

Cuidados paliativos en pacientes con trastornos mentales severos en un instituto psiquiátrico de la ciudad de Quito

Palliative care in patients with severe mental disorders in a psychiatric institute in the city of Quito

Mario Patricio Andrade-Vera¹, María Fernanda Cadena-Vizuete², Diana Piedad Alvarado Chimbo³.

¹PhD. En psicología. Investigador del Instituto Tecnológico Superior Libertad. Quito – Ecuador. <https://orcid.org/0000-0001-9438-6685> mpandrade@itslibertad.edu.ec

²Licenciada en Ciencias Biológicas. Investigadora del Instituto Tecnológico Superior Libertad. Quito – Ecuador. <https://orcid.org/0000-0002-5915-8895> mfcadena@itslibertad.edu.ec.

³Técnica Superior en Enfermería. Quito – Ecuador. diana.alvarado@itslibertad.edu.ec

Resumen: El presente artículo tiene como finalidad analizar la integralidad y los conocimientos sobre los cuidados que el personal del área de enfermería ofrece a los pacientes paliativos del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito para brindar bienestar físico, emocional y espiritual a los pacientes, según lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE) y la Asociación Americana de Psicología (APA). Para el efecto, se realizó un estudio a nivel descriptivo, con enfoque mixto, método deductivo y diseño no experimental. Se administró una encuesta al personal del área de enfermería y se completó una ficha de observación. El conjunto de resultados obtenidos del presente estudio evidencia la necesidad de incorporar contenidos y técnicas para el manejo de los síntomas de los pacientes paliativos que presentan trastornos mentales severos (TMS), con especial atención en aquellos en estado de reclusión. De igual manera se determinó que se deben atender las necesidades emocionales y afectivas del paciente, en su último espacio de vida. Adicionalmente, los hallazgos muestran el nivel de conciencia del personal, sobre la necesidad de adquirir nuevas competencias, a la luz de las necesidades del paciente terminal y las expectativas de su familia.

Palabras clave: Atención paliativa, trastornos mentales, aislamiento, cuidados de enfermería.

Abstract: The purpose of this article is to analyze the integrality and knowledge about the caring activities that the nursing personnel offers to palliative patients at the Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito, in order to provide physical, emotional and spiritual wellbeing to them, as recommended by the World Health Organization (WHO) through the International Classification of Diseases (ICN) and the American Psychological Association (APA). For this purpose, was carried out a study at descriptive level, with a mixed approach, a deductive method and a nonexperimental design. A survey was administered to the nursing personnel and an observation card was completed. The set of results obtained from this study shows the need to incorporate contents and techniques to improve the quality of management of symptoms of palliative patients with severe mental disorders (TMS) with a special attention to those in reclusion. In the same sense, it was determined that the emotional and affective needs of the patient should be met in their last lifetime. In addition, the findings

show the level of awareness of the staff about the need to acquire new competencies, considering the needs of the terminal patient and the expectations of their families.

Keywords: Palliative care, mental disorders, isolation, nursing care.

Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), se denominan cuidados paliativos (CP) al tipo de atención que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por una enfermedad en fase terminal. La ejecución de este conjunto de acciones exige la participación de un equipo multidisciplinario que garantice, en lo posible, comodidad, esperanza y alivio emocional ante el dolor e incertidumbre que enfrentan las personas aquejadas de una enfermedad incurable, grave y con pronóstico limitado. Este conjunto de acciones también se conocen como cuidados intensivos de confort, pues buscan reducir o evitar el sufrimiento al paciente en su etapa final, bien sea a través de medios preventivos, curativos o rehabilitadores (Astudillo, Mendieta, y Orbegozo, 2002; Sedó Porcel, 2015).

En tal circunstancia, la atención a los problemas de pacientes paliativos, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, deben incluir el tratamiento de manifestaciones indiscutibles de tipo psicológico y psiquiátrico como son trastornos de ansiedad y depresión leves y moderados, dificultades de adaptación, síntomas somáticos sin explicación médica, abuso de alcohol y otras sustancias. Con frecuencia, muchos de estos síntomas vienen asociados con enfermedades médicas comunes y, en ocasiones, son la expresión de las limitaciones e incertidumbre que el tratamiento y las consecuencias de la enfermedad generan, tanto por el mismo estado del sujeto, como por su entorno (Belmont Molina, 2011).

En tal sentido, es clara la relación que existe entre el estado de salud y la calidad de atención que reciben los pacientes paliativos, por lo que se exige elevar el nivel de competencias del personal encargado de la provisión de estos cuidados. Entre los aspectos a incluir en el proceso de formación del personal se debe incluir el respeto a las necesidades de la persona desde una perspectiva integral, protección de sus derechos, promoción de su autonomía y la obligación de contar con el consentimiento informado de las personas, sin distinción de edad, enfermedad o creencias (González Morga, 2013).

Para el efecto, los cuidados paliativos para el tratamiento de cualquier tipo de enfermedad incluyen atención sustentada en la realidad individual del paciente y educación para el paciente y la familia, con el fin de reducir su nivel de ansiedad, justificable en esta circunstancia (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014). En este sentido, la Guía de Cuidados Paliativos, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2014), describe las acciones que deben ser ejecutadas por el personal de enfermería. Esto implica, un nivel de exigencia mayor en cuanto al desarrollo de competencias generales y técnicas que debe ejercer el equipo de enfermería, para resolver las necesidades de cuidado de la salud física y emocional del paciente.

Para el cuidado de la salud física, por ejemplo, el personal debe controlar los síntomas respiratorios tales como la disnea y la tos, lo cual, además del tratamiento farmacológico incluye el cambio postural de los pacientes y la administración de oxígeno. La piel debe mantenerse hidratada y lubricada mediante la administración de líquidos por vía oral y/o parenteral, tratar y prevenir las úlceras mediante la ejecución de cambios de posición, y

aplicar técnicas para el tendido de cama, que evite las dobleces o arrugas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2018).

En cuanto al manejo del dolor, se debe considerar una valoración integral, mediante el uso de la Escala Visual Analógica (EVA). Luego, hay que asegurar que el tratamiento pautado tome en cuenta la escala de analgesia de la OMS y monitorizar la respuesta al tratamiento. Esto implica, prestar atención a alguna causa que aumente el dolor, tales como posiciones incomodas, noticias sobre su evolución, falta de sueño, frío, sentimientos de soledad, culpa, ansiedad, entre otras (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Pero el panorama se complica al tratar con pacientes con trastornos mentales. El Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), establecen los criterios sobre las diferentes patologías que se presentan en los pacientes diagnosticados con TMS, tales como: trastornos esquizofrénicos, trastorno esquizotípico de la personalidad, trastornos delirantes persistentes, trastorno bipolar, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, etc. (American Psychiatric Association, 2017; World Health Organization, 2016).

Con relación al cuidado del estado emocional y afectivo de estos pacientes, la enfermería psiquiátrica se define como una especialidad de las Ciencias de la Salud y Antropológicas, encargada de estudiar, no solo las causas biológicas, sino también las motivaciones psicológicas, psicodinámicas y los condicionantes socioculturales de la enfermedad mental en sus múltiples formas y las condiciones para la atención y aplicación de cuidados. En este sentido, la OMS, a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y la Asociación Americana de Psicología y de Psiquiatría (APA) enriquece la visión clínica tradicional con enfoque biomédico de que la atención al paciente paliativo con enfermedad mental se enfoca únicamente en la patología del cerebro y del sistema nervioso central (SNC), sino que también incluye el aporte de la enfermería y la psicología sobre el cuidado que requieren, en especial en lo referente al manejo del aspecto emocional y del comportamiento. De esta manera, se incluye que la rehabilitación del paciente sólo es posible, a través de la reorientación de la Psiquiatría hacia la salud integral con énfasis en el bienestar emocional y la inclusión activa de la familia en el proceso (Belmont Molina, 2011; World Health Organization, 2016).

Por consiguiente, existe una especialización dentro de la Enfermería para poder tratar un paciente psiquiátrico, que permite garantizar de esta manera todos los cuidados que necesitan, tomando en cuenta al ambiente donde se desarrolla la enfermedad mental, donde participa e interviene el medio comunitario, familiar y de grupo. Esta práctica se viene desarrollando desde 1880, y hasta la actualidad se mantiene vigente que las personas con enfermedades mentales deben recibir de igual manera un cuidado especializado para su condición, como si se tratara de cualquier otra condición física. (Galvis López, 2015).

En este contexto, los cuidados que requieren los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, por ejemplo, deben considerar la manifestación de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente disfuncional o catatonía. Otras manifestaciones que presumiblemente podrían darse en las últimas fases de la enfermedad serían las disfunciones cognitivas y emocionales que afectan a los campos de la percepción, el pensamiento inferencial o lógico, el lenguaje, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez, la productividad del pensamiento y

el habla, la voluntad y la atención. El profesional debe clasificar las ideas delirantes por su contenido, las cuales probablemente se alinean a la temática persecutoria, autorreferencial, somática o religiosa. En cuanto a las alucinaciones, se podrán atribuir a la disfunción sensorial del sentido del oído, vista, olfato, tacto y gusto. Las auditivas y visuales serán las más características y comunes en un paciente encamado y bajo los efectos de la medicación (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014).

En un proceso de final de vida, un paciente que, por ejemplo, presente un delirio de tipo somático, referido a funciones corporales, podría percibir que tiene infestaciones subcutáneas o estar convencido de que su cuerpo emite olores desagradables. Por lo anterior, el individuo puede desarrollar ansiedad subjetiva y reaccionar cuando se proceda a la administración subcutánea de fármacos, debido a la idea de que tienen el deseo de envenenarlo. Por lo tanto, los profesionales deben tener conocimientos básicos de estos síntomas y adiestrarse en el uso de estrategias para su cuidado (González Morga, 2013).

Por otra parte, el cuadro de síntomas negativos incluye la dificultad del paciente para expresar emociones, conocido como *aplanamiento afectivo*, así como de la fluidez y la productividad del pensamiento, desorganización del lenguaje y el comportamiento, asimismo, se puede dar el caso de que el paciente se sume en un estado de catatonía o flexibilidad cérea, es decir incapacidad de movimiento, como si fuera de cera. El conjunto de los síntomas positivos y negativos se conoce como entidades psicóticas y se deberían considerar al momento de analizar las necesidades del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En cuanto a la comunicación y apoyo emocional, el enfermo paliativo, requiere sentirse valorado, atendido en sus preocupaciones, temores y deseos, mediante una escucha-activa genuina, cálida y empática, por parte del personal de enfermería. A su vez, se debe incluir en la comunicación al médico de cabecera y la familia del afectado, así podrá informar a los familiares las características del diagnóstico del enfermo y sobre el estado de su allegado, al igual que enseñar a la familia como comunicarse de mejor manera con el paciente para mejorar su estado (Sedó Porcel, 2015; Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014).

Se debe considerar la educación al paciente y su familia, con el fin de dar sentido a la última etapa de la vida. Se debe percibir esta fase sin centrarse en el sufrimiento, sino en la comodidad del descanso, los deseos del paciente y satisfacción de la necesidad de afecto y compañía que debe recibir por parte de sus seres queridos, así como la actitud cálida del personal en la atención brindada. Se debe enfatizar en el apoyo psicológico y espiritual al paciente y a su familia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Los pacientes que sufren una enfermedad que amenaza la vida y sus familias, enfrentan múltiples problemas, los cuales pueden ir desde la negación de la realidad, hasta la ansiedad por la inminencia del desenlace. Aceptar que un miembro de la familia tiene una enfermedad crónica es una experiencia difícil, mucho peor cuando se trata de la enfermedad mental, pues aparece el rechazo, el miedo, la vergüenza, el temor a la reacción social en contra de ellos mismos. Esta situación dificulta la convivencia familiar y genera el riesgo de violencia e inestabilidad. Para sobrellevar la enfermedad es esencial que la familia reciba la información y educación sobre el problema. Lo ideal es que los miembros de la familia participen y ofrezcan el apoyo necesario, bajo la dirección del profesional que atiende el caso y con el consentimiento del paciente (González Morga, 2013).

También se debe informar sobre la posibilidad de realizar un testamento vital, el mismo que tiene la finalidad de asegurar el seguimiento del nivel de cuidados que el enfermo acepta y la familia se compromete a cumplir. Finalmente, informar a las instancias decisorias sobre los recursos y el apoyo que se necesitan para proporcionar una atención de salud mental de buena calidad. (González Morga, 2013).

Cuando se cree que la esperanza de vida de un paciente va a ser breve, frecuentemente surge la urgencia para el paciente y su familia de hacer numerosas tareas, como despedirse, antes de que ocurra la pérdida. En caso de escribir el testamento vital, el nivel de intervención estará claramente determinado por este. Después de la muerte, los familiares a menudo necesitan ayuda para hacer frente a su pérdida, a sus emociones, la transición de sus funciones y responsabilidades y reconstruir sus vidas (Sedó Porcel, 2015).

Como indica la Teoría psicodinámica de Peplau, se puede implementar seis papeles diferentes de la enfermería para garantizar un cuidado completo, tanto al enfermo como a la familia, y estos son: papel de extraño (no se debe prejuzgar al paciente), papel como persona a quien recurrir (interacción con el paciente y explicación del tratamiento), papel docente (capacitación de autocuidados), papel conductor (relación de cooperación enfermero/paciente), papel de sustituto (fortalecimiento de la relación y creación de sentimientos) papel de asesoramiento (forma de respuesta del enfermero a las necesidades del paciente) (Galvis López, 2015; Tomey y Alligood, 2007).

De igual manera se debe tener en cuenta que no solo el paciente se verá afectado por esta relación, sino también el enfermero. Para esto, la teoría de la enfermería humanística determina a esta actividad como una experiencia existencial, donde a partir de esta interacción el enfermero puede ayudar en la toma de decisiones del paciente para lograr que sus días sean más placenteros ayudándole a encontrar un significado para vivir. Debido a la fuerza de interacción entre ambos, es importante q se respeten las ideas y creencias de cada uno, por lo que el enfermero debe mantener una postura abierta (Galvis López, 2015; Paterson y Zderad, 1988).

Finalmente, la tarea de cuidado a los pacientes paliativos con TMS implica el desarrollo de habilidades extras para el manejo de los enfermos que requieren aislamiento, debido a su nivel de complejidad, por parte del personal. El aislamiento del paciente es una medida extrema que debe evitarse y solo ser considerada cuando existe una alta probabilidad de que la vida del paciente o de los otros pacientes se encuentre en peligro. Las medidas de aislamiento deben ejecutarse en un ambiente de seguridad para el paciente y personal de enfermería, en el cual se mantenga el tratamiento psiquiátrico. Adicionalmente, se debe considerar los reportes estadísticos que muestran un índice mayor de mortalidad, en pacientes con enfermedades mentales preexistentes (American Psychiatric Nurses Association, 2014; Baker, 2005; Lloyd-Williams, Abba, y Crowther, 2014; Sedó Porcel, 2015).

En el caso de los cuidados de enfermería en pacientes psiquiátricos paliativos del área de aislamiento donde han sido aplicadas medidas más restrictivas, en adición a las medidas generales, deben realizar acciones como: visitar periódicamente al paciente, comprobar el estado de las correas, comprobar las posibles erosiones que se pueda causar en el paciente en estado de agitación, administrar el medicamento necesario, evitar ruidos, mantener el contacto verbal, valorar temperatura de la parte distal de los miembros sujetados, determinar

la presencia de signos de inflamación y su coloración, comprobar la pérdida de sensibilidad u hormigueo en miembros superiores, entre otras (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM) y Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), 2016).

Como se puede observar los pacientes paliativos con trastornos mentales, deben recibir un trato personalizado para permitirles una vida digna y agradable durante sus últimos momentos, con especial atención en aquellos que estén bajo aislamiento. Y el trabajo del personal de enfermería no termina con el paciente, sino que debe anexar a la familia, ya que son quienes permanecen con el paciente y necesitan de una guía para poder seguir con sus vidas una vez haya sucedido la perdida (Ramírez y Müggenburg, 2015)

Lamentablemente, en muchas instituciones de salud mental no se contrata o no existe personal capacitado para brindar estos cuidados, o se mantiene erróneamente una filosofía de cuidado únicamente biomédica, sin tomar en cuenta que la enfermería psiquiátrica debe ser enriquecida por las aportaciones de otras disciplinas tales como la Enfermería, la sociología y las diferentes ramas de la psicología (Galvis López, 2015).

Por lo tanto, el objetivo de este proyecto fue analizar la integralidad y los conocimientos sobre los cuidados que el personal del área de enfermería ofrece a los pacientes paliativos del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Quito para brindar bienestar físico, emocional y espiritual a los pacientes, según lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE) y la Asociación Americana de Psicología (APA), ya que del personal de enfermería depende directamente la calidad de vida del paciente durante su estadía en la institución.

Metodología

Para el desarrollo de la presente investigación de nivel descriptivo, se utilizó un enfoque mixto, método deductivo y diseño no experimental. La recopilación de la información del personal de enfermería se realizó mediante la administración de encuestas y se llenó una ficha de observación sobre la atención que brindaron a los pacientes.

Para obtener la información de los pacientes, se realizó una revisión de las historias clínicas, mediante la cual se obtuvo el diagnóstico que incluye el tipo de trastorno mental que presentan y si se encontraba o no en aislamiento, en el caso de ser positivo se agregó el tipo reclusión administrada.

La muestra estuvo conformada por el total del personal de enfermería que labora en el centro, 16 miembros, entre licenciados y auxiliares. La participación del personal fue voluntaria y contó con el consentimiento del jefe del área. Se concedió un plazo de 3 días para completar el instrumento. De igual manera se incluyó a los pacientes que se encontraban en la clínica durante el desarrollo de la investigación, siendo un total de 22.

La información recopilada de las encuestas se procesó mediante el uso del software Microsoft Excel (2016). Los criterios cualitativos de la observación se basaron en el conocimiento y las destrezas necesarias que se esperan en el desempeño del personal.

Resultados

Como resultado de la revisión de 22 historias clínicas, que corresponden al 100% de los pacientes internados en el área de paliativos, se encontraron los siguientes diagnósticos: Trastorno esquizofrénico (54.5%), trastorno por abuso de drogas (18.2%), trastorno bipolar (9.1%), trastorno delirante persistente (9.1%), trastorno obsesivo compulsivo (4.55%) y trastorno esquizotípico de la personalidad (4.55%). Del número total de pacientes (22), el 67% presentó indicaciones de aislamiento debido a riesgo de autolesión, 22% por disgregación psíquica persistente y 11% por agitación persistente. Para el 64% de los pacientes se utilizó el aislamiento terapéutico y para el 36% contención mecánica.

Por otra parte, los hallazgos de las encuestas administradas dan cuenta de lo siguiente: El 100% de los encuestados acata la indicación médica de estimular la comunicación, durante la visita a los pacientes. El 87.5% admite que cumple el protocolo que especifica la verificación de las necesidades del paciente y en el caso de contención mecánica el estado de las correas. El 75% expresa que mantiene contacto verbal con el paciente cuando éste se encuentra despierto y está consciente de que las alteraciones de la función mental se caracterizan por interferir de forma significativa en la capacidad de respuesta del individuo a las demandas de la vida cotidiana. El 62.5% indica que visita al paciente cada 2 horas para examinarlo y mantiene un breve contacto verbal. El 50% señala que examina la temperatura de la parte distal de los miembros sujetados, presencia de signos de inflamación y su coloración, aparición de hormigueo o pérdida de sensibilidad en miembros superiores en aquellos pacientes con contención mecánica. En cuanto a la relación entre las necesidades físicas y emocionales del paciente, todo el personal no considera que la salud física es de mayor importancia que la salud mental. En la siguiente tabla se puede observar con detalle los resultados:

Tabla 1
Resultados de las encuestas aplicadas al personal de enfermería

Ítem	Valores (#)					Porcentaje (%)					Total			
	S	CS	AV	CN	N	total	S	CS	AV	CN	N	total	Cumple (%)	No cumplen (%)
Estimula la comunicación con los demás pacientes siempre y cuando esta sea una indicación médica	16	0	0	0	0	16	100	0	0	0	0	100	100	0
Comprueba el estado de las correas y pregunta al paciente si tiene alguna necesidad	14	1	1	0	0	16	87.5	6.25	6.25	0	0	100	87.5	12.5
Mantiene contacto verbal con el paciente cuando este se encuentra despierto / conoce que las alteraciones	12	4	0	0	0	16	75	25	0	0	0	100	75	25

de la función mental interfieren con la capacidad de respuesta del individuo a las demandas de la vida cotidiana	10	3	3	0	0	16	62.5	18.75	18.75	0	0	100	62.5	37.5
Visita al paciente cada dos horas con el objetivo de examinarlo	8	7	1	0	0	16	50	43.75	6.25	0	0	100	50	50
Valora la temperatura de la parte distal de los miembros sujetados, presencia de signos de inflamación y su coloración, aparición de hormigueo o pérdida de sensibilidad en miembros superiores.	0	0	0	0	16	16	0	0	0	0	100	100	100	0
Considera que la salud física es de mayor importancia que la salud mental.	S: siempre, CS: casi siempre, AV: a veces, CN: casi nunca, N: nunca													

Sin embargo, mediante la observación efectuada, se aprecia en alrededor del 80% del personal la dificultad para el abordaje espontáneo y sereno con el paciente encamado o aislado y la falta de escucha activa acerca de sus síntomas, sus preocupaciones y miedos; de igual forma existen dificultades para informarles de manera sencilla sobre su estado de salud. En este mismo sentido, se aprecia distancia entre la respuesta del personal de enfermería y la manifestación de síntomas del paciente que muestra episodios alucinatorios o delirios.

En cuanto a la detección de las necesidades de capacitación del personal de enfermería, solo el 25% del personal indica que satisfizo su expectativa de capacitarse sobre la atención que debe brindar a los pacientes psiquiátricos paliativos. En este mismo sentido, la totalidad del personal considera la necesidad de contar con un programa teórico práctico que les permita actualizarse y capacitarse sobre el manejo de los síntomas de los pacientes con trastornos mentales severos, la salud física en relación con el estado emocional, la comunicación del personal de enfermería y de la familia con el paciente y la metodología para manejar la educación a los familiares en un momento crítico. Finalmente, el personal es consciente de la influencia de su acción profesional y humana, tanto en la vida del paciente, como en la vida de sus allegados.

Discusión

El personal de enfermería admite que, para cumplir la expectativa de la OMS, APA y el enfoque de la enfermería psiquiátrica en el manejo de pacientes paliativos con trastorno mental severo, se requiere el sustento de un programa especializado de entrenamiento, supervisión y desarrollo de competencias para la comunicación y apoyo emocional a los pacientes enfrentados a su última etapa de vida (American Psychiatric Association, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2018; Schultz, Videbeck, Enríquez Cotera, y Moreno, 2013).

En este sentido, el personal de enfermería reconoce que es más probable estimular la comunicación con el paciente, siempre que esté indicado por el médico de cabecera, aunque se esperaría que la estrategia de la comunicación para el apoyo emocional sea una característica de la naturaleza del enfermero, especializado en la atención y respuesta de acuerdo a la sintomatología de pacientes terminales con TMS (Sedó Porcel, 2015; Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014).

A pesar de que la escucha activa mediante la comunicación, aporta a la comprensión del paciente acerca de su realidad y su entorno, no todo el personal de enfermería la aplica. El abordaje al paciente con una actitud espontánea que genera confianza, genera relaciones afectivas positivas con otros pacientes, lo cual mejora su estado emocional y por consiguiente disminuye la frecuencia de los episodios de agresividad. Por tanto, es de gran importancia que todo el personal aplique contacto verbal con el paciente, en especial durante sus momentos de vigilia. Esto ayuda a mejorar la relación enfermero-paciente y proporciona mayor seguridad y adherencia del paciente al tratamiento (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2018).

En cuanto al manejo de los pacientes en aislamiento, es necesario contar con el criterio de un equipo multidisciplinario, con el fin de prevenir y evitar que se produzcan daños a otros o inclusive a ellos mismos. Estos cuidados, igualmente, requieren conocimiento y experiencia en el manejo de la sintomatología y la capacidad de decidir cuándo es prudente el uso de la contención mecánica o únicamente aislamiento. La decisión de si un paciente debe ingresar o no a reclusión, la tiene el médico principal, pero su cuidado durante esta etapa está a cargo del personal de enfermería (American Psychiatric Nurses Association, 2014).

Si bien la mayoría del personal de enfermería conoce el manejo de un paciente en aislamiento, sea por contención física o únicamente la separación del paciente del resto del grupo, (esto incluye el examen de su estado físico, la prevención del aparecimiento de heridas, problemas respiratorios o cardíacos, revisión de sus necesidades nutricionales, niveles de hidratación, comodidad y estado del sitio de aislamiento) no se encuentra capacitado en el manejo del efecto emocional que esta situación provoca en el paciente y no está seguro de como orientar el mantenimiento del tratamiento farmacológico, con el fin de no interferir en el proceso. Esta nueva situación en el manejo del paciente con trastorno mental severo, podría agravar los síntomas, lo cual incrementa el riesgo de peligro para la vida del paciente (American Psychiatric Nurses Association, 2014; Sedó Porcel, 2015).

En los casos de restricción física se debe tener un estricto control sobre el efecto que la limitación de movimiento provoca a sus extremidades y el efecto emocional que va acompañado. En cuanto a este punto, se aprecia mayor limitación de respuesta del personal, pues la mitad de ellos no conocen los procedimientos a seguir con un paciente bajo estas

condiciones. Este punto debe ser abordado con la urgencia y sensibilidad necesarias, por cuanto se exacerba el riesgo de que el paciente sufra un mayor desequilibrio en su estado mental, provocándose autolesiones con los mismos instrumentos usados para la restricción (Baker, 2005; Lloyd-Williams et al., 2014).

Se debe destacar que el personal de enfermería es consciente de su limitación clínica tanto como de su expectativa para remediarla, mediante la capacitación y actualización permanente. Esta tarea debe incluir el manejo de la sintomatología y las estrategias y técnicas para la comunicación con el paciente y sus familiares, quienes deben enfrentar la realidad del fin de la vida de su ser querido y de la diversidad de necesidades que deben ser satisfechas debido a la enfermedad (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014).

En general, los resultados muestran la limitación de la atención de este centro psiquiátrico para ofrecer a los pacientes terminales con trastorno mental severo, atención y tratamiento integral y de calidad, según lo recomendado por las organizaciones rectoras de la salud a nivel macro, como del ministerio de salud en el Ecuador.

Conclusiones

Existe reducida investigación y literatura acerca de los cuidados paliativos especializados que requieren los pacientes con trastornos mentales en fase terminal y, por consiguiente, de los efectos que esto provoca en el nivel de respuesta del personal de salud en el ámbito psiquiátrico.

Por otra parte, un cuidado adecuado de los enfermos paliativos con TMS eleva la complejidad de la atención y, por lo tanto, el nivel de competencias que debe desarrollar el personal de enfermería para satisfacer las necesidades integrales del paciente en su fase terminal y de su familia. Esto implica, combinar el conocimiento teórico sobre el impacto de los síntomas de la enfermedad mental y las técnicas a emplear para reducir el sufrimiento del paciente paliativo, y al mismo tiempo brindarle apoyo emocional y ejercer una fluida comunicación y apoyo a la familia del paciente.

Es necesario considerar una oferta de capacitación y actualización sobre el manejo de los pacientes paliativos con TMS, en especial en proceso de aislamiento, para el personal de salud donde se abarque temáticas como el acompañamiento y supervisión que requieren estos pacientes y al mismo tiempo evitar el drenaje emocional del personal, por la naturaleza de su labor.

La especialidad en enfermería psiquiátrica con enfoque integral debe incorporarse como política del servicio de salud del Hospital y traducirse en los procesos y protocolos de atención. La capacitación, supervisión y evaluación de las intervenciones deben ser monitoreadas y sus logros reconocidos por los directivos de los centros psiquiátricos.

Finalmente, esta aproximación hacia el entendimiento de la complejidad de la atención de enfermería a los pacientes paliativos con TMS abre espacios para ampliar y profundizar la investigación sobre el pensum de estudios, oportunidades de capacitación y especialización del personal, con el fin de asegurar un manejo integral, efectivo y digno a los pacientes hasta su último aliento.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2017). *DSM-5 Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. Recuperado de <http://dsm.psychiatryonline.org/>.
- American Psychiatric Nurses Association. (2014). *Standards of Practice: Seclusion & Restraint Standards of Practice*. Recuperado de <https://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3730#Standards>
- Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), y Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE). (2016). Abordaje y cuidados del paciente agitado Documento de Consenso. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 1(1). Recuperado de www.dosplus.es
- Astudillo, W., Mendumeta, C., y Orbegozo, A. (2002). Presente y futuro de los cuidados paliativos. En Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos (Ed.), *Avances recientes en Cuidados Paliativos* (pp. 15–46). Recuperado de http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/archives/svasca00/01.dir/svasca0001.pdf
- Baker, A. (2005, octubre 29). Palliative and end-of-life care in the serious and persistently mentally ill population. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, Vol. 11, pp. 298–303. <https://doi.org/10.1177/1078390305282209>
- Belmont Molina, A. (2011). La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. *Revista de enfermería neurológica*, 10(1), 53–55. Recuperado de www.medigraphic.org.mxhttp://www.medigraphic.com/enfermerianeurologicawww.medigraphic.org.mx
- Galvis López, M. A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista CUIDARTE*, 6(2), 1108–1120. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>
- González Morga, P. (2013). *Los cuidados paliativos en la enfermedad mental (Tesis de Maestría)* (Universidad de Murcia). Recuperado de <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/12/los-cuidados-paliativos-en-la-enfermedad-mental.pdf-ultimo.pdf>
- Lloyd-Williams, M., Abba, K., y Crowther, J. (2014). Supportive and palliative care for patients with chronic mental illness including dementia. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 8(3), 303–307. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000064>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Cuidados Paliativos*. Recuperado de www.salud.gob.ec
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Cuidados paliativos. Recuperado el 4 de junio de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Paterson, J., y Zderad, L. (1988). *Enfermería Humanística*. Nueva York.
- Ramírez, P., y Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
- Schultz, J. M., Videbeck, S. L., Enríquez Cotera, G., y Moreno, M. (2013). *Enfermería psiquiátrica : planes de cuidado* (1a ed.; G. Cotera, Ed.). Recuperado de https://books.google.com.ec/books?id=Md79CAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=schultz+enfermeria+psiquiatrica&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

- Sedó Porcel, A. (2015). *Cuidados Paliativos en Pacientes con Trastorno Mental Severo (Tesis de Pregrado)* (Escola Universitària d’Infermeria Gimbernat). Recuperado de http://eugdspace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/256/Cuidados_Paliativos_en_Pacientes_con_Trastorno_Mental_Severo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2014). *Guía de Cuidados Paliativos*. Recuperado de www.secpal.com
- Tomey, A. M., y Alligood, M. R. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Recuperado de <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- World Health Organization. (2016). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Recuperado el 24 de enero de 2017, de <https://icd.who.int/browse10/2016/en>