en el Ecuador del siglo XX, en la década de los años cincuenta, surgieron grandes cambios en el mundo de la psiquiatría que quedan reflejados hasta la actualidad; y es el inicio del tratamiento con psicofármacos⁽²⁷⁾. Esto supuso un gran cambio ya que permitió que los pacientes comenzasen a darse altas médicas y permitir que los pacientes pudiesen llevar una vida con tratamiento farmacológico fuera del hospital⁽²⁸⁾.

Desde este punto de la historia de la psiquiatría hasta la actualidad, poniendo especial atención a la reforma psiquiátrica⁽²⁹⁾. La situación de los enfermos mentales ha mejorado considerablemente. No obstante, el estigma asociado al paciente psiquiátrico sigue muy presente en nuestra sociedad. Esta estigmatización ligada a la patología psiquiátrica supone un acceso a los servicios muy dificultoso y una asistencia en muchas ocasiones deficiente⁽⁵⁾. Es precisamente por esto, que los pacientes que padecen una patología mental y que además son susceptibles de recibir cuidados paliativos, detectan grandes dificultades para encontrar un soporte adecuado en esta etapa vital⁽³⁰⁾.

2.1.4. Cuidados paliativos definición y concepto

Debido al considerable aumento de la esperanza de vida en nuestra sociedad y de los cambios en los modelos familiares, los cuidados paliativos cada día son más necesarios⁽⁶⁾.

La OMS definió los cuidados paliativos en 1990 como: *“el cuidado activo e integral de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. Su máximo interés se concentra en el control del dolor y de otros síntomas, así como en los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo del cuidado paliativo es lograr la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias”*⁽³¹⁾.

Los cuidados paliativos a diferencia de otras ramas de la medicina no están orientados a la curación del paciente si no a dotar a este de medidas de confort. Son de carácter multidisciplinar y, además, otro aspecto importante, es que los cuidados paliativos se proporcionan a paciente y familia⁽³¹⁻³⁴⁾.

Algunos de los principios que definen los cuidados paliativos son los siguientes^(34,35):

- Afirman la vida, entienden la muerte como una parte natural de nuestro proceso vital.
- Están centrados en el control de los síntomas y pretenden proporcionar medidas que garanticen el máximo confort al paciente.
- Recibir cuidados paliativos no implica adelantar ni posponer la fecha de la muerte, pretenden evitar el encarnizamiento terapéutico⁽³⁶⁾.
- Estos cuidados se proporcionan de manera integral, abordando todas las esferas del paciente.
- Potencian la autonomía y dignidad del paciente haciéndole parte del proceso en la toma de decisiones.
- La familia adquiere un rol muy importante en los cuidados paliativos, viendo a paciente y familia como una unidad a tratar.

Ahora bien, estos son algunos de los criterios que ha de cumplir el paciente para ser susceptible de recibir cuidados paliativos⁽³¹⁾:

- Padecer una enfermedad en estado avanzado, que sea de carácter incurable y progresiva.
- Falta o respuesta al tratamiento desfavorable.
- Presencia de síntomas cambiantes, múltiples y multifactoriales.
- Expectativa de vida corta.
- Enfermedad que genera un gran impacto sobre la vida del paciente y su familia.

Estos son algunos de los conceptos más relevantes cuando hablamos de cuidados paliativos^(37,38):

- Eutanasia: aquellas acciones que el personal sanitario realiza sobre el paciente con el fin de provocarle la muerte y que el paciente ha solicitado explícitamente. Esta situación se da en un contexto en el que el paciente presenta un sufrimiento muy intenso y que además presenta una patología de carácter irreversible.
- Suicidio medicamente asistido: la situación del paciente es la misma que en el concepto anterior, la diferencia es la actuación del profesional. Mientras que en la eutanasia es el propio profesional el que ejerce la acción sobre el paciente, en el suicidio medicamente asistido el profesional otorga las herramientas al paciente para que sea el mismo el que acabe con su vida.

- Adecuación del esfuerzo terapéutico: hablamos de adecuación del esfuerzo terapéutico cuando se decide retirar o no comenzar con tratamientos que se prevé que no van a revertir la situación del paciente y que además son desproporcionados, provocan sufrimiento y prolongan una situación sin expectativas de mejora. En este caso, el personal se limita a proporcionar medidas de confort y control de los síntomas.
- Encarnizamiento u obstinación terapéuticos: mientras que la adecuación del esfuerzo terapéutico busca no prolongar innecesariamente la vida del paciente, el encarnizamiento es el enfoque por el cual los profesionales utilizan todos los recursos que están a su alcance para prolongar la vida. Este concepto está muy ligado a la creencia de muchos profesionales de que la muerte del paciente es un fracaso y el rechazo de las familias a aceptar la situación.
- Sedación paliativa y sedación terminal: la sedación paliativa es la administración de fármacos para reducir el nivel de consciencia del paciente con el fin de aliviar los síntomas refractarios del paciente, que no se hayan podido controlar con otros medios. Se realiza bajo consentimiento expreso. Esta sedación puede ser intermitente o continua. Mientras que en la sedación terminal es aquella que se realiza cuando se prevé que el final de la vida del paciente está muy próximo y se mantiene la sedación hasta el momento de la muerte.
- Instrucciones previas: hace referencia a la voluntad de un paciente sobre que cuidados médicos o tratamientos, decide, o no recibir cuando se encuentre en una situación que por incapacidad no lo pueda manifestar. Debe quedar recogido de manera escrita.

2.1.5. Actitud ante la muerte

La manera en la que la muerte afecta en el estado de ánimo de una persona depende de varios factores. Por un lado, el dolor físico o emocional que el paciente puede padecer en la última etapa de su vida. También encontramos la personalidad natural del paciente, si prefiere compartir el proceso en comunidad, o prefiere aislarse, si es una persona con tendencia a la positividad o negatividad, son algunos de los ejemplos. Del mismo modo, afectan aspectos ideológicos como la búsqueda de sentido de la vida o la religión^(39,40).

No obstante, la mayoría de los enfermos atraviesan una serie de fases ante el proceso de muerte muy similares descritas por varios autores como Kübler-Ross (1969), Parkes (1980), Stedeford (1984), Bowlby (1980), entre otros⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

1. Negación, aislamiento y evitación: debido al shock de la noticia es frecuente que el paciente no quiera aceptar la realidad de la situación en la que se haya.
2. Enfado, ira y cólera: es muy característico de esta fase que el paciente tenga comportamientos hostiles hacia su entorno más próximo y se haga preguntas como ¿Por qué a mí?
3. Negociación: aquí el paciente ha aceptado que va a morir, sin embargo, trata de “negociar” con la vida algo más de tiempo, se compromete a realizar cambios y trata de ser amable con su entorno, creyendo que, así, como “recompensa” la vida le va a otorgar algo más de tiempo.
4. Depresión: la enfermedad progresa y los síntomas cada vez son más evidentes y dolorosos. El paciente empieza a resignarse y tiende al aislamiento. Kübler-Ross (1969) distingue entre dos tipos de depresión: la reactiva y la anticipatoria.
 - I. La reactiva, se da por aquello que el paciente ya ha perdido, como, por ejemplo, las tareas que realizaba en su vida diaria. Mientras que la preparatoria es aquella que se da por lo que sabe que va a perder por la inminencia de su propia muerte.
5. Fase de aceptación: el paciente participa en el proceso, es decir, habla sobre su muerte, intenta zanjar asuntos pendientes y se despide de sus familiares. Asume que el final de su vida está próximo.

Cabe destacar que todas estas fases no son siempre lineales, ni todos los pacientes las expresan del mismo modo.

2.1.6. Aspectos psicológicos de la muerte

La ansiedad y el miedo son las respuestas psicológicas que encontramos con mayor frecuencia en pacientes terminales. La ansiedad puede estar originada por diversas causas como desórdenes orgánicos, la pérdida de control de la situación y la visión inexorable del paso del tiempo⁽⁴⁴⁾.

Además, se ha de tener en cuenta cuestiones fisiológicas de la propia patología como por ejemplo la disnea que genera un gran malestar en el paciente y la sensación de dificultad respiratoria genera aún más ansiedad^(42,45).

Por lo general el miedo que padecen los pacientes terminales no está tan relacionado con el hecho en sí de morir si no con el sufrimiento que puede ocasionarles la agonía. Estas son algunas de las cuestiones que más preocupan a los pacientes⁽⁴⁵⁾:

- Miedo a depender de otros para la realización de las habilidades básicas de la vida diaria.
- Miedo al dolor.
- Miedo a no poder controlar qué ocurrirá con sus familiares tras su muerte.
- Miedo a morir solos.
- Miedo a lo desconocido.
- Miedo a no encontrar sentido a la vida que el paciente ha tenido.
- Miedo al sufrimiento de los suyos.

Es precisamente por todo esto que se ha mencionado anteriormente que el sufrimiento de los pacientes terminales es multifactorial, y, que va más allá del dolor físico únicamente. Esto es lo que denominamos “dolor total”⁽¹²⁾. Este término fue desarrollado por Cicely Saunders y habla del sufrimiento del paciente por factores psicológicos, emocionales, sociales y espirituales.

2.2. Justificación

Por todo aquello que se ha comentado con anterioridad, la muerte no es un proceso sencillo y está cargado de connotaciones negativas, estigma y temor. Más aún cuando se le suma el hándicap de la patología psiquiátrica⁽⁴⁶⁾.

Son muchos los profesionales del sector sanitario que manifiestan no saber actuar correctamente y cómo abordar a pacientes psiquiátricos y mucho menos, proporcionarles además cuidados paliativos de calidad⁽⁴⁷⁾.

Precisamente por esto este proyecto tiene cabida en el hospital Infanta Elena de Valdemoro, porque debido a la cercanía que presenta con los hospitales psiquiátricos de Ciempozuelos, San Juan de Dios y Benito Menni, son muchos los pacientes que acuden a ese hospital, y una vez allí ingresados se ven desprovistos de un trato acorde a sus necesidades.

Durante mi experiencia laboral trabajando como técnico auxiliar en cuidados de enfermería en ambos centros, he podido observar que, en un gran número de ocasiones, los pacientes que se encontraban en el hospital Infanta Elena no recibían la atención que precisaban.

En algunos casos, no se tiene en cuenta las necesidades del paciente, como por ejemplo subestimando su dolor, o bien, no administrando los fármacos psiquiátricos que el paciente requiere.

La intención final de esta acción formativa es enseñar a los profesionales a abordar adecuadamente al paciente psiquiátrico, reducir el estigma asociado a la muerte y la salud mental, para así, poder detectar las necesidades que se presentan y darles una adecuada asistencia.

3. Población y captación

3.1. Población diana

Este proyecto educativo está dirigido a los profesionales de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que trabajen en plantas de hospitalización de adultos en la Comunidad de Madrid.

En cuanto a la población accesible, estará formada por los TCAE y enfermeros del Hospital Universitario Infanta Elena, que desarrollen su labor asistencias en las plantas de medicina interna y cirugía. Tratándose de un total de 130 enfermeros y 100 TCAE.

La elección de este hospital se debe al gran número de pacientes psiquiátricos que atiende. Debido a su ubicación (Valdemoro), es el hospital de referencia de la mayoría de los pacientes que alberga el Complejos Asistencial Benito Menni y el hospital psiquiátrico San Juan de dios, ambos ubicados en la localidad de Ciempozuelos.

La muestra final estará determinada por aquellos profesionales que finalmente participen en la formación.

3.2. Captación

En la fase inicial del proyecto, se enviará un correo electrónico a la dirección del hospital exponiendo el tema y solicitando su aprobación para poner en marcha la acción formativa (ANEXO I).

Una vez la dirección del hospital haya dado su aprobación para iniciar la captación se acudirá al hospital y se harán reuniones con la supervisión de enfermería de los servicios a los que nos dirigimos para explicar detalladamente el objeto del proyecto. Además, se repartirán en los controles de enfermería de dichos servicios folletos informativos y se pondrán infografías. (ANEXO II y III).

Una vez se haya realizado la difusión del proyecto en el hospital, se proporcionará a la supervisión de los servicios una URL de una página web, que además vendrá reflejada en la infografía y folletos para que los participantes puedan inscribirse.

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Proporcionar a los profesionales de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería conocimientos, técnicas y actitudes necesarias para abordar los cuidados del paciente psiquiátrico con necesidades paliativas.

4.2. Objetivos específicos.

Al finalizar las sesiones formativas, los profesionales serán capaces de desarrollar estos conocimientos, técnicas y actitudes en las siguientes áreas:

- **Objetivos de conocimiento:**
 - Conocer qué son los cuidados paliativos y sus principios.
 - Distinguir las diferentes fases que atraviesa el paciente en el proceso de muerte.
 - Conocer que características presenta el paciente que necesita recibir cuidados paliativos.
 - Diferenciar claramente conceptos como eutanasia, encarnizamiento terapéutico, limitación del esfuerzo terapéutico, sedación terminal y sedación paliativa.
 - Conocer los diferentes tipos de dosis.
 - Conocer en mayor profundidad las patologías psiquiátricas más comunes.

- **Objetivos de actitudes/emociones:**
 - Escuchar activamente al paciente y su familia.
 - Respetar las decisiones del paciente y su familia.
 - Mantener una actitud cálida y de apoyo.
 - Derribar el estigma asociado a la muerte y la patología psiquiátrica.
 - Contar con estrategias de apoyo al paciente psiquiátrico.
 - Proporcionar un ambiente cómodo y confortable.
 - Promocionar la autonomía del paciente.

- Objetivos de habilidades/aptitudes:
 - Dirigirse a los pacientes y sus familias de manera adecuada.
 - Manejar y conocer el uso adecuado de contenciones mecánicas.
 - Aplicar correctamente el uso de contención verbal al paciente agitado.
 - Proporcionar cuidados de enfermería al paciente con contenciones mecánicas.
 - Manejar correctamente el dolor irruptivo.
 - Emplear adecuadamente la medicación paliativa.
 - Usar de manera correcta las diferentes vías de administración.
 - Aplicar técnicas no medicamentosas de control del dolor.
 - Administrar adecuadamente dosis de rescate.

5. Contenidos

Los contenidos que se van a desarrollar en las sesiones son los siguientes:

- Presentación:
 - Explicación de la metodología y programación de las sesiones.

- Contenidos relacionados con los cuidados paliativos:
 - Aclarar conceptos relacionados con los cuidados paliativos:
 - Qué son los CP y sus principios.
 - Eutanasia, suicidio medicamente asistido, adecuación del esfuerzo terapéutico, encarnación terapéutica y sedación paliativa.
 - Principales técnicas de control de sintomatología y medidas de confort:
 - Uso de la vía subcutánea.
 - Dosis pautada y dosis de rescate.
 - Dolor irruptivo.
 - Técnicas no farmacológicas de alivio del dolor.
 - Abordaje familiar y cuestiones éticas:
 - Instrucciones previas.
 - Decisiones al final de la vida.
 - El papel de la familia en los CP.
 - Información al familiar de la situación.

- Contenidos relacionados con salud mental:
 - Nociones básicas de patologías psiquiátricas.
 - Prejuicios hacia el paciente psiquiátrico y sensibilización.
 - Técnicas para realizar contención verbal:
 - Técnicas verbales y no verbales de abordaje al paciente agitado.
 - Inmovilización terapéutica uso adecuado y aspectos éticos:
 - Indicaciones.
 - Materiales y técnicas.
 - Cuidados de enfermería del paciente inmovilizado terapéuticamente.

6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

Para llevar a cabo este proyecto se van a realizar 4 sesiones de 1h y 20min cada día, dos días en semana, durante dos semanas. El horario será en turno de tarde de 16:00 a 17:15 martes y jueves. No obstante, dependiendo del número de personas que finalmente se inscriban en el curso se pueden ampliar varios turnos en el mismo día.

Las sesiones se van a llevar a cabo durante el mes de junio.

1ª SESION	MARTES 13 DE JUNIO 16:00 a 17:20
2ª SESION	JUEVES 15 DE JUNIO 16:00 a 17:20
3ª SESION	MARTES 20 DE JUNIO 16:00 a 17:20
4ª SESION	JUEVES 22 DE JUNIO 16:00 a 17:20

Tabla 2. Cronograma de las sesiones.

En cada sesión el número máximo de integrantes será de 25 personas y se desarrollarán en el aula de formación del propio hospital.

La metodología que se va a utilizar en este proyecto es la de educación para la salud de tipo directo porque se busca que haya una comunicación bidireccional y directa entre el educador y el educando.

Además, se van a utilizar técnicas de “investigación en el aula” para comprobar el nivel de conocimientos que los participantes tienen sobre el tema. De este modo, sabremos desde donde partimos para comenzar la formación. En concreto, se van a realizar cuestionarios y rejilla de análisis.

La mayor parte de las sesiones van a guiarse por técnicas expositivas puesto que van a darse sesiones con un alto contenido teórico, pero buscando siempre la participación de los asistentes

Por último, vamos a utilizar técnicas de análisis para poner en práctica diferentes alternativas a problemas planteados. Para trabajar esto se van a analizar casos clínicos y se van a realizar roleplaying.

Sesión 1: conocimientos teóricos sobre cuidados paliativos, salud mental y sensibilización.

Para comenzar la sesión en primer lugar se va a pedir a los participantes que firmen en la hoja de firmas para que quede registrada su asistencia.

Posteriormente, se realizarán las presentaciones entre los miembros de la formación. Se pedirá a los participantes que digan su nombre y en qué servicio del hospital trabajan.

Se explicará brevemente los objetivos de las sesiones, su distribución en el tiempo y los contenidos que se van a ver.

Una vez hecho esto, se realizará un quiz con la finalidad de conocer qué grado de conocimiento tienen los asistentes sobre los temas a tratar, para, desde ahí comenzar la formación.

Cuando el quiz haya finalizado vamos a tratar en primer lugar el tema de los cuidados paliativos. Se va a realizar una explicación a través de un PowerPoint donde vamos a explicar y aclarar posibles dudas que surjan sobre los diferentes temas que veamos. Esta exposición se va a realizar fomentando en todo momento la participación de todos los miembros de la sesión. Se pretende que en todo momento la comunicación sea bidireccional.

Para continuar se pedirá a los participantes que realicen una lluvia de ideas sobre las ideas principales que tienen acerca de los pacientes psiquiátricos. De este modo, podremos ver en qué punto se encuentran y partiendo de esa base ir derribando mitos y prejuicios buscando la sensibilización.

Seguidamente se explicará de manera breve las diferencias básicas entre las patologías psiquiátricas más frecuentes. Nuevamente nos apoyaremos de un PowerPoint y buscaremos la participación de todo el grupo.

Para finalizar la sesión, se pedirá a los asistentes que comenten algo que hayan aprendido durante la sesión y que no sabían. Esto se utilizará para reforzar los nuevos conocimientos que hayan adquirido. Nos despediremos y se recordará el horario y el día de la próxima sesión, así como los contenidos de esta.

Para evaluar cómo ha transcurrido esta sesión, se va a observar el nivel de participación e implicación de los asistentes. Los materiales necesarios para esta sesión son: ordenador, proyector, teléfonos móviles con conexión a internet, bolígrafos.

Sesión 1: conocimientos teóricos sobre cuidados paliativos, salud mental y sensibilización.

Contenidos	Objetivos de la sesión	Técnicas que se van a realizar	Materiales necesarios	duración
Presentación de los participantes y explicación de cómo van a desarrollarse las sesiones	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar la tensión de los participantes • Crear una atmósfera cómoda de trabajo 	Los participantes se presentarán y dirán en qué servicio trabajan	Aula con sillas	10 minutos
Realización de quiz	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el nivel de conocimientos que los participantes tienen sobre el tema a tratar 	Análisis de la situación a través de un cuestionario	Proyector, teléfonos móviles e internet	10 minutos
Explicación de conceptos básicos de cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes tengan nociones básicas de conceptos relacionados con los cuidados paliativos 	Técnica expositiva, se va a realizar una explicación a través de un PowerPoint	Ordenador y proyector	20 minutos
Prejuicios hacia los pacientes psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer qué prejuicios tienen los participantes hacia los pacientes psiquiátricos • Sensibilizar a los participantes 	Lluvia de ideas	Aula con sillas	20 minutos
Explicación de diferencias básicas entre patologías psiquiátricas más frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Que los participantes tengan un mayor conocimiento sobre patologías psiquiátricas más comunes 	Técnica expositiva, se va a realizar una explicación a través de un PowerPoint	Ordenador y proyector	20 minutos

Sesión 2: técnicas de control de sintomatología y medidas de confort.

Para comenzar esta sesión, se va a pedir a los asistentes que firmen en la hoja de asistencia. Una vez todos los participantes hayan ocupado sus puestos y podamos comenzar, vamos a realizar una pequeña lluvia de ideas acerca de qué aspectos consideramos más importantes sobre la sesión anterior. Esto nos servirá para evaluar qué recuerdan de la anterior sesión y para afianzar conocimientos.

Explicaremos qué vamos a ver en el día de hoy y comenzaremos con el primer tema, el uso de la vía subcutánea. Abordaremos cuestiones relacionadas con esta, tales como indicaciones, contraindicaciones, materiales, lugar de punción y cuidados. Esta explicación vamos a realizarla a través de un PowerPoint.

A continuación, trataremos el tema del dolor irruptivo, explicando qué es y qué técnicas y medicamentos podemos usar para paliarlo. Para explicar esto, nos vamos a apoyar de un PowerPoint.

Seguidamente, veremos otras técnicas de alivio del dolor no farmacológicas tales como posturas antiálgicas, aplicación local de frío/ calor, musicoterapia y relajación entre otras. Haremos uso de una exposición PowerPoint.

Para finalizar, vamos a revisar entre todos los participantes un caso clínico. Esto lo realizamos para poner en práctica la capacidad de análisis de los participantes y afianzar conceptos. Del mismo modo, esto también servirá a modo de evaluación para comprobar en qué grado se han asimilado los conocimientos.

Puesto que esta sesión tiene un alto contenido teórico, para fomentar la participación de los asistentes se van a ir resolviendo todas las dudas que surjan durante la sesión y se animará a que comenten todo aquello que crean conveniente.

Los materiales necesarios para esta sesión son: ordenador, proyector y bolígrafos.

Sesión 2: técnicas de control de sintomatología y medidas de confort.

Contenidos	Objetivos de la sesión	Técnicas que se van a realizar	Materiales necesarios	Duración
Recordatorio breve de la anterior sesión	<ul style="list-style-type: none"> Afianzar los conocimientos aprendidos en la anterior sesión 	Lluvia de ideas	Aula con sillas	10 minutos
Uso de la vía subcutánea	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes sepan dar un uso adecuado de la vía subcutánea 	Técnica expositiva, se va a realizar una explicación a través de un PowerPoint	Ordenador y proyector	20 minutos
Manejo del dolor irruptivo	<ul style="list-style-type: none"> Los participantes adquieran conocimientos acerca del manejo del dolor irruptivo 	Técnica expositiva, se va a realizar una explicación a través de un PowerPoint	Ordenador y proyector	20 minutos
Técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor	<ul style="list-style-type: none"> Obtener nuevos conocimientos acerca de técnicas no farmacológicas para el control de síntomas. 	Técnica expositiva, se va a realizar una explicación a través de un PowerPoint	Ordenador y proyector	20 minutos
Caso clínico	<ul style="list-style-type: none"> Poner en práctica los conocimientos aprendidos 	Técnica de análisis, en este caso análisis de un caso clínico	Ordenador y proyector	20 minutos

Sesión 3: Cuestiones éticas de los cuidados paliativos y abordaje familiar.

Antes de comenzar la sesión se pedirá a los asistentes que firmen en la hoja de asistencia.

Como en la anterior sesión, pediremos una pequeña lluvia de ideas para refrescar los conocimientos adquiridos en la última sesión. De este modo podremos valorar qué recuerdan de la anterior sesión.

El primer contenido teórico que veremos en la sesión son las instrucciones previas, abordaremos qué son y cómo se aplican en los pacientes. Seguidamente hablaremos de la autonomía del paciente y su derecho de decisión. A continuación, veremos estrategias para comunicarnos con la familia del paciente y la importancia de esta en el cuidado del paciente. Para tratar estos tres bloques teóricos nos apoyaremos de un PowerPoint.

Puesto que se trata de una sesión en la que se van a tratar contenidos muy teóricos, para poner en práctica lo que se ha aprendido en la sesión y para fomentar la capacidad crítica de los participantes vamos a realizar entre todos un caso clínico.

En todo momento se podrá debatir sobre las diferentes cuestiones que se vean, y se pedirá a los asistentes que participen comentando lo que consideren en cualquier momento de la sesión.

Los materiales necesarios para esta sesión son: ordenador, proyector y bolígrafos.

Sesión 3: Cuestiones éticas de los cuidados paliativos y abordaje familiar.

Contenidos	Objetivos de la sesión	Técnicas que se van a realizar	Materiales necesarios	Duración
Recordatorio breve de la anterior sesión	<ul style="list-style-type: none"> Afianzar los conocimientos aprendidos en la anterior sesión 	Lluvia de ideas	Aula con sillas	10 minutos
Instrucciones previas	<ul style="list-style-type: none"> Conocer qué son y cómo se utilizan las instrucciones previas 	Técnica expositiva, se va a realizar una explicación a través de un PowerPoint	Aula con sillas	20 minutos
Decisiones al final de la vida	<ul style="list-style-type: none"> proporcionar autonomía al paciente paliativo 	Técnica expositiva, se va a realizar una explicación a través de un PowerPoint	Aula con sillas	20 minutos
El papel de la familia	<ul style="list-style-type: none"> reconocer adecuadamente el papel de la familia del paciente Comunicarse adecuadamente con la familia del paciente 	Técnica expositiva, se va a realizar una explicación a través de un PowerPoint	Aula con sillas	20 minutos
Caso clínico	<ul style="list-style-type: none"> Poner en práctica los conocimientos aprendidos 	Técnica de análisis, en este caso análisis de un caso clínico	Ordenador y proyector	20 minutos

Sesión 4: Abordaje verbal al paciente agitado y uso de inmovilizaciones terapéuticas.

Antes de comenzar la sesión se pedirá a los asistentes que firmen en la hoja de asistencia.

Tal y como se ha planteado para las anteriores sesiones, comenzaremos realizando una breve lluvia de ideas. Para refrescar los conceptos aprendidos en la anterior sesión y afianzar su aprendizaje.

Después pasaremos a los nuevos contenidos teóricos planteados para la sesión. En primer lugar, hablaremos sobre técnicas y recomendaciones para abordar verbalmente al paciente psiquiátrico que está agitado. Utilizaremos un PowerPoint como apoyo.

Seguidamente veremos el uso e indicaciones de la IT siempre que el abordaje verbal haya sido ineficaz.

Una vez haya quedado claro, pasaremos al siguiente punto, los cuidados de enfermería pertinentes cuando se hace uso de la IT. De nuevo utilizaremos como apoyo un PowerPoint.

Para finalizar vamos a realizar varios roleplaying entre los participantes, recreando situaciones en las que tengan que hacer uso de la contención verbal y, posteriormente, practicaremos como poner adecuadamente sujeciones.

Los materiales necesarios para esta sesión son: ordenador, proyector, bolígrafos, camas, sujeciones.

Sesión 4: Abordaje verbal al paciente agitado y uso de inmovilizaciones terapéuticas.

Contenidos	Objetivos de la sesión	Técnicas que se van a realizar	Materiales necesarios	Duración
Recordatorio breve de la anterior sesión	<ul style="list-style-type: none"> Afianzar los conocimientos aprendidos en la anterior sesión 	Lluvia de ideas	Aula con sillas	10 minutos
Técnicas de contención verbal del paciente agitado	<ul style="list-style-type: none"> Conocer técnicas para realizar un adecuado abordaje verbal al paciente agitado 	Técnica expositiva, se va a realizar una explicación a través de un PowerPoint	Ordenador y proyector	20 minutos
Indicaciones y aspectos éticos de las inmovilizaciones terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> Definir las indicaciones de la IT Explicar aspectos éticos relacionados con el uso de IT 	Técnica expositiva, se va a realizar una explicación a través de un PowerPoint	Ordenador y proyector	20 minutos
Cuidados de las inmovilizaciones terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> Conocer como cuidar adecuadamente al paciente con IT 	Técnica expositiva, se va a realizar una explicación a través de un PowerPoint	Ordenador y proyector	15 minutos
Roleplaying de contención verbal e inmovilización terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> Conocer técnicas para el uso de IT y abordaje verbal 	Roleplaying	Camas y sujeciones	25 minutos

7. Evaluación

Para evaluar el proceso de enseñanza-aprendizaje vamos a evaluar los resultados obtenidos, es decir si se han cumplido los objetivos propuestos o no y, además vamos a evaluar la estructura del proyecto educativo y el proceso de este.

- Evaluación de la estructura y proceso educativo: se va a evaluar el horario, la duración y la distribución de las sesiones, así como si el espacio donde se ha realizado y los recursos materiales que se han utilizado han sido correctos.
- Evaluación de los resultados educativos: evaluaremos si se han cumplido los objetivos de actitud, habilidades y conocimiento.

En relación con la evaluación cualitativa vamos a contar con la presencia de un observador para poder analizar adecuadamente el grado de participación de los educandos, así como el desarrollo de las sesiones por parte del educador. Se utilizará una rúbrica de exposición oral. (ANEXO IV)

Para evaluar cuantitativamente el proyecto, se va a comenzar siempre las sesiones pidiendo a los participantes que realicen un recordatorio de la sesión anterior. De este modo, podremos valorar en qué grado se han adquirido los conocimientos que hemos estado viendo. Además, podemos ver el interés que muestran los participantes comparando la hoja de firmas entre los diferentes días para ver si han acudido más o menos personas.

También, podremos valorar la adquisición de los conocimientos en la realización de los casos clínicos y roleplaying. Por último, para evaluar la estructura y el proceso educativo se va a pasar el último día un cuestionario anónimo a los participantes. (ANEXO V)

8. Bibliografía

- (1) Teresa M, Rupérez A. el concepto de la muerte y el ritual funerario en la prehistoria 1.
- (2) Clark D. Palliative care history: a ritual process. *European Journal of Palliative Care* 2000;7(2):50-55.
- (3) Ariès, P.: El hombre ante la muerte (Book Review). *Razón y Fe* 1984 Jan 1,;209:328.
- (4) Galaleón FJE, León FJG, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González JM, et al. Cuadernos de Medicina Forense N°. 2002.
- (5) Ariès P. Historia de la muerte en occidente: de la edad media hasta nuestros días.: Acantilado; 2017.
- (6) Aguilera O. Fermentum: *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*. 2003 Oct 27,.
- (7) Ignacia PM, DR, Palma DA. Cuidados paliativos: historia y desarrollo.
- (8) Foucault A. La naissance de la paléoclimatologie. *Météorologie (Paris)* 2020 Nov 01,(111):18.
- (9) Lomelí GMdO. Historia de los cuidados paliativos. *Palliative care history* 2006 -04-10.
- (10) Allende DS, Lafuente P. Historia de los cuidados Paliativos Introducción a los cuidados Paliativos.
- (11) Twycross R. Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas. *Acta bioethica* 2000 jun 1,;6(1):27-46.
- (12) Denisse Oliszewski. Pluralidad de rasgos y diversidad de representaciones sobre la enfermedad en los usuarios de curanderismo del gran Sanmiguel de Tucumán, argentina. *Scripta ethnologica* 2013 jan 1,;35:55-76.
- (13) Fajardo-Chica D. Sobre el concepto de dolor total. *Revista de salud pública (Bogotá, Colombia)* 2020 Jun 1,;22(3):1-5.
- (14) Vidal MA, Torres LM. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2006 April 1,;13(3):143-144.
- (15) Salaverry O. La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública* 2014 Jan 30,;29(1):143.
- (16) Pileño Martínez ME, Morillo Rodríguez FJ, Salvadores Fuentes P, Nogales Espert A. El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los cuidados* 2003(13):29-35.
- (17) Sánchez Rodríguez O. Historia de la enfermedad mental y su atención.
- (18) Miguel Ángel Meza-Galván,¹ Víctor Federico Rodríguez-Nava,² Oscar Gómez-Lamadrid³. humanismo en enfermería.

- (19) Fernandes de Freitas G, Siles González J. Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios. *Index de Enfermería* 2008 06/;17(2):144-148.
- (20) Héctor M. León Castro. Estigma y enfermedad mental: un punto de vista historico-social. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan* 2005 jun,;33-42.
- (21) Kirby Urner. Un poco de historia. *Chasqui* 2015 Jan 01,(38).
- (22) Shorter E. History of psychiatry. *Current opinion in psychiatry* 2008;21(6):593.
- (23) peset JL. La revoluciÓN hipocrática de Philippe Pinel. *Asclepio* 2003;55(1):263-280.
- (24) Pablo J, A Á. Jean-Étienne dominique esquirol, aliéniste. *Rev Med Clin Condes* 2012 /09/01;23(5):644-645.
- (25) Ardila SG, Emiliano. salud mental y comunidad.
- (26) Asclepio. *Asclepio* 1964.
- (27) González-Pando D, Sanz de la Garza, Cesar Luís, Aparicio-Basauri V, Arboleya T, González-Menéndez AM, Méndez-Salguero A, et al. La psicología ante la terapia electroconvulsiva (i): aspectos históricos y conceptuales. *Papeles del psicólogo* 2020;41(1):125-131.
- (28) La "década de oro" de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. ; 34-c1-c; ; 15 de marzo 2000.
- (29) Álvarez Cernuda S. La enfermedad mental a lo largo de la historia. 2015 Jan 1,.
- (30) Espino A. Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas: Amenazas y oportunidades. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2002:39-61.
- (31) Corrigan PW, Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. 2005.
- (32) Sarmiento-Medina MI. El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque* 2011 Jul 1,;1(2):23.
- (33) Lozano López B, Huertas Pérez MM. Palliative care, shared care. *Cultura de los Cuidados* 2018 Feb 1,(49):100-107.
- (34) Graham F, Clark D. WHO definition of palliative care. *Medicine* 2008;2(36):64-66.
- (35) Salvador Coloma C, Salvador Coloma V, Segura Huerta A, Andrés Moreno M, Fernández Navarro JM, Niño Gómez OM, et al. Actualidad de los cuidados paliativos: revisión de una situación poco estandarizada. *Pediatría Atención Primaria* 2015 Sep 01,;17(67):e215-e222.
- (36) Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta bioethica* 2006 jul 1,;12(2):231-242.

- (37) Bustamante G. Distanasia, Encarnizamiento Terapéutico, Obstinación Terapéutica. Revista de Actualización Clínica Investiga 2013;32:1643.
- (38) Carvajal C. S, Portales V. B, Beca I. JP. Eutanasia: aclarando conceptos. Revista Médica de Chile 2021;149(10):1502-1506.
- (39) Montalvo Jääskeläinen Fd. Límites a la autonomía de voluntad e instrucciones previas: un análisis desde el derecho constitucional. DS : Derecho y salud 2010;20(1):71-95.
- (40) Brito RM, Tello VB. Aspectos psicológicos en el servicio de cuidados paliativos. Enseñanza e investigación en psicología 2007;12(2):343-357.
- (41) Bengtson VL, Cuellar JB, Ragan PK. Stratum contrasts and similarities in attitudes toward death. J Gerontol 1977;32(1):76-88.
- (42) Sesnic EG, Nicolau AS. El trabajo de duelo. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas 2005;34(2):162-169.
- (43) Limonero García JT. Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. : Universitat Autònoma de Barcelona,; 2008.
- (44) Zimmermann C, Rodin G. The denial of death thesis: sociological critique and implications for palliative care. Palliat Med 2004;18(2):121-128.
- (45) Kastenbaum R, Costa Jr PT. Psychological perspectives on death. Annu Rev Psychol 1977;28(1):225-249.
- (46) Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez Mª, et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. Cuadernos de medicina forense 2002(30):39-50.
- (47) Tapia Ilabaca P, Micheli Ibáñez CG, Koppmann Attoni A. Morbilidad psiquiátrica en un hospital general. Rev.psiquiatr.clín.(Santiago de Chile) 1994:99-107.

Anexos

Anexo 1: Correo electrónico enviado a la dirección del Hospital Infanta Elena

Buenos días,

Mi nombre es Sandra Arribas Sánchez, soy estudiante de 4º curso de enfermería de la Universidad Pontificia de Comillas (Ciempozuelos).

Le escribo este correo, para comunicarle que, con motivo de mi TFG, he diseñado un proyecto educativo destinado a desarrollarse en el Hospital Infanta Elena.

Esta acción educativa está dirigida a TCAES y enfermeras del centro, para optimizar el trato que reciben los pacientes psiquiátricos que son susceptibles de recibir cuidados paliativos y se encuentran ingresados en el centro.

Le adjunto folleto informativo donde puede ver el contenido de las sesiones.

En el caso de que deseen ampliar la información, le ruego me lo haga saber.

Gracias de antemano, un cordial saludo.

Sandra Arribas Sánchez.

Anexo 2: Folleto informativo

Modalidad: presencial

Curso de abordaje del paciente psiquiátrico con necesidades de cuidados paliativos

📅 Del 2 de mayo al 11 de mayo

🏠 4 sesiones

🕒 1:20h duración

¿A quién va dirigido?:
TCAEs y enfermeros

GRATUITO

Contenido de las sesiones

Curso de abordaje del paciente psiquiátrico con necesidades de cuidados paliativos



Inscríbete
escaneando
el QR



● Sesión nº1:

Conocimientos teóricos sobre cuidados paliativos, salud mental y sensibilización

● Sesión nº2:

Técnicas de control de sintomatología y medidas de confort

● Sesión nº3:

Cuestiones éticas relacionadas con los cuidados paliativos y abordaje familiar

● Sesión nº4:

Abordaje verbal al paciente agitado y uso de inmovilizaciones terapéuticas

Para más información

✉ sandra.a.s.formacion.c.paliativos@gmail.com

Anexo 3: Póster informativo



Modalidad: presencial

Curso de abordaje del paciente psiquiátrico con necesidades de cuidados paliativos

📅 Del 2 de mayo al 11 de mayo

🏠 4 sesiones

🕒 1:20h duración

¿A quién va dirigido?:
TCAEs y enfermeros

GRATUITO

Anexo 4: Poster y folleto

Modalidad: presencial

Curso de abordaje del paciente psiquiátrico con necesidades de cuidados paliativos

Del 2 de mayo al 11 de mayo

4 sesiones

1:20h duración

¿A quién va dirigido?:
TCAEs y enfermeros

GRATUITO

Contenido de las sesiones

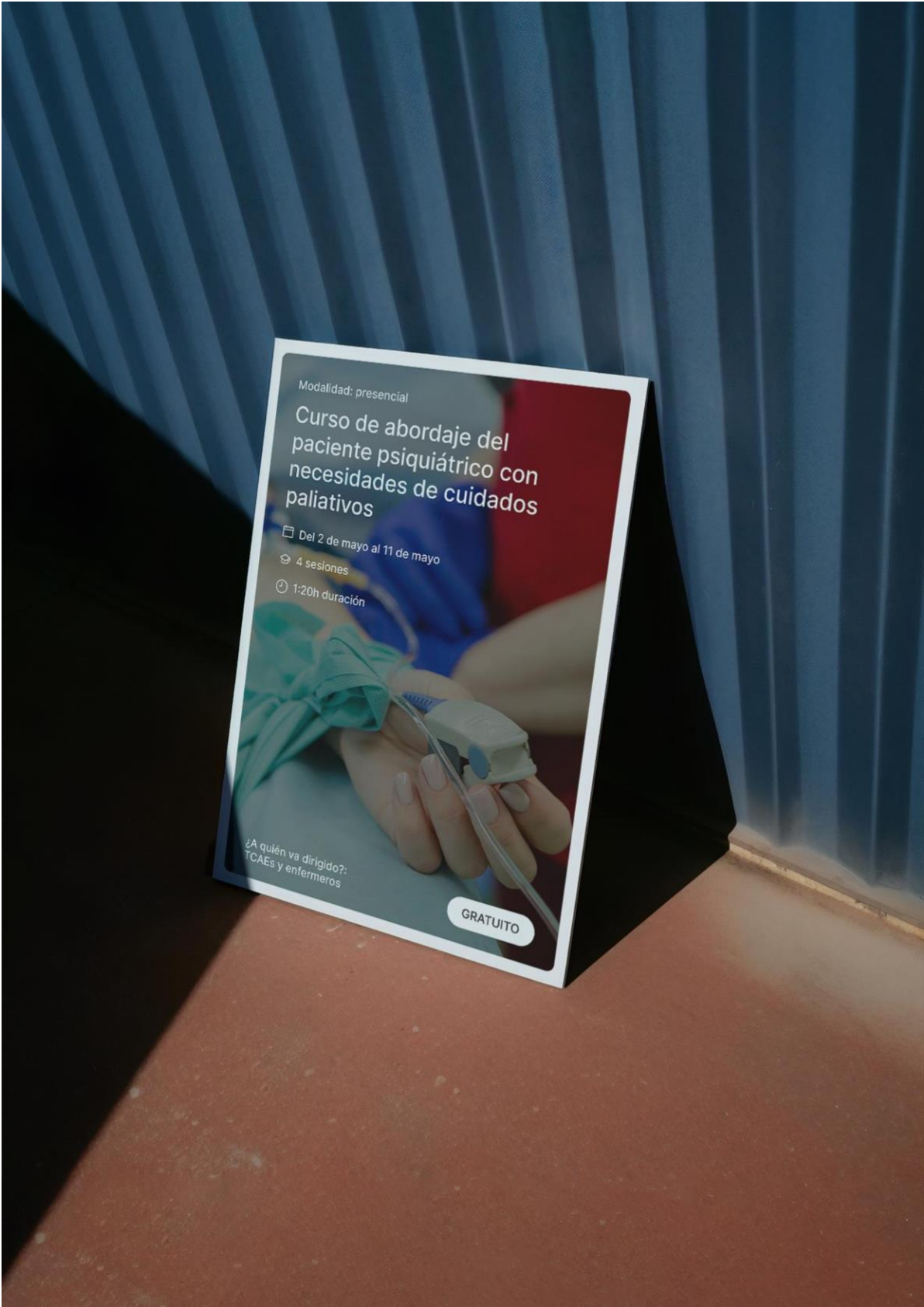
Curso de abordaje del paciente psiquiátrico con necesidades de cuidados paliativos

- Sesión 1:**
Conocimientos teóricos sobre cuidados paliativos, salud mental y sensibilización
- Sesión 2:**
Técnicas de control de sintomatología y medidas de confort
- Sesión 3:**
Cuestiones éticas relacionadas con los cuidados paliativos y abordaje familiar
- Sesión 4:**
Abordaje verbal al paciente agitado y uso de maniobras terapéuticas

Inscríbete escaneando el QR

Para más información:
sandra.a.a.formation.c.paliativos@gmail.com

GRATUITO



Modalidad: presencial

Curso de abordaje del paciente psiquiátrico con necesidades de cuidados paliativos

Del 2 de mayo al 11 de mayo

4 sesiones

1:20h duración

¿A quién va dirigido?:
TCAEs y enfermeros

GRATUITO

Anexo 5: Rúbrica de exposición oral

	Mal	Mejorable	Adecuado	Muy adecuado
El tono es adecuado y no es monótono				
La fluidez es adecuada y no hay pausas innecesarias				
La articulación de las palabras es adecuada				
Utilización de muletillas				
El lenguaje es apropiado				
La postura corporal es adecuada				
El movimiento en el espacio es adecuado				
Dirige la mirada al público				
Los recursos que se utilizan como apoyo son adecuados				
La secuenciación de la información es adecuada				

Anexo 6: Cuestionario de satisfacción de acción formativa

Marque del 1 al 10 el grado de satisfacción con relación a las siguientes preguntas

1. ¿Han sido interesantes los temas propuestos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. ¿Crees que vas a poner en práctica lo aprendido en la formación?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ¿El horario de las sesiones te ha parecido adecuado?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. ¿La duración de las sesiones te ha parecido adecuada?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. ¿El material de apoyo utilizado en la formación te ha parecido adecuado?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. ¿Recomendarías la formación a otros compañeros?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. ¿Qué mejorarías de la formación?

